



**Universidad de Concepción**

**Facultad de Ciencias Sociales**

**Sociología**

PROCESOS DE SOCIALIZACIÓN E INTERNALIZACIÓN DEL  
CONCEPTO DE ACTIVO PARA LA SALUD EN MAPEOS DE ACTIVOS:  
RACIONALIDADES INSTITUCIONALES Y TRADUCCIONES DEL  
CONCEPTO HACIA LAS COMUNIDADES EN CONTEXTOS DE  
PROMOCIÓN DE LA SALUD

**Memoria para optar a título Profesional de Socióloga**

Por: Constanza Salazar Jara

Profesor Guía: Omar Barriga

Concepción, Chile 2026

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

## AGRADECIMIENTOS

A cada uno de los integrantes de mi familia que ha estado conmigo durante este proceso y a mi gato Oliver. A mis amigas de la universidad, quienes estuvieron conmigo durante toda la etapa universitaria.

A mis amigos que establecí desde la enseñanza media y a mis amigos de la práctica universitaria año 2025 en el Departamento de Promoción de la Salud.

A Bastián Reyes Troncoso, quien ha estado acompañándome en las buenas y en las malas.

A todo equipo del Departamento de Promoción de la Salud, en especial a Oscar Sánchez Bórquez y a Débora Alvarado Figueroa, quienes permitieron que esta Memoria fuera posible.

Finalmente, a la profesora Katia Valenzuela Fuentes, quien me ayudó a reorientar mi memoria y a mi profesor guía, Omar Barriga, que ha estado guiando todo este proceso.

## Tabla de Contenido

<b>Resumen</b> .....	7
<b>Abstract</b> .....	8
<b>1. Introducción</b> .....	9
1.1. Antecedentes del Problema .....	9
1.2. Problema de Investigación .....	10
1.3. Justificación de la Investigación.....	12
<b>2. Marco Teórico Referencial</b> .....	15
2.1. Un recorrido por los activos para la salud .....	16
2.1.1. Del modelo patogénico al salutogénico .....	16
2.1.2. Modelo basado en activos para la salud.....	17
2.1.3. Activos para la salud.....	20
2.1.3.1. Tipos de Activos para la Salud.....	22
2.1.4. Mapeo de activos para la salud .....	23
2.2. Los activos para la salud desde la mirada sociológica y dialógica.....	27
2.2.1. El recorrido del modelo de activos desde la sociología del conocimiento.....	28
2.2.2. El desafío de la socialización secundaria: la internalización del concepto de activo para la salud .....	32

2.2.3.	Las relaciones de poder presentes en los activos para la salud.....	35
2.2.4.	Los recursos de la comunidad: los activos como capitales.....	39
2.2.5.	La mediación dialógica de los activos para la salud.....	44
2.3.	Teoría del objeto.....	48
<b>3.</b>	<b>Objeto y objetivos</b> .....	<b>51</b>
<b>4.</b>	<b>Diseño metodológico</b> .....	<b>53</b>
4.1.	Población, muestra y participantes .....	54
4.2.	Instrumento y aplicación .....	57
4.2.1.	Técnicas utilizadas durante el mapeo de activos para la salud ...	57
4.2.2.	Técnicas para la recolección de datos .....	60
4.3.	Plan de análisis .....	64
<b>5.</b>	<b>Resultados</b> .....	<b>67</b>
5.1.	Maneras en las que una comunidad negocia y pone en práctica el concepto de activo para la salud durante mapeos de activos.....	67
5.1.1.	Participación e involucramiento durante el mapeo de activos ....	67
5.1.2.	Diálogo y reflexiones compartidas.....	69
5.1.3.	Dinámica socioafectiva y construcción del espacio colectivo ....	74
5.2.	Caracterización del subuniverso de significado internalizado sobre el concepto de activo para la salud en facilitadores territoriales .....	76

5.2.1.	Los significados previos de los conceptos activo y recurso.....	76
5.2.2.	La emergencia del concepto de activo para la salud .....	80
5.1.3.	Potencial de activo: cuando un recurso pasa a ser un activo.....	81
5.1.4.	Criterios de los participantes para juzgar qué es o no un activo .	83
5.1.5.	Maneras de legitimar qué es o no un activo para la salud.....	85
5.2.	Traducción del concepto de activo para la salud por parte de los facilitadores territoriales hacia las comunidades .....	93
5.2.1.	Experiencia de mapeo de activos .....	93
5.2.2.	Dificultades de traducir el concepto a las comunidades .....	94
5.2.3.	Soluciones para bajar el concepto de activo a las comunidades .	95
<b>6.</b>	<b>Discusión.....</b>	<b>97</b>
6.1.	Maneras en las que una comunidad negocia y pone en práctica el concepto de activo para la salud durante mapeos de activos.....	97
6.1.1.	Internalización situada en torno al concepto de activo .....	97
6.1.2.	Negociación y entendimiento del concepto de activo .....	99
6.2.	Caracterización del subuniverso de significado internalizado sobre el concepto de activo para la salud en facilitadores territoriales .....	102
6.2.1.	La socialización secundaria que revela significados previamente internalizados.....	103

6.2.2.	La gubernamentalidad desde el déficit en el modelo de activos	104
6.2.3.	Manifestaciones de la internalización de activo y recurso .....	105
6.2.4.	Criterios de los participantes para juzgar qué es o no un activo	109
6.3.	Traducción del concepto de activo para la salud por parte de los facilitadores territoriales hacia las comunidades .....	111
<b>7.</b>	<b>Conclusiones</b> .....	116
<b>8.</b>	<b>Bibliografía</b> .....	119
<b>9.</b>	<b>Anexos</b> .....	125
9.1.	Mapeo de activos formato EPA .....	125
9.2.	Instrucciones del juego inductivo.....	132
9.3.	Consentimiento informado de mapeo de activos para la salud .....	141
9.4.	Consentimiento informado de facilitadores territoriales .....	145
9.5.	Resultado técnica participativa.....	149

## **Resumen**

Esta memoria comprende cómo se socializa e internaliza el concepto de activo para la salud en comunidades mediante mapeos de activos con técnicas propias y en facilitadores territoriales, a partir de la experiencia de un juego inductivo en contextos de promoción de la salud. En el caso de los facilitadores territoriales, se consideran sus racionalidades institucionales y traducciones del concepto hacia las comunidades.

El diseño de esta investigación consistió en una investigación básica exploratoria cualitativa, que adopta un enfoque interpretativo. Para lograr el objetivo, se realizó un mapeo de activos a 16 mujeres participantes de un taller y un grupo focal a 5 facilitadores territoriales.

Los resultados revelaron una socialización e internalización del concepto de activo en las participantes que negocia entre el concepto nuevo y sus experiencias propias. Por otra parte, los facilitadores territoriales manifestaron una racionalidad gubernamental situada mayormente en el modelo del déficit, influyendo en la traducción del concepto hacia las comunidades.

## **Abstract**

This thesis examines how the concept of health assets is socialized and internalized within communities through asset mapping using author-developed techniques, and among territorial facilitators based on their experience of an inductive game in health promotion contexts. In the case of territorial facilitators, the study also considers their institutional rationalities and how they translate the concept for communities.

The study employed an exploratory basic qualitative design with an interpretive approach. To meet the research objective, an asset-mapping activity was conducted with 16 women participating in a workshop, and a focus group was held with 5 territorial facilitators.

The findings show that participants' socialization and internalization of the health asset concept involved negotiation between the new concept and their own lived experiences. In addition, territorial facilitators expressed a form of governmental rationality largely aligned with the deficit-based model, which influenced how the concept was translated to communities.

## **1. Introducción**

### **1.1. Antecedentes del Problema**

El año 2023 en Chile se implementan las orientaciones técnicas de la Universalización de la Atención Primaria de Salud (APS Universal), las cuales presentan un cambio de paradigma al pasar de una salud centrada en la enfermedad a una basada en la comunidad, el territorio, la prevención y la promoción del bienestar. El nuevo enfoque implica transitar desde una atención fragmentada hacia una integrada y centrada en las personas, que es abordada con la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en la Persona (ECICEP) para la atención en salud y la salud comunitaria, buscando fortalecer la acción comunitaria en salud y la resiliencia de las personas.

Para lograr aquello, los mapeos de activos actúan como un proceso que empodera a las personas sobre su propia salud a través de la identificación de sus activos para la salud, favoreciendo la co-construcción de la salud territorial. Estos mapeos se configuran como una estrategia participativa de prevención y promoción de la salud (Ministerio de Salud, 2025).

## 1.2. Problema de Investigación

El problema de investigación surge a partir de la práctica profesional en el Departamento de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud Biobío que trabaja con estas orientaciones técnicas. Durante mi inmersión, fue posible encontrar dos conflictos recurrentes en la realización de los mapeos de activos: la dificultad de las comunidades para comprender el concepto de activo, confundiéndolo con el de recurso y la escasa dinamización de los activos identificados tras el resultado del mapeo.

Sobre ello, Hernán-García (2016) comenta que una de las dificultades de los mapeos de activos proviene de confundir la búsqueda de activos con la identificación de recursos, registrando recursos que pueden no contribuir a la mejora de la salud comunitaria. Asimismo, destaca como problema fundamental el no utilizar los activos identificados para accionarlos y dinamizarlos.

Desde una perspectiva sociológica, es posible entender el enfoque adoptado en salud como una construcción social que se legitima desde las instituciones hacia las comunidades. Debido a esto, las instituciones pueden tener problemas para

socializar el concepto de “activo para la salud”, produciendo una apropiación parcial del nuevo conocimiento (Berger y Luckmann, 2003 [1966]).

Esta legitimación desde la institución produce tensiones en la apropiación del concepto y el empoderamiento comunitario esperado tras su comprensión, pues se hace un llamado a autogobernarse (Foucault, 2006) pero sin salirse de las orientaciones técnicas de la APS Universal.

Asimismo, las dificultades en la dinamización de los activos para la salud pueden asociarse a la escasa visibilización del capital social existente en las comunidades, lo que conduce a desconocer las relaciones sociales que podrían accionar los activos (Bourdieu, 2001).

Por ello, se propone incorporar un juego inductivo y una técnica participativa como estrategias metodológicas que permiten explorar los procesos de socialización e internalización del concepto de activo para la salud. Ambas técnicas fueron creadas por la autora de la presente memoria bajo el enfoque de Educación Participativa para Adultos (EPA) (Vella, 2008) que favorece un aprendizaje con sentido, permitiendo la socialización y co-construcción del

concepto de activos para promover que las personas reconozcan y accionen sus propios activos.

De esta manera, surge la pregunta de investigación ¿Cómo se configuran los procesos de socialización e internalización del concepto de activo para la salud en comunidades, mediante mapeos de activos con técnicas propias, y en facilitadores territoriales, a partir de la experiencia del juego inductivo, considerando racionalidades institucionales y traducciones del concepto hacia las comunidades en contextos de promoción de la salud (2025 – 2026)?

### 1.3. Justificación de la Investigación

La justificación de la investigación está dividida en tres ejes de aporte, uno teórico, uno metodológico y uno práctico.

El aporte teórico busca contribuir a un ámbito poco estudiado en Chile, pues si bien desde los Ministerios de Salud, CESFAM y Municipalidades se trabaja con mapeos de activos, no existen publicaciones formales. Esto genera que se desconozcan los beneficios que generan para la comunidad ni las limitaciones

que pueden haber surgido durante el proceso (DISAM Tomé, 2024; Seremi de Salud Biobío, 2025; Ilustre Municipalidad de Puerto Varas, 2025).

Los únicos estudios relacionados son una tesis de geografía que desde su área de conocimiento identificó los activos para la salud de personas mayores a 60 años del Sector Lorenzo Arenas (Lamus Beltrán, 2022) y otro que trata de crear un mapa de activos dentro de la Universidad de Concepción para mejorar la estrategia de Universidad Promotora de Salud (Pérez-Wilson, et al., 2022).

Considerando lo anterior, se pretende abordar a los mapeos de activos desde la sociología, enfocándose en el proceso de construcción de sentido en torno al concepto de activo. Para ello, se consultan autores como Berger y Luckmann, Bourdieu y Foucault para analizar las dinámicas de socialización, los recursos de la comunidad y las dinámicas de poder dentro de la técnica y el concepto.

El aporte metodológico consiste en el empleo de un juego inductivo y una técnica participativa como técnicas propias que actúan como mediadoras experienciales que posibilitan la emergencia de comprensiones vividas en torno al concepto de activo. Su propósito es facilitar la aparición de experiencias y significados que permiten entender los procesos de internalización de este

concepto. Estas experiencias que captan las técnicas propias se comprenden a través de la observación participante, entrevistas no directivas y un grupo focal.

En el caso del juego inductivo, este puede cumplir una doble función según a quién se dirige. Para los facilitadores territoriales manifiesta la internalización previa del concepto y para la comunidad evidencia de qué manera se va internalizando el concepto.

El aporte práctico consiste en el uso de las técnicas propias como generadoras de experiencias. Si bien la eficacia de las técnicas no es el objeto central de esta investigación, su implementación tiene el potencial para conocer la internalización de trabajadores en salud, favorecer procesos de internalización de los activos en las comunidades, visibilizar activos poco conocidos y reconocer el capital social.

Por ende, esta investigación se enmarca en un proceso de investigación cualitativa básica exploratoria de carácter interpretativo (Denzin y Lincoln, 2005) que busca comprender las experiencias de internalización durante los mapeos de activos para la salud, las racionalidades institucionales y la traducción del concepto de activo hacia las comunidades.

## **2. Marco Teórico Referencial**

Para poder enfrentar la pregunta central de esta investigación “¿cómo se configuran los procesos de socialización e internalización del concepto de activo para la salud en comunidades, mediante mapeos de activos con técnicas propias y en facilitadores territoriales, a partir de la experiencia del juego inductivo, considerando racionalidades institucionales y traducciones del concepto hacia las comunidades en contextos de promoción de la salud?”, se presenta un marco teórico referencial estructurado en tres capítulos que avanzan desde lo general hasta lo particular.

El primer capítulo describe el giro hacia una mirada salutogénica que posibilita la emergencia del concepto de activo para la salud. El segundo problematiza el concepto de activo para la salud y el mapeo de activos mediante los aportes de Berger y Luckmann, Foucault y Bourdieu. Además, incorpora la educación dialógica de Vella, basada en Freire, como propuesta de mediación frente a las tensiones que surgen en la implementación del mapeo. Finalmente, el tercer capítulo desarrolla la teoría del objeto, en la cual se precisa cómo se abordan

los conceptos de mapeo de activos, activos para la salud, socialización secundaria e internalización en esta investigación.

## 2.1. Un recorrido por los activos para la salud

Este capítulo presenta un breve recorrido sobre el giro de pensamiento en la salud hacia una mirada positiva, que permite la emergencia y desarrollo del concepto de activos para la salud.

### 2.1.1. Del modelo patogénico al salutogénico

El planteamiento de la salud desde una mirada positiva, que posibilita la emergencia del concepto de activos para la salud, se enmarca en el modelo salutogénico. En esta visión, se entiende a la salud como un estado que cambia constantemente dependiendo tanto de las capacidades del individuo como del contexto social en el cual se inserta (Antonovsky, 1979).

Este modelo surge como contraposición al modelo patogénico, históricamente dominante en salud, criticado por autores como Dubos (1979 [1959]) por reducir la idea de salud como ausencia de enfermedad y por promover el ideal

de “balas mágicas” (medicina) para buscar resolver problemas de salud. Sin embargo, para el autor, el controlar o resolver un problema no necesariamente implica que genere salud.

Este giro de paradigma se consolida con la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud en 1986. Esta carta se alinea con Antonovsky al plantear una mirada positiva de la salud. Además, propone que las personas alcancen su máximo potencial de salud mediante la reducción de las inequidades en salud, la atención de los determinantes sociales y la abogacía por mejores condiciones de vida. Por ende, procura potenciar la salud desde una mirada holística y centrada en el contexto de las personas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1986).

En este contexto de replanteamiento hacia una salud positiva se posibilita el surgimiento del modelo basado en activos para la salud descrito por Morgan y Ziglio (2007).

### 2.1.2. Modelo basado en activos para la salud

Dentro de esta mirada positiva se inscribe el modelo basado en los activos para la salud planteado por Morgan y Ziglio (2007), inspirado en la salutogénesis, la

Carta de Ottawa y el mapeo de activos. Este modelo se propone como complemento al modelo basado en el déficit.

El modelo basado en el déficit tiende a centrarse en la identificación de problemas y las necesidades de poblaciones que requieren recursos profesionales. En esta orientación, suele reforzarse la dependencia de los servicios hospitalarios y de bienestar social (Morgan y Ziglio, 2007).

En contraste, el modelo basado en activos propone una mirada positiva orientada a identificar factores de protección y promoción que operan como activos para la salud de personas y comunidades. De este modo, se busca fortalecer la autoestima y disminuir la dependencia de los servicios profesionales (Morgan y Ziglio, 2007).

Dado que Morgan y Ziglio (2007) fundamentan el modelo basado en activos en el concepto de salutogénesis de Antonovsky, es posible leer al modelo basado en el déficit como una orientación predominantemente patogénica. Sin embargo, esta correspondencia no es rígida, pues Antonovsky planteó salutogénesis y patogénesis como términos en oposición, mientras que Morgan y Ziglio proponen que el modelo de activos funcione como complemento del

modelo del déficit, buscando un equilibrio entre identificar problemas y activar soluciones (Antonovsky, 1979; Morgan y Ziglio, 2007; Dooris, 2017; Martin-Kerry et al., 2023).

Esta complementariedad busca comprender mejor los factores que influyen en la salud y abordar barreras que producen desigualdades en salud (Morgan y Ziglio, 2007). En esta línea, Fernández Carrasco (2013) propone una articulación entre ambos, permitiendo equilibrar la prestación de servicios con la construcción comunitaria, al distinguir qué necesidades pueden satisfacerse con los activos.

Aun así, el modelo basado en activos ha recibido críticas respecto a su evidencia y evaluación. Casseti et al. (2020), a partir de una revisión sistemática, señalan que hay pocas evaluaciones sobre la efectividad de su uso.

De Andrade y Angelova (2020) agregan que su evaluación es compleja debido a las características del enfoque, tales como el énfasis en trabajo comunitario, impactos de largo plazo y orientación hacia procesos más que a los resultados inmediatos. Además, advierten que la falta de recursos debilita la sostenibilidad

de la participación comunitaria. Por tanto, estas críticas dan cuenta de sus desafíos asociados a su evaluación y mantención en trabajos con la comunidad.

### 2.1.3. Activos para la salud

Si bien ya se ha explicado en qué consiste el modelo basado en activos, aún no se ha presentado una definición de los activos para la salud. Estos son definidos por Morgan y Ziglio (2007) como cualquier factor o recurso que mejore la capacidad de las personas, los grupos, las comunidades, los sistemas sociales y/o las instituciones para mantener y preservar la salud y el bienestar.

Los activos para la salud tienen la capacidad de actuar a nivel individual, comunitario y organizativo o institucional como factores protectores o promotores que permitan amortiguar el estrés de la vida cotidiana y contribuir a la reducción de las desigualdades en salud (Morgan y Ziglio, 2007). Sin embargo, los activos sólo pueden reconocerse como tales cuando la propia comunidad los reconoce como prácticas de las cuales puede apropiarse para mantener y mejorar tanto su salud como su bienestar a nivel individual, grupal o social.

En caso contrario, los elementos disponibles permanecerán como recursos. De este modo, aunque todos los elementos presentes en la comunidad pueden considerarse recursos, solo aquellos que la comunidad reconoce y utiliza para promover su salud y bienestar pueden ser considerados activos (Suárez et al., 2016; Dandicourt Thomas et al., 2023).

Bajo la premisa de los autores (Suárez et al., 2016; Dandicourt Thomas et al., 2023), un taller de manualidades podría ser considerado activo si fomenta la autoestima, reduce el estrés y fortalece vínculos con otras personas, dependiendo del significado que la comunidad le otorgue; pero también puede no serlo si se asocia a un espacio de conflicto o exclusión.

Por ello, al momento de recopilar los activos, es imprescindible considerar la perspectiva y el significado que las personas les atribuyen, lo cual requiere un proceso de identificación comunitaria. Sin embargo, hay artículos que señalan reconocer activos en determinadas comunidades cuando solo hacen un conteo de recursos (Castiblanco Montañez et al., 2021; Illamola Martín y Núñez Sabaté, 2023).

Un ejemplo de su uso desde la promoción de la salud es con la recomendación de activos, en la cual personas recomiendan a otras aquellos activos de la comunidad que les son útiles para mejorar su bienestar, ya sea de forma informal o formal (Hernán-García et al., 2019). Esta práctica fomenta la adquisición de habilidades y competencias para las personas, a fin de mejorar su salud y bienestar. Para ello, es clave fomentar intervenciones de salud comunitaria que las valoricen y potencien (Dandicourt Thomas et al., 2023).

#### 2.1.3.1. Tipos de Activos para la Salud

Tras establecer qué significa el concepto de activo, se estudian sus clasificaciones. Existen diversas categorizaciones de los activos para la salud que varían según la finalidad. Además, hay una distinción entre categorías definidas previamente y categorías construidas luego de identificar los activos.

Si bien Morgan y Ziglio (2007) señalan que los activos para la salud pueden encontrarse a nivel individual (incluidas las capacidades), comunitario y organizativo o institucional, Kretzmann y McKnight (1993) incluyen a los activos físicos. Más recientemente, Botello et al. (2013) incorporan en su clasificación la distinción entre asociaciones formales e informales, activos

económicos y personas consideradas como activos en sí mismas. Otra propuesta es de Pou-Martí et al. (2022), quienes introducen la categoría para los activos que no se presentan de forma física, a los que denominan intangibles.

A pesar de existir varias clasificaciones para los activos, estos se enmarcan dentro de un espacio y tiempo, por lo que pueden ir variando en cada lugar que se identifiquen. Por ello, hay autores que deciden clasificarlos luego de obtenerlos en vez de adaptarlos a categorías previas (Cané et al. 2021; Garipe et al. 2022; Cemeli Cano et al. 2023; Illamola Martín y Núñez Sabaté, 2023; Juárez Herrera y Cairo et al. 2023; Serrano Martín, 2024).

En definitiva, la literatura muestra clasificaciones diversas y su elección depende del propósito de quien investiga. Hay autores que convergen en ejecutar una diferenciación previa para clasificar, mientras que otros prefieren distinguirlo de forma posterior.

#### 2.1.4. Mapeo de activos para la salud

Una vez incorporado el concepto de activo, se desarrolla el mapeo de activos para la salud planteado por Kretzmann y McKnight (1990) como una alternativa

al mapa sanitario centrado en los problemas comunitarios. Su enfoque se centra en la regeneración comunitaria mediante la identificación de activos y capacidades de la comunidad, distinguiendo entre individuales y organizacionales. Estas capacidades, entendidas como habilidades, conocimientos y experiencias de las personas, constituyen un tipo de activo.

Este enfoque fue definido posteriormente como una estrategia para desarrollar la comunidad desde sus activos internos, a través de la creación de un “mapa” o inventario detallado que los registre (Kretzmann y McKnight, 1990, 1993).

Cabe recalcar que, al identificar los activos, las personas se involucran en un proceso de empoderamiento, capacitación, participación y responsabilidad respecto de su salud y bienestar en la comunidad (Cemeli Cano et al., 2023). Asimismo, este enfoque reconoce estrategias asociadas a generar las condiciones necesarias para la salud, por lo cual es clave para la implementación de políticas que aborden las desigualdades en salud (Morgan y Ziglio, 2007).

En Chile, el Ministerio de Salud (2025) establece Orientaciones Técnicas de la Atención Primaria de Salud Universal. En estas orientaciones se entregan siete fases para un mapeo de activos, que consisten en: 1) formación de un equipo

motor, 2) obtención de un diagnóstico de salud, 3) planificación del mapeo, 4) realización del mapeo, 5) realización de una jornada participativa para conectar los activos y la acción, 6) devolución y difusión a la comunidad de sus activos y 7) recomendación de activos por parte de profesionales en salud.

Otros autores como Cofiño et al. (2016) también sugieren etapas, aunque se diferencian de lo señalado por la APS Universal al aspirar a iniciar la difusión de activos antes del plan de acción (jornada participativa) y realizar una evaluación al final de todo el proceso.

En este sentido, los mapeos de activos contienen distintas etapas coordinadas y planificadas mediante grupos de trabajo con el propósito de que la comunidad se apropie de su salud y bienestar.

A partir de la identificación de activos se espera que exista un cambio en la dinámica entre las instituciones y la comunidad. Bajo este supuesto, las instituciones deben liderar “dando un paso atrás”, con el fin de que los líderes asociativos tomen las decisiones para la comunidad. En esa lógica, los recursos externos se incorporarían solo cuando los recursos locales ya han sido utilizados y se conoce lo que se necesita (Nurture Development, s. f.).

Sin embargo, para identificar activos la World Health Organization (WHO, 2022) plantea la necesidad de un proceso de alfabetización de activos. Este debe ser realizado en un entorno que promueva el trabajo en equipo y el compromiso para concientizar sobre la importancia del concepto y empoderar. La necesidad de pasar por un proceso de alfabetización evidencia la dificultad del concepto para quienes no están vinculados con esta visión en salud.

Pese a ello, una revisión de estudios de mapeos<sup>1</sup> indicó que de 28 casos, sólo 5 reportaron capacitación a sus participantes y una definición clara de “activos” (Luo et al., 2022). Este bajo foco en alfabetizar puede dificultar la comprensión del concepto, derivando en mapeos que no representen a la población.

En línea con una visión crítica, Ravaghi et al. (2023) señalan sus desafíos metodológicos, logísticos y éticos. En el plano metodológico, destacan la dificultad de involucrar a la comunidad tanto en el diseño como en la recolección de datos, ya sea en enfoques cualitativos o cuantitativos.

---

<sup>1</sup> Los estudios se concentraron en Estados Unidos (14) y el resto se distribuyeron en Europa (5), Asia (3), África (1), Sudáfrica (1), Oceanía (1), América del Norte (1), Sudamérica (1) y sin ubicación específica (1).

En el plano logístico, influyen factores como el tiempo disponible, la estructura física, los recursos económicos y la disponibilidad de profesionales competentes en trabajo con grupos diversos, empatía, capacidad de escucha, entre otros. En el plano ético, se asocia el riesgo de generar expectativas que no se cumplen y de visibilizar conflictos y tensiones en comunidades sin mecanismos para gestionarlos.

En síntesis, los mapeos de activos para la salud son una herramienta que permite a las comunidades reconocer sus activos. Pese a ello, presenta desafíos vinculados a la alfabetización del concepto, planificación, logística y ética.

## 2.2. Los activos para la salud desde la mirada sociológica y dialógica

En el capítulo anterior se revisaron los fundamentos del modelo de activos desde la salud pública y sus desafíos de implementación. Uno de ellos es la “alfabetización” del concepto de activo en la comunidad, afectando su comprensión (WHO, 2022; Luo et al., 2022). Desde la sociología, esto puede entenderse como el intento de que un concepto legitimado en salud pública sea apropiado por las comunidades, pese a sus realidades y conocimientos previos.

Este capítulo analiza los procesos de socialización e internalización del concepto de activo para la salud y se organiza en cinco apartados. El primer apartado lo aborda desde la sociología del conocimiento de Berger y Luckmann. El segundo problematiza la internalización del concepto, continuando con la teoría de Berger y Luckmann. El tercero tensiona los mapeos de activos desde las relaciones de poder a partir de Foucault. El cuarto aborda los recursos de la comunidad desde las formas de capital de Bourdieu. Por último, el quinto integra estas tensiones y propone una mediación mediante la educación dialógica, a partir de Freire y Vella.

### 2.2.1. El recorrido del modelo de activos desde la sociología del conocimiento

Luego de revisar los conceptos en torno a la salud, el análisis se desplaza hacia la construcción del conocimiento. Desde la sociología de Berger y Luckmann (2003 [1966]), se propone una construcción de la raíz del problema de los activos: cómo un concepto tan especializado, propio del universo institucional de la salud, se traslada y adquiere sentido para las comunidades.

Berger y Luckmann (2003 [1966]) sostienen que la realidad social se presenta mediante objetivaciones que parecen permanentes en el tiempo y se cristalizan en instituciones que contienen universos de significado. Sin embargo, estas objetivaciones tienden a ocultar su origen como producción humana construida socialmente.

En este marco, la división social del trabajo produce especializaciones y distribuye socialmente el conocimiento. Esta distribución genera segmentaciones institucionales que abren espacio a subuniversos especializados o esotéricos. Para mantenerse frente al mundo de la vida cotidiana, dichos subuniversos requieren de procesos de legitimación que produzcan y reinterpreten significados, otorgándoles plausibilidad y coherencia.

De este modo, la sociedad se especializa de manera continua, expresándose en universos simbólicos y subuniversos que buscan sostener su propio orden de sentido (Berger y Luckmann, 2003 [1966]).

Esta perspectiva permite comprender el recorrido de las visiones en salud como parte de un proceso de especialización institucional de la salud. En esa línea, el paso desde un modelo patogénico hacia uno salutogénico puede entenderse

como resultado de una complejización del conocimiento que tensiona un universo previamente cristalizado. Durante décadas, el modelo patogénico se consolidó como dominante; sin embargo, con la teoría de la salutogénesis y su adopción en promoción de la salud, se configura un subuniverso especializado.

Este subuniverso se legitima mediante elementos como la Carta de Ottawa, generando un replanteamiento de conceptos ya establecidos como la promoción de la salud y la salud comunitaria. Un ejemplo son las afirmaciones de Potvin y Jones (2011), al indicar que la carta contribuyó a proporcionar un marco para la salud pública en relación a la promoción de la salud.

La salutogénesis y la Carta de Ottawa representan quiebres del universo, mientras que aportes como Eriksson y Lindström (2008) pueden leerse como intentos de mantener coherencia. En medio de esta continua legitimación y coherencia surge el modelo basado en activos para la salud (Morgan y Ziglio, 2007).

Este modelo basado en activos, articula a la salutogénesis, los principios de la Carta de Ottawa, los mapeos de activos y los activos para la salud. Desde esta perspectiva, busca mantener una coherencia con el modelo basado en el déficit

—entendido como un subuniverso afín a la patogénesis que también ha buscado su legitimación—, posicionándose como un complemento.

De este proceso surge el concepto de activo para la salud como parte de un subuniverso altamente especializado, derivado del subuniverso institucional de la promoción de la salud. No obstante, su finalidad es operar con las comunidades, produciendo una incongruencia desde su utilidad: fue creado para las comunidades, pero no es parte del lenguaje común de las comunidades.

La brecha entre el subuniverso especializado y las comunidades requiere la ayuda de procesos de internalización y socialización secundaria para bajar el concepto a las personas. No obstante, esto se dificulta debido a que las personas pueden ya haber construido una realidad que no concibe al concepto y está más cercana a otros universos de significado como el patogénico.

Este subuniverso especializado es sostenido por la institución, la cual es comprendida como la tipificación recíproca de acciones habitualizadas que, dada su historicidad y capacidad de control, parecen ser objetivas, inalterables y evidentes por sí mismas (Berger y Luckmann, 2003 [1966]). En este caso, el organismo que adquiere estas características es la Organización Mundial de la

Salud [OMS], la cual impulsa la alfabetización de activos (WHO, 2022), proveniente de este subuniverso para que el concepto de activo para la salud pueda ser entendido para las personas.

Esta alfabetización, en términos de Berger y Luckmann (2003 [1966]), puede entenderse como el proceso de socialización secundaria. Durante esta socialización las personas pueden internalizar el concepto, permitiendo legitimarlo y pasar a ser parte de su propia realidad social efectiva.

#### 2.2.2. El desafío de la socialización secundaria: la internalización del concepto de activo para la salud

Anteriormente, la construcción del conocimiento estableció que los activos para la salud pertenecen a una construcción de un subuniverso especializado. Así, ocurre el desafío de que las comunidades se apropien de este concepto. Para abordar este proceso de apropiación, se utilizan los conceptos de socialización secundaria e internalización de Berger y Luckmann (2003 [1966]), entregando una mirada inicial que se irá complejizando por las siguientes perspectivas.

Para Berger y Luckmann (2003 [1966]) la internalización consiste en la aprehensión o interpretación inmediata de la realidad social en cuanto expresa significado, es decir, es el proceso en el cual las personas consideran que algo se vuelve subjetivamente significativo para ellas. Esta internalización es la base sobre la cual las legitimaciones pueden volverse plausibles para las personas.

La internalización supone que las personas nacen en una sociedad ya dada que luego van significando. Para ello, Berger y Luckmann (2003 [1966]) distinguen entre socialización primaria y secundaria.

La socialización primaria ocurre en la niñez, cuando el infante se enfrenta a una realidad que se le presenta como objetiva y recibe los significantes desde otras personas (frecuentemente los padres). Este proceso lo sitúa como miembro de la sociedad al adquirir herramientas como el lenguaje y las normas básicas para interpretar su realidad.

En cambio, la socialización secundaria consiste en todo proceso de socialización posterior a la primaria. En esta, se internalizan subuniversos basados sobre instituciones; por lo tanto, se presenta un vocabulario especializado producto de estas instituciones.

A diferencia de la socialización primaria, esta socialización puede resultar más difícil de interiorizar debido a que ya hay una realidad construida. No obstante, puede marcar profundamente cuando ocurre un proceso de resocialización, capaz de producir transformaciones relevantes en la realidad subjetiva (Berger y Luckmann, 2003 [1966]).

En el contexto de los activos para la salud, esta socialización secundaria opera como el proceso en el cual se internaliza el subuniverso del modelo de activos promovido por instituciones como la OMS. Por tanto, los profesionales que socializan este subuniverso actúan como funcionarios institucionales que median la traducción del concepto hacia las comunidades, transmitiendo su marco de referencia de origen institucional, que contiene aquellas legitimaciones ya mencionadas, tales como la Carta de Ottawa y la teoría salutogénica (Berger y Luckmann, 2003 [1966]).

La internalización (Berger y Luckmann, 2003 [1966]) del concepto de activo en las comunidades puede considerarse efectiva, en el momento en que las personas conocen su definición, la reinterpretan y la aplican a su realidad. Esto se evidenciaría en el momento en el cual identifiquen los activos de su barrio

durante un mapeo de activos que actuaría como el proceso de socialización secundaria del concepto.

A pesar de ello, la internalización del concepto no es sencilla, pues las personas ya vienen cargadas de significados adquiridos en su socialización primaria y secundaria. Esto produce que la socialización del concepto sea un proceso de conflicto y reinterpretación de significados, en el cual se presenta el subuniverso de la promoción de la salud para que se imponga o conviva con la realidad ya internalizada de las personas. Por ejemplo, si las personas han aprendido a situarse como receptoras pasivas en su salud, el proponer hacerse cargo de su salud desde los activos puede ser una idea difícil de asimilar.

Desde la perspectiva de Berger y Luckmann (2003 [1966]), se ha establecido el conflicto que ocurre al intentar socializar un concepto tan especializado a las comunidades. Sin embargo, esta mirada puede seguir complejizándose. Por tanto, se abordan las dinámicas relacionales de este proceso, las cuales involucran relaciones de poder y recursos comunitarios.

### 2.2.3. Las relaciones de poder presentes en los activos para la salud

Tras haber formulado el conflicto de la socialización del concepto de activo, resulta necesario problematizar las relaciones de poder que atraviesan el modelo basado en activos para la salud. Esto se debe a que se estableció que el concepto proviene de un conocimiento especializado, situado en un subuniverso de significado perteneciente a la salud y es promovido por instituciones reconocidas como la OMS. En consecuencia, el concepto no es neutral, pues se difunde y se presenta bajo formas específicas que influyen en cómo se traduce, se apropia o se resiste en las comunidades (Berger y Luckmann, 2003 [1966]).

Foucault (1988) plantea que el poder está presente en todo momento y se ejerce mediante la conducción de conductas. En este sentido, gobernar implica estructurar el posible campo de acción de los otros.

En la misma línea, otro concepto importante del autor es la gubernamentalidad, la cual alude a tres significados. Primero, como un conjunto constituido por instituciones, procedimientos, análisis, cálculos y las tácticas que permiten ejercer una forma de poder para la población y que se instrumentaliza mediante los dispositivos de seguridad. Segundo, como una tendencia histórica en la cual el gobierno adquiere poder dominante, impulsando aparatos específicos de

gobierno y una serie de saberes. Tercero, como el resultado del proceso del cual el Estado se gubernamentaliza (Foucault, 2006).

Esta gubernamentalización del Estado implica que el poder no se concentra sólo “arriba”, sino que se distribuye a través de una racionalidad de gobierno que atraviesa múltiples relaciones de poder. De este modo, el gobierno conduce las conductas de la población promoviendo formas de autogobierno, apoyadas por mecanismos como normas, instituciones y procesos de autorregulación de la población (Foucault, 2006).

En el caso del concepto de activo para la salud, su implementación puede leerse como parte de estas racionalidades que se institucionalizan mediante políticas públicas en Chile —por ejemplo, las orientaciones técnicas de la universalización de la atención primaria de salud (Ministerio de Salud, 2025)— y que, a su vez, se articulan con recomendaciones de organismos internacionales como la OMS. En este marco, se observa una circulación y traducción de racionalidades que se despliegan hacia la población.

Desde esta perspectiva, tanto los activos como los mapeos pueden entenderse como prácticas de conducción de conductas propias de la gubernamentalidad

(Foucault, 2006). En estas prácticas opera una racionalidad orientada a producir sujetos y comunidades empoderadas, autónomas y responsables de su propia salud (Cemeli Cano et al., 2023). Sin embargo, aquí emerge una tensión, pues se procura autonomía y autogobierno mediante prácticas que conducen sus conductas, como los mapeos de activos. En consecuencia, el empoderamiento se promueve dentro de marcos institucionales que definen sus términos.

El develar la gubernamentalidad permite entender que, al socializar el concepto de activo, los profesionales median la traducción de su marco de referencia institucional hacia las comunidades (Berger y Luckmann, 2003 [1966]). Sin embargo, este marco incorpora racionalidades gubernamentales que definen qué se entiende por salud y cómo deben movilizarse los activos. Así, la socialización secundaria no solo introduce el concepto, sino también una manera determinada de concebir el cuidado de la salud, lo que puede tensionar, reordenar o volver menos visibles formas locales o alternativas de abordarla. En ciertos casos, este proceso podría operar como una reabsorción de otros lenguajes y prácticas, renombrándolos bajo criterios propios.

La mirada de Foucault permite comprender el poder implicado en la búsqueda de empoderamiento. Sin embargo, aún es necesario complementarla con una

perspectiva que considere los recursos de las comunidades para apropiarse, resignificar o incluso cuestionar el concepto de activos. Para ello, se incorpora la propuesta de Bourdieu.

#### 2.2.4. Los recursos de la comunidad: los activos como capitales

En este apartado, se hace un análisis desde Bourdieu (2001) sobre las formas del capital que contienen las comunidades y las maneras desde las cuales las personas pueden afrontar los activos para la salud.

Bourdieu (2001) señala que el capital es trabajo acumulado que puede encontrarse en forma material, interiorizada o incorporada. Este capital tiene una fuerza que proviene desde dentro de cómo está organizado el mundo social y de cómo las personas piensan y actúan. Además, su acumulación requiere de tiempo para que pueda producir beneficios, reproducirse a sí mismo o crecer. Por ello, el capital media el funcionamiento de la realidad social y decide las oportunidades de éxito de las prácticas.

El capital se manifiesta de tres formas posibles: social, económico y cultural. El capital social se constituye por la totalidad de recursos basados en la pertenencia a un grupo que pueden estar más o menos institucionalizadas de conocimiento y reconocimiento mutuos. Este capital se concibe sobre la base de relaciones de intercambio materiales y/o simbólicas. Por otra parte, el capital económico se refiere a todo aquello que puede ser convertible en dinero.

El capital cultural se puede presentar de forma incorporada, en estado objetivado y en estado institucionalizado. De manera incorporada, se refiere a un proceso de interiorización, donde hay un periodo de enseñanza y aprendizaje que toma tiempo. En cambio, en estado objetivado se presenta en bienes culturales, por ejemplo, libros, cuadros, instrumentos o máquinas. Por último, en estado institucionalizado se refleja mediante el reconocimiento institucional del capital cultural que tiene una persona. Esto se expresa en títulos académicos que se conceden bajo un cambio económico.

Sin embargo, existe otro capital, el capital simbólico. Su aparición depende de la existencia de las otras formas de capital, pero se obtiene sólo cuando alguna de las formas del capital es reconocida como legítima. En consecuencia, adquieren representación, valor e importancia social.

La manera en que surge el capital simbólico es cuando es legitimado por las instituciones externas, que representan los campos de poder o por el reconocimiento de la comunidad. Lo importante es que se naturalice de tal manera que se reconozca como legítimo por defecto.

En relación con los activos, cuando se le presentan los mapeos de activos a la comunidad —que se considera que tienen una socialización complicada y una racionalidad gubernamental—, la comunidad responde movilizand o sus propios recursos, representados en distintas formas del capital (Bourdieu, 2001). Mediante estos capitales las personas deciden si internalizar el concepto de activo, cómo internalizarlo y qué legitimar de su entorno como activo.

El capital social permite el funcionamiento y mantenimiento de los recursos mediante relaciones sociales. No obstante, no sólo sostiene sino que también agencia. Dentro de la comunidad, se reconoce a las personas que tienen valores como la confianza, cooperación y liderazgo que en términos de Morgan y Ziglio (2007), equivaldrían a activos para la salud.

Las personas con capital social tienen la capacidad de influir en las decisiones de la comunidad. En términos del mapeo, esto puede reflejarse al momento de tener una opinión positiva o negativa sobre la apropiación del concepto de activo. Inclusive, puede ocurrir que se opongan a que profesionales en salud les socialicen el concepto, rechazando los mapeos de activos.

Por ejemplo, una comunidad puede indicar que Ana es un activo porque presta su camioneta para el carnaval anual. Sin embargo también participa en un taller y pertenece a la junta de vecinos. Por tanto, tiene un capital social que es legitimado por las personas, influyendo en la percepción de la comunidad. Este ejemplo, ilustra cómo el capital social al ser reconocido se convierte en un filtro por el cual la comunidad evalúa si internaliza o no el concepto de activo.

El capital cultural que contiene la comunidad, entendido como sus saberes y prácticas, permite que al momento de socializar el concepto de activo, este sea internalizado bajo los términos que tiene la comunidad. Por tanto, la decisión de qué es considerado un activo se juzgará con sus propios saberes.

El capital simbólico corresponde a la decisión final que toman las comunidades, es decir, decidir si legitiman un recurso como activo o si aceptan el concepto de

activo para mapear sus capitales. Esto se vincula con Botello et al. (2013) en relación con la existencia de activos formales e informales, pues esta distinción deja en claro la agencia de las comunidades para decidir sobre sus recursos.

Sin embargo, los activos institucionales tienen una lógica distinta, pues ya contienen capital económico, social y cultural. No obstante, bajo la lógica de los activos, para que puedan reconocerse como un activo deben legitimarse por las personas (Suárez et al., 2016; Dandicourt Thomas et al., 2023). Cuando eso ocurre, las personas también adquieren capital simbólico en ese contexto.

Desde el análisis de Bourdieu (2001) se regresa la capacidad de agencia de las comunidades que se había perdido en la socialización secundaria (Berger y Luckmann, 2003 [1966]) y el empoderamiento conducido (Foucault, 1988) de los mapeos de activos.

Bajo esta lógica, la internalización adquiere un carácter negociable, en donde las personas movilizan sus capitales para decidir qué hacer frente al significado que la institución ofrece. Esto implica que los activos dejen de ser sólo un concepto a internalizar y se constituyan como un elemento de negociación, decidiendo si forma parte de una manera de entender su salud.

Considerando a los activos como un elemento de negociación para las comunidades, los procesos para socializar el concepto deben convencer a las personas sobre su utilidad. Para ello, se presenta la propuesta de Vella (2002), quien desde una educación dialógica puede mediar con esta situación.

#### 2.2.5. La mediación dialógica de los activos para la salud

Como se ha establecido, la socialización del activo está cargada de una negociación del concepto que permea con la tensión de la internalización y la racionalidad gubernamental. Por tanto, para socializar el concepto respetando la agencia de las personas debe ser con una educación que les permita dialogar.

Freire (2005 [1970]) propone una educación problematizadora que otorga un aprendizaje desde el diálogo mediante actos cognoscentes. Así, los educandos aprenden más del mundo y lo problematizan cada vez más hasta liberarse. Este tipo de educación permite que las personas no sean receptoras pasivas de conocimiento (educación bancaria), sino que sean partícipes de su aprendizaje.

Vella (2002) adhiere a la postura de Freire para proponer una educación dialógica, que en Chile se conoce como Educación Participativa para Adultos (EPA) (Montero Labbé, 2007). La EPA proporciona un aprendizaje holístico, relacional y transformador. Esto lo hace a través de una estructuración de la enseñanza en siete pasos: ¿Quién?, ¿Por qué?, ¿Cuándo?, ¿Dónde?, ¿Qué?, ¿Para qué? y ¿Cómo? (Vella, 2008).

Dentro del paso “¿Cómo?” están las tareas del aprendizaje, las cuales se basan en preguntas abiertas para que los aprendices sean los tomadores de decisiones de su propio aprendizaje. Además, tienen una estructura que fomenta la creatividad y se promueve el diálogo entre los alumnos, considerando al maestro también como uno. Estas tareas se conocen como las “cuatro ies”:

- **Tareas Inductivas:** Se espera que a través de la reflexión las personas creen su propia teoría flexible. En estas tareas se conoce el grado de cercanía al tema en que están los estudiantes. Además, prepara el espacio para el aprendizaje, despertando el interés con los temas generativos.
- **Tareas de Input:** Se invita a las personas a profundizar en el nuevo conocimiento, usando al educador como un recurso, quien les puede

presentar nuevos conceptos, datos, actitudes, habilidades, entre otros. De modo que, se entrega lo que las personas quieren aprender.

- Tareas de Integración: Se proyecta el aprendizaje a situaciones reales que pueden ser trabajadas de manera inmediata, a futuro o ambas. En consecuencia, hay una involucración consciente de los conocimientos, habilidades, actitudes o sentimientos adquiridos.
- Tareas de Implementación: Se aplica lo aprendido de forma inmediata para recibir una retroalimentación sobre la adquisición del nuevo conocimiento. Su objetivo es que en un futuro este nuevo conocimiento continúe permeando en sus vidas (Vella, 2008).

Para la planificación de los mapeos de activos, la EPA responde a las tensiones mencionadas con los autores anteriores al permitir que las personas durante la socialización puedan negociar la internalización del concepto.

En diálogo con Berger y Luckmann, las tareas del aprendizaje facilitan la socialización secundaria de los activos. Esto se debe a que respeta los conocimientos previos de las personas (producto de la socialización primaria),

para internalizar el concepto nuevo a través de la integración e implementación, permitiendo aplicar lo aprendido en el momento y con su realidad.

En Foucault, se atenúan las relaciones de poder al momento de presentar a quien enseña como otro alumno más y ve al aprendizaje como una labor compartida. Igualmente, el espacio no rechaza las conductas previas de las personas, sino que las busca relucir para crear su propia teoría.

En Bourdieu, el capital cultural y social se entienden como el tema generativo de la comunidad. A través de las tareas de integración e implementación, las personas negocian el concepto de activo con su capital (recursos).

De este modo, la EPA de Vella, basada en Freire, ofrece un marco para una socialización secundaria de carácter dialógico. Este diálogo permite que las comunidades negocien el concepto de activo, lo apliquen y decidan si internalizarlo o no. En este marco, se hicieron las técnicas propias para comprender las experiencias de internalización y socialización en los mapeos.

### 2.3. Teoría del objeto

La teoría del objeto de esta memoria entiende al mapeo de activos como la forma de identificar los activos para la salud de las comunidades a través de la creación de un nuevo mapa o inventario (Kretzmann y McKnight, 1993).

Además, desde una perspectiva sociológica, se analiza como un fenómeno triple: es un dispositivo de socialización secundaria que debe internalizar el concepto de activo (Berger y Luckmann, 2003 [1966]); opera desde una racionalidad gubernamental que conduce a las personas a empoderarse dentro de los términos institucionales (Foucault, 1988); y constituye un proceso de legitimación mediante el cual las comunidades pueden reconocer y validar los diferentes capitales que contienen (Bourdieu, 2001).

Dado que los mapeos de activos se implementan desde instituciones, los profesionales cumplen un rol fundamental como mediadores del proceso. Esto se debe a que en la práctica son quienes traducen el marco institucional hacia la comunidad y facilitan las instancias participativas. Por ello, su actuación incide tanto en la forma en la que presentan el concepto de activo como en las

condiciones de interacción en que las personas negocian, aceptan o cuestionan su significado.

Asimismo, se comprenden a los activos para la salud como cualquier factor o recurso que mejore la capacidad de las personas, los grupos, las comunidades, los sistemas sociales y/o las instituciones para mantener y preservar la salud y el bienestar (Morgan y Ziglio, 2007). No obstante, también se reconoce que es un concepto especializado que proviene de un subuniverso asociado a la promoción de la salud desconocido por las comunidades. De forma que, requiere de un proceso de socialización secundaria para internalizarlo (Berger y Luckmann, 2003 [1966]).

Además, el concepto encarna una mirada institucional de la salud comunitaria que puede invisibilizar otras maneras de entenderla (Foucault, 1988) y constituye un proceso de legitimación de las distintas formas de capital por y para las comunidades (Bourdieu, 2001).

Por tanto, se toman los conceptos de Berger y Luckmann (2003 [1966]) para considerar los procesos de socialización del concepto de activo. Esto implica un proceso en donde la institución busca que las personas internalicen el concepto.

Mientras que la internalización se entiende como el momento en el cual las personas no solo aprenden la definición del concepto, sino que lo reinterpretan, haciéndolo significativo para su realidad. Esto se puede expresar en la aplicación del concepto, identificando los activos de su comunidad.

De este modo, se entiende a las técnicas propias como parte de un proceso de socialización secundaria, en la cual se presenta el vocabulario del modelo de activos en relación con los universos de sentido de la comunidad. En este proceso, los facilitadores cumplen el rol de traducir el concepto para que las personas puedan negociar con su significado en la práctica.

### **3. Objeto y objetivos**

A continuación, se definen el objeto, el objetivo general y los objetivos específicos:

- **Objeto**

Procesos de socialización e internalización del concepto de activo para la salud en comunidades, mediante mapeos de activos con técnicas propias, y en facilitadores territoriales a partir de la experiencia del juego inductivo en contextos de promoción de la salud (2025 – 2026).

- **Objetivo general**

Comprender los procesos de socialización e internalización del concepto de activo para la salud en comunidades, mediante mapeos de activos con técnicas propias, y en facilitadores territoriales, a partir de la experiencia del juego inductivo, considerando racionalidades institucionales y traducciones del concepto a las comunidades en contextos de promoción de la salud (2025 – 2026).

- **Objetivos específicos**

**OE1.** Comprender cómo las comunidades negocian y ponen en práctica el concepto de activo para la salud durante mapeos de activos con técnicas propias.

**OE2.** Caracterizar el subuniverso de significado previamente internalizado del concepto de activo para la salud que los facilitadores territoriales manifiestan en sus interacciones durante el juego inductivo.

**OE3.** Interpretar cómo los facilitadores territoriales traducen el concepto de activo para la salud hacia las comunidades, considerando su internalización previa del concepto.

#### **4. Diseño metodológico**

El diseño metodológico se ajusta a una investigación básica exploratoria cualitativa (Hernández Sampieri y Mendoza Torres, 2018), que adopta un enfoque interpretativo (Denzin y Lincoln, 2005). Asimismo, el diseño se inspira en la fenomenología de la práctica de Van Manen (2007) como una orientación para la aproximación de las experiencias vividas de la comunidad en los mapeos de activos y de los facilitadores territoriales durante el juego inductivo, sin abordarla como un método. Este enfoque permitió comprender los significados que las personas construyen en torno al concepto “activo para la salud”.

Cabe destacar que en esta investigación se utilizaron técnicas propias, las cuales consisten en un juego inductivo y una técnica participativa que se explicarán en el apartado 4.2.1. Estas técnicas, actúan como un medio para favorecer la aparición de experiencias, reflexiones y procesos de construcción de sentido desde quienes participan. El fin del uso de estas técnicas es favorecer la emergencia de experiencias y reflexiones en torno al concepto de activo.

Además, las técnicas utilizadas para comprender las experiencias se aplicaron bajo un consentimiento informado elaborado conforme a la Ley 19.628 Sobre Protección de la Vida Privada (1999), que regula y resguarda el tratamiento de datos personales y sensibles.

#### 4.1. Población, muestra y participantes

La población de referencia correspondió a todas las personas que habiten dentro de los polígonos territoriales establecidos por el Departamento de Promoción de la Salud Biobío en la Provincia de Concepción y a facilitadores territoriales con experiencia en salud comunitaria que trabajen en estos sectores.

La muestra es no probabilística y heterogénea, compuesta por dos grupos que permitieron comprender la internalización del concepto de activos desde dos perspectivas. El primer grupo consistió en personas de una comunidad que participaron de una jornada de mapeo de activos, donde se implementaron técnicas propias (juego inductivo y técnica participativa) para comprender cómo la comunidad incorporó, resignificó o tensionó el concepto de activo.

El segundo grupo se conformó por profesionales asociados a la salud comunitaria (facilitadores territoriales) que participaron de un juego inductivo específico orientado a caracterizar su racionalidad gubernamental asociada a este concepto. Esto permite caracterizar cómo la racionalidad estructuró su internalización previa del concepto y su traducción hacia las comunidades.

Cabe destacar que ambos grupos no se relacionan directamente entre sí, por lo que los facilitadores territoriales entrevistados no formaron parte del mapeo de activos. Esta muestra se obtuvo por conveniencia, dado que el Departamento de Promoción de la Salud ya ha establecido contactos con organizaciones vecinales y profesionales que permitieron coordinar su participación.

Los criterios de inclusión para el primer grupo consistieron en ser mayor de 18 años, haber participado de una jornada de mapeos de activos donde se use el juego inductivo y la técnica y firmar el consentimiento informado. Por otra parte, los criterios de exclusión se componen en ser menor de 18 años, no haber participado de una jornada de mapeos de activos donde se use el juego inductivo y la técnica y no firmar el consentimiento informado.

Los criterios de inclusión<sup>2</sup> para el segundo grupo fueron ser un facilitador territorial en salud comunitaria y aceptar participar, firmando el consentimiento informado. En cambio, los criterios de exclusión son no ser un profesional vinculado a la salud comunitaria y no firmar el consentimiento informado. En los anexos se encuentran los consentimientos informados de cada grupo.

Las participantes del primer grupo consistieron en mujeres que participan de un taller ubicado en un sector de San Pedro de la Paz. Sin embargo, debido a que una persona no cumplía los criterios de inclusión, se excluyó del análisis, quedando en 16 participantes finales. Este grupo aceptó participar bajo la solicitud de un miembro del Departamento de Promoción de la Salud, quien realizó las gestiones con la presidenta del taller.

Los participantes del segundo grupo correspondieron a cinco facilitadores territoriales que se vinculan con la comunidad mediante un programa de salud. Estas personas fueron seleccionadas por la encargada de Promoción de la Salud de una comuna, quien realizó la convocatoria en base a los criterios solicitados y la disponibilidad. Por tanto, los participantes se caracterizan por trabajar en la

---

<sup>2</sup> Inicialmente, la muestra consideraba como criterio de inclusión el haber participado de un mapeo de activos para la salud. Sin embargo, durante el focus group se constató que no todos los participantes cumplían con ese criterio, por lo que se optó por redefinir la muestra, en coherencia con el enfoque cualitativo.

misma comuna, pero desde distintos sectores; aun así, son personas que ya tienen un vínculo establecido laboralmente.

#### 4.2. Instrumento y aplicación

Los instrumentos y aplicación empleados durante la investigación se agrupan en dos categorías. La primera consiste en el juego inductivo y la técnica participativa que fueron creadas por la autora de la presente memoria y favorecen la aparición de experiencias y reflexiones en torno al concepto “activo para la salud”. Mientras que, la segunda categoría contiene las técnicas usadas para comprender aquellas experiencias. Estas técnicas consisten en observación participante y grupo focal.

##### 4.2.1. Técnicas utilizadas durante el mapeo de activos para la salud

En este apartado se explican brevemente las técnicas propias —¿Activo o recurso? y diagrama de activos para la salud—, creadas con el fin de favorecer la experiencia del mapeo y su sustento teórico. En los anexos, se encuentra el manual de instrucciones correspondiente al juego inductivo y el mapeo de activos en formato EPA que incluye ambas técnicas propias.

**Juego inductivo ¿Activo o recurso?.** El juego inductivo está enmarcado en el modelo de activos para la salud (Kretzmann y McKnight, 1993; Morgan y Ziglio, 2007, Botello et al., 2013, Hernán-García et al., 2019) para favorecer los procesos de comprensión y construcción de sentido en torno al concepto “activo para la salud” en los mapeos. Este juego se sitúa en la tarea de inducción de la EPA, pues permite que los participantes creen su propia teoría flexible a partir de temas generativos, vinculando los conceptos con su realidad (Vella, 2008).

El juego tiene categorías definidas en base a la revisión de literatura y la experiencia en mapeos del Departamento de Promoción de la Salud Biobío. Este se divide en dos niveles. El primero busca la inducción del concepto nuevo e internalización; mientras que, el segundo busca la aplicación inmediata del concepto, introduciéndolo en su vida diaria (Berger y Luckmann, 2003 [1966]) y avanzando hacia la etapa de implementación en la EPA (Vella, 2008).

Asimismo, en este nivel la comunidad participante identifica a personas como activos, lo cual es central para la técnica participativa posterior, pues estos vínculos se interpretarán como parte del capital social (Bourdieu, 2001).

En comunidades, el juego inductivo cumple una función de introducción guiada del concepto de activo para la salud, favoreciendo que las personas lo apliquen en su realidad. Además, el juego actúa como mediador dentro del mapeo de activos para la técnica participativa posterior en la que se identifican activos del entorno. En facilitadores territoriales, el juego permite develar el subuniverso de significado desde el cual se ha internalizado previamente el concepto.

**Técnica Participativa: Diagrama de Activos para la Salud.** El diagrama de activos para la salud es una técnica creada en el marco del enfoque de activos para la salud (Kretzmann y McKnight, 1993; Morgan y Ziglio, 2007, Botello et al., 2013, Hernán-García et al., 2019) y enmarcada en la EPA dentro de su etapa de implementación (Vella, 2008). Su propósito es construir un diagrama, junto con la comunidad, que refleje sus activos y las relaciones que los sostienen.

La técnica permite reconocer tanto los activos dentro de la comunidad como las relaciones que existen entre las personas. Estas relaciones dan visibilidad el capital social de la comunidad al identificar a quienes vinculan, sostienen y dinamizan los activos (Bourdieu, 2001).

Además, la técnica incorpora dos clasificaciones representadas con flechas y colores. Estas clasificaciones estructuran el diagrama, pero la decisión de dónde ubicar cada activo es tomada por la comunidad. La primera clasificación distingue entre activos formales e informales (Botello et al., 2013), visibilizando a aquellos activos que pueden estar ocultos al no tener una personalidad jurídica. Por otra parte, la segunda clasificación hace diferencia entre un activo, activo en riesgo de perderse y recurso que tiene potencial de convertirse en activo. Esta distinción se genera con el fin de transparentar el estado de sus activos.

En resumen, este diagrama permite comprender cómo se configuran los activos de la comunidad, identificando activos, sus relaciones y las personas que los sostienen. De este modo, el juego ¿Activo o recurso? y el diagrama de activos para la salud se articulan: el primero introduce criterios para distinguir activo y recurso, y el segundo permite observar cómo estos criterios se movilizan o se tensionan en la práctica. Esta articulación busca, desde un enfoque institucional, mediar el trabajo con la comunidad, favoreciendo la comprensión y apropiación del concepto.

#### 4.2.2. Técnicas para la recolección de datos

Es este apartado se presentan las técnicas que se usaron para comprender las experiencias de internalización en torno al concepto de activo. Estas técnicas fueron observación participante y focus group.

**Observación Participante.** Se realizó observación participante (Guber, 2001) de un mapeo de activos<sup>3</sup> para la salud para captar la experiencia vivida de quienes participan. El mapeo fue dirigido por la investigadora y Oscar Sánchez Bórquez del Departamento de Promoción de la Salud.

Las características del mapeo implicaron la organización de las participantes en tres grupos. Debido a ello, la participación de solo dos facilitadores influyó en el ritmo de la actividad, generando momentos de espera entre la supervisión de las mesas. No obstante, estos momentos no comprometieron la ejecución del mapeo. El mapeo fue documentado mediante grabaciones de video y audio para registrar con mayor detalle las interacciones y dinámicas del proceso. Asimismo, se registraron notas de campo que describieron su desarrollo.

El rol de la investigadora durante este proceso es de participante observadora (Guber, 2001), involucrándose como facilitadora en las actividades prácticas del

---

<sup>3</sup> En el anexo se adjunta el mapeo de activos en formato EPA.

mapeo y, a su vez, observadora de los procesos que se llevan a cabo sin interferir en sus procesos de construcción de conocimiento. Sobre este doble rol, se mantuvo un registro reflexivo que distinguía entre ambos roles. Las dimensiones observadas fueron:

***Dimensión 1: Participación e involucramiento.*** Se hizo énfasis en cómo los participantes se involucran durante el mapeo de activos, tales como roles, iniciativas, validaciones y desacuerdos. Esto se efectuó considerando la distribución de la palabra y las formas de coordinación grupal.

***Dimensión 2: Diálogo y Reflexiones Colectivas.*** Se observaron los debates y reflexiones que surgieron tras la discusión en el juego y en las decisiones para identificar los activos para la salud en sus comunidades.

***Dimensión 3: Dinámica Socioafectiva y Construcción del Espacio Colectivo.*** Se observaron los gestos, emociones, humor y vínculos que emergen del mapeo de activos. Además, se contempló cómo esas interacciones pueden influir en la construcción de un espacio colectivo.

**Grupo Focal.** De forma complementaria a los mapeos de activos para la salud, se llevó a cabo un grupo focal, entendido en términos de Cyr (2024) como una técnica que reúne a un grupo de personas para debatir un breve conjunto de preguntas sobre un tema. A partir de la moderación, busca generar conversación y los datos provienen tanto de las respuestas como del debate que emerge en la interacción entre los participantes.

Esta técnica se realizó con facilitadores territoriales en salud comunitaria para comprender cómo manifiestan su subuniverso de significado previamente internalizado del concepto de activo para la salud.

A pesar de tener el formato de un grupo focal, la entrevista se orientó por los principios de la fenomenología de la práctica de Van Manen (2021). Esta orientación no se expresó en la formulación de preguntas fenomenológicas, manifestándose en la configuración de la entrevista. En este sentido, se propició un espacio dialógico mediado por el juego inductivo, que permitió a los participantes recordar y reflexionar sobre sus experiencias vividas. Dirigido a favorecer la emergencia de significados situados en el proceso.

Las personas participaron de la experiencia de una partida del juego ¿Activo o Recurso?, donde compartieron reflexiones y opiniones en torno al concepto de activo. Luego, se les hicieron preguntas sobre lo vivido, sus experiencias laborales y opiniones en relación al concepto en las comunidades. Finalmente, fue transcrito a partir de un registro de video.

#### 4.3. Plan de análisis

Se hizo un análisis de las transcripciones y notas de campo de la observación participante durante el mapeo de activos y el grupo focal. En el caso del mapeo de activos hubo una falla técnica en el registro de audio de una de las tres mesas establecidas, generando que el registro de esa mesa se hiciera sólo con notas de campo durante el proceso del juego inductivo. Sin embargo, para la técnica participativa sí hubo un registro total de lo transcurrido. En cambio, el grupo focal fue registrado en su totalidad sin problemas.

En este análisis, se prestó especial atención a la manera en la cual los participantes relatan sus experiencias. Para ello, se siguieron las aproximaciones sugeridas por Van Manen (1990) para abordar un texto: una

comprensión holística del sentido, la selección de frases reveladoras y una revisión línea por línea.

La experiencia vivida capturada mediante las aproximaciones sugeridas fue sometida a una codificación cualitativa abierta (Hernández-Sampieri y Mendoza Torres, 2018) como una técnica para ordenar el análisis. Esta codificación se realizó de manera conjunta con otros elementos de las transcripciones que no habían sido abordados mediante dicha aproximación inicial. El proceso de codificación se llevó a cabo de forma manual con el fin de tener una cercanía reflexiva con el relato.

Luego, se hizo un análisis temático de tipo teórico (Braun y Clarke, 2006), a partir del cual se identificaron patrones que fueron interpretados y organizados considerando las categorías teóricas definidas en el marco teórico. Dentro de cada una de estas categorías se reconocieron subtemas emergentes que describen las formas en que se manifestaron los procesos tanto en el mapeo de activos como en el grupo focal. Este análisis se hizo desde una postura reflexiva, considerando la posición de la investigadora en la interpretación de los datos.

Para asegurar un rigor metodológico se fijaron criterios de dependencia, credibilidad, transferencia<sup>4</sup> y confirmabilidad. Esto incluyó la transparencia de la perspectiva teórica y del diseño utilizado; el análisis de elementos verbales y no verbales en una muestra heterogénea; la triangulación teórica de perspectivas sociológicas y de salud; la triangulación de datos con diversas técnicas cualitativas; y el ejercicio reflexivo sobre los prejuicios de la investigadora para minimizar sesgos (Hernández-Sampieri y Mendoza Torres, 2018).

En síntesis, este diseño metodológico aborda el plan para acceder y comprender las experiencias vividas en torno al concepto activo para la salud. Esto mediante la articulación de técnicas propias que facilitan la emergencia de experiencias y técnicas cualitativas que puedan reflejar aquellas experiencias.

---

<sup>4</sup> Debido a la limitada extensión de páginas, no se incluye una descripción detallada del uso y creación del juego inductivo y la técnica del diagrama de activos para la salud. Sin embargo, esta información se encuentra en materiales complementarios que pueden ser consultados para transferencia y replicabilidad.

## **5. Resultados**

En este apartado se presentan los resultados, los cuales se encuentran segmentados por cada uno de los objetivos específicos.

### **5.1. Maneras en las que una comunidad negocia y pone en práctica el concepto de activo para la salud durante mapeos de activos**

En este apartado se presentan los resultados sobre cómo la comunidad negocia y pone en práctica el concepto de activo para la salud durante los mapeos. Estos hallazgos se agrupan en tres ejes: participación e involucramiento, diálogo y reflexiones compartidas, y dinámica socioafectiva y construcción del espacio colectivo.

#### **5.1.1. Participación e involucramiento durante el mapeo de activos**

El mapeo de activos evidenció dinámicas de participación e involucramiento organizadas en torno a turnos, roles y validaciones. Para facilitar el juego

inductivo, las participantes se distribuyeron en tres mesas, lo que permitió sostener la interacción y la toma de decisiones durante la actividad.

En el juego inductivo y la técnica participativa se observó delegación de la palabra hacia participantes reconocidas como más conocedoras del activo discutido. Esto se expresó, por ejemplo, cuando se solicitó a una participante que trabaja en un jardín infantil explicar su funcionamiento y reconocer actores asociados como activos. Asimismo, al discutir sobre pescadores locales, se cede la palabra a una participante que los conoce de cerca, quien es validada por otras participantes al decir: “No lo conozco, pero yo le creo” y “Yo le creo”.

Asimismo, se identificó una dinámica cooperativa que sostuvo el desarrollo del juego, en la cual se respetaron los turnos y se brindó apoyo a quienes presentaban dudas o se desorientaban respecto de las instrucciones. Esto se expresó en intervenciones como “Ya, ahora tienes que, desde el mismo color, sacar el...” y “Tienes que darlo vuelta”.

La cooperación también incluyó gestos de reconocimiento simbólico al momento de asignar puntajes. En un grupo, tras confirmar que las respuestas se complementaban, se validaron los argumentos y se cedió el punto a la

participante de mayor edad. En otro grupo también se validaron los comentarios realizados, pero se optó por no asignar el punto debido a la extensión del debate.

En síntesis, la participación se organizó mediante turnos, delegación hacia participantes reconocidas como conocedoras y apoyo práctico que sostuvo el flujo del juego, permitiendo acuerdos sin interrumpir la dinámica.

### 5.1.2. Diálogo y reflexiones compartidas

Durante el mapeo de activos emergieron diálogos y reflexiones en torno a la salud, los conceptos de activo y recurso, los agentes externos, su taller y sus propios activos.

Como punto de partida, se preguntó qué entendían por salud. Las respuestas oscilaron entre una visión centrada en la ausencia de enfermedad o dolor y la capacidad de poder ejercitarse o caminar y la salud mental. También se relacionó con acciones para tener una buena salud como alimentarse bien, hacer ejercicio, no tomar y no fumar. Ante esta última idea, una participante se declara como “Yo soy súper sana, súper sana”, a lo que una participante hizo sonidos de abuceo, diciendo “Ohhh que son fome”.

A medida que se les fue explicando qué significa recurso y activo, las participantes respondían ejemplificándolo con su realidad. Ejemplos de ello son “A como la sede de allá...” o como cuando el facilitador le explicaba qué podía ser un recurso y una participante lo relacionó con juegos de agua (“Los juegos de agua que hay allá abajo, es un recurso oiga, nadie la usa (ríe)”)

Respecto al concepto de activo, las participantes lo vincularon con espacios y organizaciones que permiten reunirse y sostener vínculos. Por ejemplo, señalaron que las sedes sociales pueden ser un activo porque posibilitan el encuentro, aunque no todas lo serían si permanecen cerradas o se usan solo para reuniones. También se consideró activo a un jardín infantil por su aporte a la comunidad, al permitir que la mamá pueda trabajar. Asimismo, hubo un acuerdo implícito al nombrar a bomberos e iglesias como activos: en los primeros no esperan nada a cambio y en los segundos, “yo creo que es lo que más es activo”. Por otra parte, hubo un caso en que el activo se ancló en una persona: la junta de vecinos fue nombrada como activo, pero se indicó que quien la sostenía era la presidenta: “Ella, ella siempre está informando a la comunidad, ella”.

En esta línea, se observó disposición a aceptar las justificaciones que asocian al activo con gestión comunitaria o con la generación de un espacio de confianza, encuentro y apoyo emocional. Estos acuerdos fueron acompañados de marcadores de certeza (po') para acompañar acuerdos rápidos (“es un activo igual po’”, “activo po’”). Así, uno de los criterios más recurrentes para designar qué es un activo fue la pertenencia y el vínculo al decir “pero es activo porque tú creas vínculos” o al indicar que algo es de toda la comunidad.

En contraste, el recurso fue descrito como aquello que puede beneficiar, pero no genera vínculos, tiene poca participación o es desconocido por la comunidad. Bajo esta percepción, se consideró como recurso a Instagram por su uso funcional, a un parque al cual asisten dos personas, a bingos y completadas, a charlas asociadas sólo al aprendizaje y personas que sean negativas o con “malas vibras”. En esta misma lógica, la junta de vecinos puede vivirse como activo, pero para otras personas aparece sólo como recurso si se le entiende como un servicio sin vínculo. Asimismo, el CESFAM fue nombrado como un recurso necesario.

Estas distinciones también se aplicaron a su taller de manualidades, considerándolo como un activo al permitirles trabajar juntas y compartir. Sin

embargo, reconocen que para otras personas podría ser sólo un recurso si no existe interés o gusto por la actividad. Esto lo expresa una participante:

*“Es mejor que recurso. Recurso es cuando te prestan un servicio no mah, y aquí nosotros creamos vínculos porque somos amigos, hacemos... [...] eso se ve como de las dos, sí” (Participante 1, grupo 1)*

A pesar de lo mencionado, también identificaron elementos de su taller que pueden entenderse como recurso, como la sede social o el espacio para mostrar sus productos y vender, indicando que la gente no les compra. Aun así, valoran como activo la oportunidad de exponer sus manualidades al público.

Durante el transcurso del mapeo se escucharon afirmaciones que marcaron apropiación de los conceptos nuevos. Estas fueron: “noo, quedamos expertas ya”, “entendimos lo que dice, sí”, “entendimos algo” y “y entendimos lo que es activo y recurso”. A su vez, las participantes mostraron que la categorización se negocia al articular justificaciones con experiencias previas. Por ejemplo, una huerta podía ser considerado recurso según experiencias anteriores, pero pasar a activo al leer una justificación centrada en empoderamiento. De manera contraria, un taller de crianza respetuosa fue reclasificado como recurso al leer

que la argumentación se relacionaba al aprendizaje, pues, según su experiencia, solo aprenden y no se vinculan en esas charlas.

Luego, emergieron reflexiones sobre los agentes externos. Se describió una sensación de desvinculación cuando se instala infraestructura sin consulta comunitaria, generando recursos poco utilizados, tal como el caso de los juegos ubicados a pleno sol. En el caso de instituciones de salud, se las retrató principalmente como recursos necesarios asociados a relaciones asimétricas y con poco espacio para el diálogo; sin embargo, también pueden ser consideradas como activos cuando se vinculan a experiencias de apoyo cercano. Asimismo, se expresó frustración ante iniciativas no sostenidas, como con el huerto comunitario en el que “no vinieron nunca, que no vinieron po’”, y percepciones críticas hacia el alcalde.

Finalmente, en la técnica participativa indentificaron sus activos para la salud (en el anexo 9.5 está el resultado de la técnica). Estos activos consistieron en el CECOSF, pescadores locales, bomberos, junta de vecinos, carabineros, taller de manualidades, peluquería vecinal, iglesias del sector, jardines infantiles del sector, el mar, cocinerías, terminal de buses del sector y la amistad. También se consideró a los horticultores como un recurso con potencial de activo.

En cada uno de los activos se destacaron personas. Estas personas se caracterizaron por su disposición a prestar ayuda, sus vínculos con las personas, prestar sus servicios, ser emblemático y/o hacer bien su trabajo. Ejemplos de ello son el dueño del terminal de buses, quien fue seleccionado por prestar sus máquinas cuando hay funerales; los pescadores, seleccionados por ser los primeros en ayudar en catástrofes del mar, destacando a quienes son los más antiguos del lugar, en el cual uno de ellos fue quien trajo los botes a motor a la zona y la peluquera vecinal, quien es una participante del taller que se considera emblemática por cortarle el pelo a todas y tener vínculos con sus clientes.

En síntesis, los diálogos y reflexiones compartidas muestran cómo las personas fueron comprendiendo y negociando los conceptos de activo y recurso, relacionándolos primero con ejemplos y luego con su propia realidad territorial.

### 5.1.3. Dinámica socioafectiva y construcción del espacio colectivo

La dinámica socioafectiva y la construcción del espacio colectivo estuvo marcada por el humor entre pares, el cual operó como una herramienta para sostener la interacción durante el mapeo.

El humor se articuló con los conceptos aprendidos, por ejemplo al calificar en broma a una participante como recurso (“si ella es un recurso porque tenemos que aguantarla (risas)”) o al señalar como recurso a la peluquera porque “está algo carero”. Inclusive se expresó en un chiste dicho por el facilitador (“Iba a preguntar ahí y me dijeron: “váyase de aquí, recurso””), provocando risas generalizadas y respuestas que lo clasificaban como activo. Además, se observó un humor basado en la evaluación amistosa entre pares, al bromear sobre quién puso atención o al contradecir para evitar que otra gane el punto, aunque esto sólo se dio en un grupo en particular.

Aun cuando hubo desacuerdos relacionados en la categorización de activo y recurso, estos se volvieron manejables porque el humor y las reglas del juego amortiguaron tensiones. Un ejemplo fue la discusión por seleccionar una empresa como activo, debido a las preocupaciones por su daño ambiental; al finalizar se resolvió mediante votación de mano alzada y el elemento no se ubicó en el mapeo. En un caso excepcional, se mencionó a “ChatGPT” en tono de broma como estrategia para amortiguar la tensión de la discusión.

En síntesis, el mapeo articuló participación mediante turnos, roles y apoyos; diálogo reflexivo sobre criterios para definir activo y recurso; y una dinámica socioafectiva marcada por humor y reconocimiento entre pares, lo que sostuvo la construcción del espacio colectivo durante la actividad.

## 5.2. Caracterización del subuniverso de significado internalizado sobre el concepto de activo para la salud en facilitadores territoriales

Este apartado contiene los resultados en torno al subuniverso de significado previamente internalizado sobre el concepto de activo para la salud que los facilitadores territoriales manifiestan durante el juego de activo. Se destacan sus percepciones sobre activo, recurso y recurso con potencial de activo; los criterios para categorizar elementos; y sus formas de legitimar discursos.

### 5.2.1. Los significados previos de los conceptos activo y recurso

A partir del juego inductivo, los facilitadores hicieron emerger sus perspectivas sobre qué significa para ellos un activo para la salud y un recurso. Desde el inicio permeó la necesidad de claridad conceptual sobre estos conceptos, al no presentárseles una definición oficial. Esta búsqueda de claridad sugiere una

inseguridad y ambigüedad en los criterios de distinción entre ambos conceptos, que se esperaba resolver mediante una definición validada.

Los participantes definieron a un activo para la salud como algo positivo que trae beneficios a la comunidad, actividades y promoción. Asimismo, cuando hablan de espacios designados como activos, lo ven como destinados a la comunidad, ya sea para que las mismas personas tengan su propio espacio o sirva para dirigir operativos u hacer promoción. También, se señalan las redes sociales como un activo si existe un apoyo digital y tiene una constante social.

Durante la entrevista, existió una discusión respecto al nivel de participación necesaria para considerar un elemento como un activo. Se señaló que es un activo si es abierto para la comunidad y tiene o podría tener acceso disponible para la comunidad. Además, se usó como elemento validador de activos el respaldo de programas de salud.

En relación a las personas como activo, se destacó a profesionales que pueden realizar operativos, prestar servicios o generar beneficios a la comunidad. Sólo una participante enfatizó la capacidad de la misma comunidad para ser un activo, señalando que pueden beneficiarse los unos a los otros:

*“Claro, para mí va un poquito más allá de... como instrumentalizarlo en un programa, sino que es la vecina tanto... el docente tanto..., el... y así. Son personas o eslabones que generan beneficios a otros” (Participante D)*

Sin embargo, este comentario no fue retomado por el grupo, quedando como anécdota. El discurso que fue considerado señala que los activos son los programas que están dirigidos hacia la comunidad, destacando instituciones como la Seremi de Salud, la Municipalidad y la Dirección de Administración de Salud (DAS). Por último, se define como una “instancia de activos de salud”.

Otra visión a destacar, es el reconocimiento de un activo informal que forma parte del trabajo de salud de una participante. Destacando de forma orgullosa que no tiene personalidad jurídica.

En relación al concepto de recurso, los participantes lo describieron como un espacio deshabitado o que no le va bien. También asocian a este término a su uso sólo para vincular. Sin embargo, una participante expresa su duda sobre qué tan inerte es un recurso si también una laguna es un recurso natural.

Otro discurso de recurso se relaciona a redes sociales que sólo se encargan de entregar información y no tienen una constante social. Además, se señala que organizaciones sociales pueden ser un recurso si sus integrantes tienen conflictos, no trabajan en equipo ni para la comunidad y se desagrupan. A esto le incluyen la desconexión que puedan tener con la realidad social.

En relación a las personas dentro de un grupo, se las asocia con recurso si participan pocas personas y no se vinculan entre ellas, expresándose en si conversan o no. Por último, se percibe a los profesionales como un recurso humano que sólo presta un servicio a la comunidad con su trabajo.

Por tanto, los activos para la salud para los participantes se conforman en su mayoría como algo positivo, consistiendo en actividades abiertas que benefician a la comunidad. Estos pueden ser guiados por instituciones o personas que más allá de su trabajo buscan apoyar a las comunidades. Mientras que, el recurso es descrito desde la falta, la inactividad y la desconexión, consistiendo en espacios deshabitados o poco concurridos, en agrupaciones desconectadas de la realidad de las comunidades y redes sociales que no tienen una finalidad social.

### 5.2.2. La emergencia del concepto de activo para la salud

La emergencia del concepto de activo se manifestó como un proceso social consciente, vivido y reconocido por los propios participantes a lo largo del juego. Este proceso se caracterizó por un cambio en la percepción de las definiciones; una negociación de significados entre participantes, en donde se entiende que existen puntos de vista distintos; y una aplicación progresiva de los conceptos abstractos a la experiencia cotidiana y autopercepción.

El camino descrito se observa con claridad en los relatos de una participante durante la mitad y el final del grupo focal:

*[En medio] “Entonces siento que directamente como que lo veamos en el día a día, quizás yo, no”.*

*[Al final] “Como que igual nosotros estamos insertos en esto, pero nunca me había cuestionado que... si somos un activo, un recurso, la verdad es que esos conceptos no los tenía asociados en mí...” (Participante E)*

Este tránsito desde un concepto abstracto hacia una vinculación con su propio entorno y con ellos mismos también fue expresado por otros participantes, asociando este proceso con la experiencia del juego.

Durante este proceso, hubo un ejemplo práctico de cómo se reflejaban sus concepciones. En este, los participantes debían escribir en tres tarjetas el nombre de una persona para luego discutir si es un activo o no. Sin embargo, tras ya haber escrito una “personal de salud” hubo un silencio relacionado a qué más escribir. Ante esto, divagaron mencionando a cantantes famosos. Finalmente la entrevistadora sugirió el nombre de una persona común que habían mencionado antes, aceptando y anotándolo de inmediato. Finalmente las tarjetas quedaron en: personal de salud, Don Marcos y Alcalde.

Por ello, los participantes relataron un proceso de internalización previa que se manifestó de manera situada, colectiva y mediada por la experiencia del juego.

### 5.1.3. Potencial de activo: cuando un recurso pasa a ser un activo

La dinámica del juego dio la apertura de la categoría “recurso con potencial de activo”, como una forma de clasificar aquellos elementos que no eran

claramente reconocidos como activo o recurso. Por tanto, en este subapartado se reflejan los argumentos para elegir esta categoría.

Los participantes señalan que los recursos de espacio físico y naturales tienen el potencial de ser activo si se realizaran actividades. Se les relaciona con que necesitan de la gente y la comunidad para que se puedan activar.

*“...se puede ocupar para, pero necesita de la gente, la comunidad para ser...” (Participante E).*

*“Para activarlo”/ “Para que funcione” (Participantes A y B).*

Asimismo, se considera la ubicación como una de las condiciones para que un recurso pueda ser un activo. Además, coinciden en que las redes sociales pueden dejar de ser un recurso que sólo transmite información para ser un activo si quien la dirige también se involucra. Esta idea se vuelve a considerar respecto a personas que trabajen con comunidad, quienes pueden ser un activo si se involucran de otra manera con la comunidad y generan otras actividades.

A partir de los relatos, los criterios utilizados para señalar qué puede pasar a ser un activo son la realización de actividades, la participación de la comunidad, la ubicación y el involucramiento con la comunidad.

#### 5.1.4. Criterios de los participantes para juzgar qué es o no un activo

Si bien en el nivel 1 del juego se presentan justificaciones que debían orientar la clasificación entre activo, recurso o recurso con potencial de activo, estas tuvieron una consideración mínima durante la discusión. Esto generó que se utilizaran otros criterios para categorizar. A partir de la codificación del grupo focal, fue posible identificar al menos tres criterios utilizados por los participantes para decidir qué es recurso y qué es activo.

El rechazo a las justificaciones se expresó en el momento en que leyeron la primera tarjeta, la cual trataba de una sede social en la que sólo participaban dos personas. Si bien luego se les retroalimentó, solicitando que consideraran las justificaciones para el diálogo, esta idea fue omitida.

*[Sobre la cuenta de Facebook del CESFAM] Dice “permite generar redes de apoyo a la comunidad”. Más que generar redes de apoyo, lo que hace es entregar información (Participante C).*

*[Justificación: es gestionado por la comunidad] [...] o sea, a nivel organizacional yo creo que no participa la comunidad [...] (Participante A)*

Sin embargo, hubo momentos donde sí coincidían con la justificación, siempre y cuando esta fuera coherente con sus propios criterios. Por ejemplo, sucedió el caso donde hubo un consenso rápido sobre que un elemento era un recurso según la justificación, en la cual decía que estaba abandonado y nadie lo usaba.

Debido a ello, surge el primer criterio utilizado, la experiencia cotidiana. Esta experiencia se centró principalmente en el trabajo desde la institución de salud, enfocándose en los barrios donde ejercen. Este criterio es el que establece un rechazo a las justificaciones al no coincidir con sus vivencias y opiniones.

Por otra parte, se identificó un segundo criterio de clasificación, que consiste en la segmentación del elemento:

*“...el CESFAM como infraestructura sería un recurso, pero [...] las funciones de profesionales y los usuarios genera el activo (Participante A)”.*

Esta segmentación implica que toman un elemento y lo dividen con el fin de seleccionar qué parte corresponde a recurso y qué parte corresponde a activo.

El último criterio corresponde al uso de las apropiaciones del significado desde el sentido común para categorizar los elementos. Las relaciones que se establecieron durante el juego fueron “recurso activo”, “comunicación activa”, “recurso natural”, “activo actividad” y “recursos humanos”. Estas apropiaciones indican que los participantes recurren a asociaciones del lenguaje común para clasificar, desplazando el contenido teórico del concepto de activo para la salud hacia significados previos del lenguaje cotidiano.

#### 5.1.5. Maneras de legitimar qué es o no un activo para la salud

Otro resultado se asocia con las formas en que los participantes intentaron legitimar discursos propios y externos durante el grupo focal. Por eso, se indican los momentos en que esta legitimación fue exitosa, los discursos fragmentados, las formas de desplazar discursos y finalmente los discursos desplazados.

- Legitimación del propio discurso

En relación a la legitimación del propio discurso, se identificaron pocos momentos en que los participantes sostuvieron su postura frente al cuestionamiento de otros de forma clara y sin problemas. Sobre esto se distinguieron dos situaciones.

*[se cuestiona si dar regalos puede ser un activo] Para la salud mental po' [...]. Que a los niños les regalen cosas [...] que le hagan actividades cuando estén en vacaciones igual contribuye a la salud y el bienestar (responde dirigiéndose a Participante A y frunce un poco los labios). O sea, creo yo que no solamente es salud física, me refiero a salud en general (Participante E)*

En este ejemplo, se muestra cómo una participante fundamenta considerando lo que debe significar la salud, defendiendo su postura. El segundo momento consiste en:

*[Se cuestiona si una agrupación para personas mayores es un activo por la cantidad de personas, la apertura hacia la comunidad y el programa] Es que aun así, que sea activo no significa que sea a toda la comunidad, pero sí que beneficia a la comunidad, independiente de cuántas (Participante B)*

En este caso, la participante argumenta a pesar de los cuestionamientos recibidos. Si bien hay otros momentos de legitimación del propio discurso, estos se asocian con el uso de expresiones que cierran la discusión, como “si lo ves por el programa” o decir que toda la comunidad no puede gestionar un mercado.

- Legitimación del discurso del otro desde otro enfoque

Respecto a la legitimación del discurso del otro desde otro enfoque, se presentan dos casos que están ligados a los momentos anteriores. El primero está relacionado con la argumentación de Participante E, quien es avalada por Participante D:

*“Que a los niños les regalen cosas...” (Participante E). “Comen saludable, no llevan cositas hmp” (señala mirando fijamente a Participante B, habla pausado y enfatiza las palabras. Al final frunce los labios) (Participante D)*

En este extracto, se muestra cómo Participante D valida el argumento pero desde otro enfoque, avalando la salud mental desde la alimentación saludable. El segundo caso también es protagonizado por Participante D, quien esta vez busca validar el argumento de Participante B.

*“Yo creo que es un activo porque va en pro de las personas mayores, al final beneficia al grupo que va como en dirección a ese grupo etario [...] pero aun así me genera un poco de duda”. (Participante B). “Yo igual tengo dudas... porque ¿cuántas personas van a ese?”. (Participante D). “Caleta” (Participante B). “¿Hartas? Ah entonces es un activo” (Participante D).*

En este caso, Participante B busca considerar el grupo como activo por entregar un beneficio a las personas mayores. Participante D valida su argumento, pero mediante el criterio de cantidad de asistentes.

- Interrupción o fragmentación del discurso propio

Después de presentar las maneras de argumentar que tuvieron los participantes, se muestran los discursos que se vieron debilitados por sus propias interrupciones y fragmentaciones. Un ejemplo es “es como eh... algo que trae beneficios o no, como... ¿no?”. Estas fragmentaciones contienen duda e inseguridad en sus argumentos, produciendo que se debiliten discursivamente.

Sin embargo, también se observan interrupciones del propio discurso que impiden completar sus ideas. Algunas son: “Entonces yo creo que... eso” y “...personas más allá de lo que... es, no sé”. Por lo tanto, la fragmentación e interrupción de sus discursos generan que no puedan argumentar de manera sólida sus ideas, produciendo que difícilmente se legitimen sus discursos.

- Estrategias de clausura y control discursivo

Si bien hay formas de legitimar sus propios argumentos y los de los otros, existen otras maneras sobre la cual se ejerce una interrupción y control del discurso. Estas son el desplazamiento del diálogo mediante elementos lúdicos, el uso de discursos que cierran la discusión y la intervención dominante.

El desplazamiento del diálogo mediante elementos lúdicos se reflejó en el uso de estos elementos para evitar una discusión argumentativa, preguntas sobre los activos e incluso reabrir conversación.

*“Pero nos podemos equivocar ¿o no?” (Participante B). [...] “Este juego es un constructo. Sede social, yo creo que es un activo” (Participante D).*

*“Veamos esto de la manera más madura posible, cachipún (ríe)”*

*(Participante E). Todos ríen o sonrían.*

*“... y quizás se utilizan mucho menos, que una...” (Participante A). “(muestra una tarjeta) ¿Hay que entregarla?” (Participante C).*

En cada uno de estos ejemplos, se evidencia la evasión por continuar la discusión. En el primero, se omite la duda, respondiendo de forma vaga y cambiando el tema. En el segundo, debido a la dificultad para elegir al ganador, se propone resolverlo mediante el azar. Por último, el tercero busca eliminar el diálogo a través de una pregunta sobre el juego que produciría otro turno.

Además, la categoría de recurso con potencial de activo adquiere un matiz nuevo, usándose cuando no hay acuerdo entre las posturas y convirtiéndose en

una alternativa lúdica, como “la vieja confiable”. El adquirir este carácter lúdico por sobre el contenido genera que, aunque una participante use esta categoría seriamente, antes de considerar el argumento, los participantes ríen.

Otro elemento consiste en los discursos que tuvieron el efecto de cerrar la discusión, los cuales se conforman por oraciones como “ay, que habla bonito”, “pero esos 10, 15 locales no son la comunidad total” o “es que en realidad no se está hablando de eso, está habla-” [...] “es lo mismo”. La emergencia de estos discursos produce que los demás participantes limiten su apertura al diálogo.

Por último, hubo un elemento que consistió en la intervención dominante de una persona en la discusión. Estas intervenciones consistieron en descalificar los argumentos de los otros participantes “Yo creo que más que... todas las mentiras que hablaron allá”, autovalidación “Me gané el punto” y juzgar la participación del otro “Yo creo que deberíamos de descontarle un punto a la Participante B porque fue la que menos habló”.

- Discursos desplazados por la deslegitimación

Mientras transcurría la legitimación y deslegitimación de discursos, se produjo un desplazamiento de discursos que quedaron en el olvido, ya sea por su omisión, uso de un elemento lúdico para cambiar el tema u otro.

*[...] “Así como tenemos el grupo de WhatsApp nosotros, a X le pasó algo. Es generar redes de apoyo, si es apoyar po’” (Participante A).*

*“Claro, o cambio de actividades porque por algo no están participando, quizás fomentarla de otra manera” (Participante B).*

*“Oye pero, dentro del mercado local entran, por ejemplo, estas ferias navideñas autoconvocadas o se refiere al espacio como tal” [...] “es que si se generara un sentimiento de pertenencia en la comunidad aledaña a ese espacio, ellos mismos protegerían...” [...] Por ejemplo [...] se han recuperado plazas que eran microbasurales y... [...] Se han puesto las pilas para recuperar; lo han logrado po’” (Participante D).*

Estos discursos se caracterizan por abrir el diálogo a la reflexión sobre los activos. Aun así, al no sostenerse en la interacción grupal, quedaron desplazados por dinámicas lúdicas, cambios de foco o discursos que cerraron la discusión.

## 5.2.Traducción del concepto de activo para la salud por parte de los facilitadores territoriales hacia las comunidades

En este apartado, se describen los resultados en torno a cómo los facilitadores territoriales traducen el concepto de activo para la salud hacia las comunidades, considerando su internalización previa del concepto de activo para la salud. Esta sección se ordena en tres dimensiones: experiencias concretas de mapeos de activos, dificultades para traducir el concepto a las comunidades y propuestas para facilitar su comprensión.

### 5.2.1. Experiencia de mapeo de activos

Una de las participantes relató experiencias concretas de mapeo de activos para la salud:

*“En una actividad concreta con un mapa sectorizado [...] y con stickers fuimos entregando... entregamos de supermercados, colegios... símbolos de personas mayores, símbolos de reciclaje. Entonces dependiendo del sector de donde vivía cada, cada uno iba poniendo lo que más lo mueve en el sector”.*

En estos mapeos de los cuales señala haber participado en dos, describe cómo entregaron pegatinas con símbolos que permitieron a las personas reconocer sus activos para la salud dentro de su entorno. Asimismo, indica que al inicio de explicar la actividad las personas parecían no entender, pero al momento de dividirse en grupos y aplicar ya entendieron. Cuando se le preguntó cómo se daba cuenta si las personas habían entendido, respondió que fue por las caras confundidas y porque al momento de hacer la actividad consultaban.

#### 5.2.2. Dificultades de traducir el concepto a las comunidades

Los participantes señalan las dificultades de traducir el concepto a las comunidades, las cuales se dirigen hacia el nivel educacional, socioeconómico y etario de las personas con las cuales trabajan. Se reconoce que la población puede ser analfabeta y conformarse por personas mayores, por lo que es complicado, considerando que los conceptos son difíciles de entender hasta para ellos. Además, se señala que estas personas tienden a irse hacia lo “tangible”, por lo que les cuesta ver lo abstracto que puede ser un acción o lo que genera.

Estas dificultades conforman una percepción compartida de distancia entre el lenguaje técnico de la institución y las formas cotidianas en las cuales las personas de las comunidades comprenden en su cotidianidad.

### 5.2.3. Soluciones para bajar el concepto de activo a las comunidades

En primera instancia, sólo una participante propuso una estrategia para facilitar la comprensión del concepto de activo, señalando que con ejemplos se puede lograr. Por esto, se les enfatizó mediante una nueva pregunta las posibles formas para lograr una efectiva enseñanza sobre los activos. A partir de las respuestas, emergieron dos posturas: una orientada a enseñar el concepto y otra que propone prescindir de la definición explícita.

Las formas de enseñar que se describen son realizar mapeos con las organizaciones y ejemplificar con su realidad, considerando que son conceptos que no están interiorizados pero se encuentran en las comunidades. Por otra parte, surge la idea de no enseñarles la definición, si no que conocer desde antes los lugares que pueden ser sus activos.

*“Yo creo que más que justamente la definición para la comunidad, de tener claro la definición, yo pienso que justamente es tener el conocimiento de la instancia, de los lugares que están a disposición de ellos, más que... como tener claro la definición propiamente tal” (Participante A)*

Esta idea es complementada por otra participante, quien propone tener de antemano los lugares que son recursos y preguntarle a la comunidad qué es lo que “se les ocurriría que pudiésemos gestionar, qué actividades les gustaría que hiciéramos, qué se podría implementar”.

Finalmente, la participante que propuso enseñar mediante ejemplos, busca traer el argumento de la participante hacia su enfoque. De este modo, coincide en que la información del concepto puede que no les sirva pero si se asocia este concepto a algo que les dé un beneficio les va a importar, permitiendo que probablemente lo interioricen mucho mejor.

De este modo, la búsqueda de beneficios concretos para la comunidad permite mediar entre ambas posturas, generando un consenso en torno a una forma de internalización del concepto de activo para la salud que prioriza la experiencia práctica por sobre la comprensión teórica explícita.

## **6. Discusión**

En este apartado se discuten los resultados descritos anteriormente a la luz de autores que conforman el marco teórico. Esta discusión se segmenta en tres grandes ejes correspondientes a cada uno de los objetivos específicos.

### **6.1. Maneras en las que una comunidad negocia y pone en práctica el concepto de activo para la salud durante mapeos de activos**

Durante el mapeo de activos para la salud, el juego inductivo operó como un proceso de socialización secundaria orientado a la internalización del concepto de activo para la salud. Este juego estuvo enmarcado en un clima cooperativo y humorístico, en el que la dinámica favoreció un espacio en el cual las personas pudieron ser protagonistas de su aprendizaje, valorando el diálogo (Berger y Luckmann, 2003 [1966]; Freire, 2005 [1970]; Vella, 2008).

#### **6.1.1. Internalización situada en torno al concepto de activo**

La internalización (Berger y Luckmann, 2003 [1966]) de los conceptos de activo y recurso se observó cuando estas categorías comenzaron a operar como herramientas prácticas durante el juego. Esto se expresó en el uso de marcadores de certeza (po') en cierres categóricos y en el surgimiento de bromas internas que evidenciaron familiarización con los conceptos; por ejemplo, cuando se asoció a una participante como recurso. Asimismo, la aplicación directa de estos conceptos se materializó mediante la identificación y registro de sus propios activos.

Cabe destacar que la internalización observada corresponde a la ocurrida durante el mapeo de activos, pero no existe una prueba directa de que este haya permeado en sus vidas. Por lo tanto, cuando se habla de internalización, se hace referencia a este momento específico.

Esta internalización se vio marcada bajo una internalización previa de la salud, evidenciando la coexistencia de subuniversos relacionados con el modelo basado en el déficit (ausencia de enfermedad y dolor) y con el modelo basado en los activos (capacidad de hacer) (Berger y Luckmann, 2003 [1966]; Morgan y Ziglio, 2007). En consecuencia, al presentar la definición de activo y recurso las participantes pudieron tomar ese conocimiento y adaptarlo a su realidad.

Esto se expresó en momentos en los que algunas participantes empezaron a relacionar elementos de su barrio con las categorías de activo y recurso.

#### 6.1.2. Negociación y entendimiento del concepto de activo

Bajo estas condiciones, las participantes asociaron el concepto de activo dentro del modelo basado en activos con el uso recurrente del criterio de pertenencia y vinculación comunitaria. En cambio, el concepto de recurso se situó dentro del modelo basado en el déficit al considerarlo como un servicio que puede beneficiar pero no genera vínculos.

Sumado a ello, se observó que las participantes reconocieron la subjetividad de estos conceptos, planteando que son situados en el contexto específico de cada población y persona. Por ello, se mantiene la posibilidad de que su propio taller sea un recurso para otras personas, pero eso no descarta que para ellas sea un activo. Esto implica una visión en la que las personas son quienes tienen la agencia de decidir sobre qué es un activo o un recurso para ellas a partir de su capital social, cultural y económico (Bourdieu, 2001)

Para llegar a esas conclusiones, las participantes tuvieron que pasar por un proceso de negociaciones entre las justificaciones del juego y sus experiencias previas. Esto implicó que las participantes repensaran sus categorías al momento de leer una justificación, pasando de activo a recurso o de recurso a activo. En consecuencia, las participantes problematizaron las categorías y las adaptaron a su internalización previa para mantener coherencia con su realidad (Berger y Luckmann, 2003 [1966])

Estas negociaciones ocurren dentro de un marco institucional que no es neutral, sino que contiene una racionalidad gubernamental proveniente del modelo basado en activos para la salud. En este marco, se espera que las participantes entiendan el concepto bajo una conducción de conductas que las involucren en un proceso de empoderamiento, capacitación, participación y responsabilidad respecto de su salud (Foucault, 2006; Cemeli Cano et al., 2023).

En este sentido, las participantes manifiestan su opinión de las instituciones y profesionales vinculados a estas, quienes también tienen sus propias racionalidades (Foucault, 2006). Se describieron prácticas en las que las instituciones operan como un servicio que no considera las decisiones de la comunidad, desconociendo su capital simbólico (Bourdieu, 2001). Esto se

reflejó en experiencias en las que no se les consulta al instalar infraestructura, se desvincula la propuesta de un huerto y no se abren espacios de diálogo. A pesar de ello, consideran a las instituciones de salud como un recurso necesario, aunque no todas llegan a ser un activo por su falta de vinculación.

En paralelo, la negociación del concepto también estuvo atravesada por jerarquías y reconocimiento de capitales dentro del grupo. Esto se reflejó cuando cedían la palabra a quienes consideraban con mayor conocimiento, ya sea por trabajar ahí o vivir cerca. También ocurrió cuando se le decidió dar el punto a la persona de mayor edad dentro del grupo y en el momento en que se reconoció como activo a una participante por ser la peluquera emblemática del barrio (Bourdieu, 2001).

Durante el mapeo de activos, las personas valoraron principalmente el capital simbólico (Bourdieu, 2001) de su barrio. Esto se debe a que al momento de reconocer sus activos, los legitiman y adquieren ese reconocimiento. Sin embargo, cada activo también contiene otras formas de capital en su interior. Por ejemplo, los pescadores locales contienen capital social al ser conocidos y establecer redes de cooperación; capital económico por sus ingresos y medios

de trabajo: y capital cultural incorporado al reunir saberes y conocimientos propios.

En síntesis, las negociaciones y entendimiento del concepto de activo para la salud en las participantes del mapeo de activos están situadas bajo un ambiente que propició la internalización del concepto. En este, las participantes negociaron el concepto de activo con su internalización previa, generando que tradujeran el concepto a su realidad local mediante experiencias personales (Berger y Luckmann, 2003 [1966]). Asimismo, se considera la racionalidad gubernamental presente durante el mapeo (Foucault, 2006) y el reconocimiento de las distintas formas del capital tanto en la selección de activos como entre las mismas participantes (Bourdieu, 2001).

## 6.2. Caracterización del subuniverso de significado internalizado sobre el concepto de activo para la salud en facilitadores territoriales

La caracterización del subuniverso de significado del concepto de activo para la salud está menos asociada a la fidelidad del modelo de activos (Morgan y Ziglio, 2007) y más asociada a racionalidades próximas al déficit, lo cual,

mediante prácticas de gubernamentalidad (Foucault, 1988), tiende a reducir el reconocimiento de la agencia y del capital comunitario (Bourdieu, 2001).

#### 6.2.1. La socialización secundaria que revela significados previamente internalizados

Los facilitadores territoriales, a través del juego inductivo vivieron un proceso de socialización secundaria (Berger y Luckmann, 2003 [1966]) en torno a los conceptos de activo y recurso. Cabe destacar que el juego busca revelar el subuniverso de significado previamente internalizado del concepto de activo, producto de su socialización institucional previa.

A lo largo de la interacción, se observa que sus definiciones previas van cambiando e incluso mediando entre los significados. La reorganización discursiva de significados se expresa en el tránsito de una dificultad inicial para reconocer los conceptos de activo para la salud y recurso en la vida cotidiana, hacia considerar identificarlos tanto en ellos mismos como en su propio entorno.

Sin embargo, al no presentárseles definiciones formales, estas mediaciones no se orientaron hacia el modelo de activos (Morgan y Ziglio, 2007), sino que sólo retroalimentaron significados previamente internalizados.

### 6.2.2. La gubernamentalidad desde el déficit en el modelo de activos

En su implementación institucional, el modelo de activos (Morgan y Ziglio, 2007) queda mediado por relaciones de poder (Foucault, 1988) que condicionan cómo se define y conduce el empoderamiento comunitario en torno a la salud.

Desde esta lógica, los mecanismos de la gubernamentalidad (Foucault, 1988) se orientan a la conducción de conductas específicas bajo la finalidad de empoderar a las comunidades. No obstante, en el grupo focal, se expresaron mediante la omisión de la capacidad de agencia de las comunidades, lo que debilita su reconocimiento como portadoras de poder simbólico (Bourdieu, 2001).

Esto refleja que la lógica del modelo de activos no forma parte del subuniverso de sentido previamente internalizado de los participantes (Berger y Luckmann, 2003 [1966]); por ende, reinterpretaron el concepto desde la lógica ya

internalizada del déficit. Esto produce que el modelo de activos deje de operar como un complemento al modelo del déficit y se configura como una reformulación del discurso dentro de la misma racionalidad.

Por tanto, el análisis asume que las relaciones de poder y los mecanismos de gubernamentalidad operan desde el subuniverso del modelo del déficit, el cual ha sido previamente internalizado por los facilitadores territoriales a través de su socialización institucional. Esta orientación se aprecia en aspectos desarrollados en 6.2.3 y 6.2.4.

### 6.2.3. Manifestaciones de la internalización de activo y recurso

El juego permitió observar las formas en que el concepto de activo ha sido previamente internalizado por los participantes, las cuales sugieren una internalización previa no consolidada y dependiente de la institución al solicitar una definición “oficial” al inicio y mostrar inseguridad discursiva al cerrar sus intervenciones. Al analizar esta internalización previa, se revela la coexistencia de dos subuniversos del ámbito de la salud, alineados con el modelo basado en activos y el modelo basado en el déficit (Berger y Luckmann, 2003 [1966]; Morgan y Ziglio, 2007).

Desde el modelo de activos (Morgan y Ziglio, 2007), el concepto se entiende como algo positivo que beneficia y se orienta a la comunidad, entregando apoyo y una constante social. Sin embargo, desde un enfoque más cercano al déficit, se ve al concepto como “una instancia de activos de salud”, consistiendo en programas institucionales dirigidos a la comunidad. En esta línea, los profesionales se posicionan como activos por realizar operativos, prestar servicios o generar beneficios. Además, se considera como parámetro su apertura hacia la comunidad y el respaldo de programas de salud.

A su vez, la categoría de recurso con potencial de activo, revela que el concepto se ha internalizado bajo la noción de “activación”, manteniendo la coexistencia de ambos subuniversos (Berger y Luckmann, 2003 [1966]). En esta noción, los espacios, personas o redes sociales adquieren valor si se realizan actividades sobre ellos, entendiendo al activo como algo hecho para la comunidad, más que una capacidad que emerge desde ella.

De este modo, la ubicación se vuelve clave, pues usa una lógica de gubernamentalidad proveniente de la institución del ámbito de salud que evalúa si los profesionales pueden “activar” el recurso según donde se encuentre

(Foucault, 1988), invisibilizando el capital simbólico (Bourdieu, 2001) que puede ofrecer el elemento y la comunidad misma.

La dirección que toma el concepto de activo limita su capacidad empoderadora, participativa, capacitadora y responsable en las comunidades (Cemeli Cano et al., 2023), pues sostiene una visión pasiva de su agencia, tensionando la postura de Nurture Development (s. f.). En consecuencia, la internalización del concepto se tensiona con la teoría del modelo de activos, generando que se piense desde el modelo de activos, pero se opere desde el déficit. Esto refuerza una lógica de poder institucional que trabaja con mecanismos de gubernamentalidad (Foucault, 1988) que reducen la agencia comunitaria.

Estas conductas se evidencian cuando una facilitadora propuso que los habitantes de las comunidades, por sí mismos, contienen capital simbólico (Bourdieu, 2001), considerando su capacidad de ser activos. Sin embargo, este comentario ligado al modelo de activos, queda desplazado al retornar la discusión a los activos como programas de salud. De este modo, el poder simbólico se ubica en las instituciones que generan dichos programas, tal como se observó en el orgullo de otra participante por pertenecer a una organización informal que está respaldada por un programa.

En la noción de recurso, los participantes mantienen un consenso en tratarlo desde el déficit, asociándolo a lo material, deshabitado o que vincula sin constante social. Estas ideas mantienen la misma lógica que cuando definieron activo, pues se dice “está deshabitado”, pero no “las personas no lo utilizan”. Por tanto, vuelve a reflejar la dificultad de considerar a las personas como capital simbólico (Bourdieu, 2001), dadas las conductas gubernamentales donde la institución es quien tiene el poder (Foucault, 1988).

Esta lógica se perpetúa al pensar a las personas como “recurso”, considerando a profesionales o integrantes de organizaciones sociales que prestan un servicio y están desconectadas de la realidad social. Además, durante el juego, al escribir tres tarjetas con personas para luego discutir si eran o no un activo, propusieron “personal de salud”, “el alcalde” y “una persona común”. Sin embargo, esta última fue bajo la guía de la entrevistadora ante no saber qué escribir.

Este gesto muestra que, aunque se solicitó una categoría abierta, los significados internalizados se ligaron hacia lo institucional y figuras públicas con capital social antes que ciudadanos comunes, desplazando el poder simbólico fuera de la comunidad.

#### 6.2.4. Criterios de los participantes para juzgar qué es o no un activo

El nivel 1 del juego ofreció justificaciones para que los participantes decidieran si era recurso, activo o recurso con potencial de activo. Sin embargo, estas se rechazaron cuando no se ajustaban a marcos de sentido previamente internalizados (Berger y Luckmann, 2003 [1966]) ni a las racionalidades institucionales desde las que evaluaban los elementos (Foucault, 1988).

Los marcos de referencia previamente internalizados y los mecanismos de gubernamentalidad operaron con tal fuerza que, incluso cuando una justificación se alineaba con el modelo de activos (Morgan y Ziglio, 2007), era descartada si el elemento no encajaba con los criterios de los participantes, sucediendo con ejemplos de redes de apoyo o de gestión comunitaria. Por otro lado, las clasificaciones que eran coherentes con su experiencia y trayectorias laborales institucionales fueron validadas sin cuestionamiento. Esta dinámica revela que la experiencia institucional funcionó como un nuevo criterio.

Otros criterios para decidir fueron la segmentación del elemento y las asociaciones propias del sentido común como “recurso natural”, las cuales se

impusieron sobre los planteamientos teóricos del modelo de activos. En este contexto la justificación pasó a tener un rol secundario y flexible, siendo subordinada cuando se tensiona con razonamientos previamente internalizados.

Esto revela que la teoría del modelo de activos no es el subuniverso dominante, sino que es reinterpretado bajo racionalidades institucionales más cercanas al déficit. Por ello, se legitiman discursos que parecieran alinearse con el modelo de activos, pero se explican y validan desde lógicas de gubernamentalidad (Foucault, 1988). Estas lógicas priorizan criterios institucionales como la cuantificación de beneficiados.

Finalmente, durante la discusión emergieron mecanismos discursivos que operaron como formas de cerrar el conflicto teórico, estas fueron el uso de elementos lúdicos, uso superficial de la categoría recurso con potencial de activo y la intervención dominante de algunos participantes. El uso de estos mecanismos generó que relatos ligados al modelo de activos, como la autogestión, pertenencia o la opinión comunitaria quedaran desplazados. El motivo de esta omisión se encarna en evitar una confrontación directa con las racionalidades institucionales previamente internalizadas (Foucault, 1988).

Esto reitera que, bajo la lógica institucional de la gubernamentalidad (Foucault, 1988), los participantes tienden a considerar que operan desde el modelo de activos, pero en la práctica lo hacen desde racionalidades del déficit, utilizando el lenguaje del modelo de activos. Por ello, se observan patrones recurrentes, tales como el rechazar justificaciones que están ligadas al modelo de activos, legitimar discursos desde racionalidades del déficit y desplazar comentarios que se acercan al modelo de activos.

En síntesis, el análisis muestra que los facilitadores territoriales manifiestan procesos de socialización e internalización del concepto de activo que contienen racionalidades gubernamentales alineadas con la lógica del déficit. Si bien se reconocen discursos que contienen elementos del modelo de activos, estos no constituyen el subuniverso dominante, por lo que son reinterpretados desde racionalidades que otorgan a la institución el poder simbólico y sitúan a las comunidades como receptoras pasivas. De este modo, el concepto de activo perpetúa la lógica del déficit, quitando su potencial empoderador.

### 6.3. Traducción del concepto de activo para la salud por parte de los facilitadores territoriales hacia las comunidades

En esta sección, se analiza cómo la internalización del concepto de activo por parte de los facilitadores territoriales se manifiesta en la forma en que conceptualizan y enfrentan los desafíos de traducir este concepto hacia las comunidades.

Una de las participantes aporta su experiencia en internalizar y socializar secundariamente el concepto de activo a través de un mapeo. Sin embargo, en su relato se evidencia una comprensión del modelo de activos (Morgan y Ziglio, 2007) más próxima al modelo del déficit. Esto sucede al describir el mapeo bajo una lógica de identificación de recursos, entregando símbolos predeterminados como el supermercado para que los peguen en un mapa. Esta fijación previa de elementos produce que las distintas formas de capital (Bourdieu, 2001) queden invisibilizadas en el mapa, lo que cuestiona el nivel de apropiación y reconocimiento de aquellos recursos seleccionados.

En relación con cómo las personas vivieron el mapeo, la participante señala que al inicio se mostraban confundidas, pero a medida que la actividad avanzó y se les retroalimentó pudieron completar la actividad. Esto indica que quienes participaron pudieron entender y usar el concepto; sin embargo, el uso operativo del concepto no se traduce necesariamente en una apropiación reflexiva de este.

Esto sugiere que la enseñanza del concepto se dio considerando a la comunidad como una receptora pasiva del contenido, más que un sujeto partícipe (Freire, 2005 [1970]; Vella, 2008).

Cuando los participantes se refirieron a las dificultades de traducir el concepto de activo a las comunidades, mostraron un desplazamiento de la responsabilidad hacia características de la población bajo la lógica gubernamental (Foucault, 1988). En esta lógica, reconocen la distancia del concepto con las comunidades, pero atribuyen la dificultad de explicación al rango etario y el nivel educacional y socioeconómico, excluyendo la responsabilidad de cómo ellos podrían socializar el concepto. Salvo una participante que propuso ejemplos.

Por tanto, este desplazamiento que implica las dificultades de la traducción del concepto a la comunidad, revela la racionalidad desde la cual los facilitadores comprenden su propio rol en la socialización. Desde esta racionalidad, se posicionan como posibilitadores de activos frente a comunidades concebidas como receptoras, reproduciendo una lógica del déficit.

Al momento de preguntarles qué podrían hacer ellos para resolver el problema, indicaron respuestas ligadas al modelo de activos (Morgan y Ziglio) como

realizar mapeos de activos y ejemplificar con su realidad. Sin embargo, esta idea queda en contradicción al considerar no enseñar el concepto de activo, limitando la agencia y el reconocimiento simbólico de las personas (Bourdieu, 2001). La idea de no enseñar, contradice la alfabetización de activos (WHO, 2022) y concuerda con la baja disposición a explicar detalladamente el concepto (Luo et al., 2022).

La nueva propuesta se basa en que ellos, como facilitadores, deben tener claro desde antes cuáles son sus recursos para entregárselos a la comunidad. Esto se complementa con la idea de tener una lista con los recursos y preguntarles qué actividades o gestiones quieren que los facilitadores realicen con cada uno. Esta propuesta tensiona los principios del modelo de activos, al no reconocer plenamente la agencia de las personas y puede derivar en una lógica paternalista, pero todo ello bajo la lógica de creer que pertenece al modelo de activos.

Sin embargo, una participante busca condensar ambos subuniversos propuestos, intentando ligar la respuesta hacia al modelo de activos. Esto lo realiza al considerar la propuesta como una forma de incentivar a la comunidad a participar para que adopten el concepto. No obstante, cuando plantea su idea

dice “¿de qué les sirve a ellos saber esta información?”, lo que sugiere que el modelo de activos no opera como un marco dominante en su argumentación.

Los discursos relacionados a la traducción del concepto de activos develan cómo la lógica gubernamental (Foucault, 1988) está internalizada en los participantes. Esto produce que, al buscar formas de enseñar el concepto de activo, se ejecute bajo nociones que no transforman, sino que sólo tienden a reproducir el sistema institucional existente mediante un lenguaje positivo.

En síntesis, la forma en que los facilitadores conciben la traducción del concepto de activo hacia las comunidades se configura como un proceso permeado por su internalización previa. En este proceso, la enseñanza del concepto se orienta a la entrega de un listado de recursos por sobre el entendimiento del propio concepto, limitando su apropiación en las comunidades.

## 7. Conclusiones

En síntesis, esta memoria tuvo por objetivo comprender los procesos de socialización e internalización del concepto de activo para la salud en comunidades, mediante mapeos de activos con técnicas propias, y en facilitadores territoriales, a partir de la experiencia del juego inductivo, considerando racionalidades institucionales y traducciones del concepto a las comunidades en contextos de promoción de la salud (2025 – 2026).

En las comunidades, la socialización e internalización del concepto de activo se produjo de forma situada, en la cual las participantes incorporan la distinción entre activo y recurso, negociándola con comprensiones previas de salud y su experiencia propia, buscando la coherencia entre el concepto nuevo y sus experiencias previas. En cambio, los facilitadores territoriales manifestaron una internalización previa del concepto que, en este caso, se alineó mayormente con las racionalidades del modelo basado en el déficit, subordinando al modelo basado en activos. En ese sentido, las racionalidades internalizadas por quienes

facilitan influyen en las condiciones bajo las cuales las comunidades socializan e internalizan el concepto de activo.

Esta investigación caracteriza cómo juego inductivo y la técnica participativa en las comunidades actúan como un medio que hace observable los procesos de socialización e internalización del concepto de activo. En el caso de los facilitadores territoriales, manifiesta su internalización previa del concepto de activo.

Las limitaciones de esta investigación incluyen el uso de una muestra reducida y la realización de un solo grupo focal y un mapeo de activos, debido a los tiempos y dificultades de coordinación. Por ello, los resultados no buscan generalización de la realidad, sino que sólo comprenden contextos particulares. Asimismo, dado el carácter transversal de este estudio, no es posible establecer si la internalización observada en las comunidades persiste en el tiempo.

Las proyecciones sugeridas consisten en ampliar la aplicación de estas técnicas propias en distintos territorios y distintos grupos, evaluando su desempeño. Además, se considera profundizar en las racionalidades gubernamentales que

tienen los facilitadores territoriales que realizan o harán en un futuro mapeos de activos, dada su influencia en la traducción del concepto hacia las comunidades.

## 8. Bibliografía

- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. Jossey-Bass Publishers.
- Berger, P. L. y Luckmann, T. (2003). *La construcción social de la realidad* (Obra original publicada en 1966). Amorrortu editores.
- Botello, B., Palacio, S., García, M., Margolles, M., Fernández, F., Hernán, M., Nieto, J. y Cofiño, R. (2013). Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. *Gaceta Sanitaria*, 27(2), 180-183. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.05.006>
- Bourdieu, P. (2001). *Poder, derecho y clases sociales*. Editorial Desclée de Brouwer, S. A.
- Cané, L. S., Pace, N., Garipe, L. Y., Rosli, N., Hornstein, L., y Perman, G. (2021). Efectos en adultos mayores de su participación en un proyecto comunitario basado en activos para la salud. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*, 41(4), 157-170. <https://doi.org/10.51987/revhospitalbaires.v41i4.121>
- Cassetti, V., Powell, K., Barnes, A. & Sanders, T. (2020). A systematic scoping review of asset-based approaches to promote health in communities: development of a framework. *Global Health Promotion*, 27(3), 15-23. <https://doi.org/10.1177/1757975919848925>.
- Castiblanco Montañez, R. A., Andrade Riaño, J. S., Arias Castelblanco, J. L., Martínez Piñeros, P. D., Patiño Rojas, L. F., Ramírez Álzate, L. J., Sánchez, A. E., Carrillo Algarra, A. J. y Hernández-Zambrano, S. M. (2021). Mapeo de activos en salud para pacientes con enfermedades crónicas complejas en Bogotá. *Revista Ene de Enfermería*, 15(3).
- Cemeli Cano, M., Montesinos Escartín, T., Monforte Campillo, M. y Martín-Albo Francés, V. (2023). Iniciación en el mapeo de activos en un centro de salud urbano de Zaragoza. *Comunidad*, 80-87. <https://doi.org/10.55783/comunidad.250305>

- Cyr, J. (2024). Hablando con la gente: los grupos focales como maneras de generar conocimiento. En C. F. Domínguez Ávila y A. Arévalo (Eds.), *Métodos y técnicas de investigación en contextos de alta vulnerabilidad político-social: Validez, confiabilidad y pertinencia* (Vol. II). CLACSO.
- Cofiño, R., Aviñó, D., Benedé, C. B., Botello, B., Cubillo, J., Morgan, A., Paredes-Carbonell, J. J. y Hernán, M. (2016). Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gaceta Sanitaria*, 30, 93-98. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.004>
- Dandicourt Thomas, C., Bartasal Bagué, A., Villalobos Guiza, M. N., Fariñas Gutiérrez, L. M. y Mora Pelegrín, R. (2023). Prescripción social y activos de salud comunitaria para la promoción de salud y bienestar de las personas. *Revista Cubana De Enfermería*, 39(1).
- De Andrade, M. & Angelova, N. (2020) Evaluating and evidencing asset-based approaches and co-production in health inequalities: measuring the unmeasurable?. *Critical Public Health*, 30(2), 232-244. <https://doi.org/10.1080/09581596.2018.1541229>
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2005). Introduction: The discipline and practice of qualitative research. En N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The Sage Handbook of qualitative research* (3er ed., pp. 1 - 32)
- DISAM Tomé [@disam\_tome]. (10 de mayo de 2024). CESFAM Dr. Alberto Reyes realizó "taller salutogénesis y mapeo de activos para la salud" [Foto]. Instagram. <https://www.instagram.com/p/C6zCX80r2AW/>
- Dooris, M., Doherty, S., & Orme, J. (2017). The application of salutogenesis in universities. In M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. Bauer, J. M. Pelikan, B. Lindström, & G. A. Espnes (Eds.), *The handbook of salutogenesis* (pp. 237–245). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6\\_23](https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6_23)
- Dubos, R. (1979). *Mirage of health: Utopias, Progress, and Biological Change*. Harper & Row. (Obra original publicada en 1959).

- Eriksson, M., & Lindstrom, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promotion International*, 23(2), 190-199. <https://doi.org/10.1093/heapro/dan014>
- Fernández Carrasco, R. D. (2013). *Cultivando Comunidades Saludables. Una propuesta de Acción Comunitaria para la Promoción de la Salud desde el Modelo de Activos en el Barrio de la Barceloneta*. [Tesis de magíster]. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Foucault, M. (1988). El sujeto y el poder. *Revista Mexicana de Sociología*, 50(3), 3-20.
- Foucault, M. (2006). Seguridad, territorio, población: Curso en el Collège de France (1977-1978). Fondo de Cultura Económica.
- Freire, P. (2005). *Pedagogía del oprimido* (Obra original publicada en 1970). Siglo XXI.
- Garipe, L. Y., Pace, N., Cane, L., García, M. H., Fernández, R. C. y Perman, G. (2022). Estrategia de mapeo de activos comunitarios para la salud y el bienestar en la ciudad de Buenos Aires. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 79(2), 156-161. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v79.n2.30899>
- Guber, R. (2001). *La etnografía: método, campo y reflexividad*. Grupo Editorial Norma.
- Hernández-Sampieri, R. y Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la Investigación: Las Rutas Cuantitativa, Cualitativa y Mixta*. McGraw Hill.
- Hernán, M. (9 de febrero de 2016). Gracias por los comentarios. Me gustaría comentar que la lógica de esta manera de pensar... [Comentario en el artículo *Salud comunitaria basada en activos*]. Comunidad. <https://comunidad.semfyec.es/article/salud-comunitaria-basada-en-activos>
- Hernán-García, M., Blanco, D. G., Llanes, J. C. y Cofiño, R. (2019). Fundamentos del enfoque de activos para la salud en atención primaria de salud. *FMC - Formación Médica Continuada En Atención Primaria*, 26(7), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2019.06.005>

- Illamola Martín, L. y Núñez Sabaté, C. (2023). Fotovoz de activos en Cornellà de Llobregat, una experiencia de los profesionales sanitarios para conocer la comunidad. *Comunidad*. <https://doi.org/10.55783/comunidad.250205>
- Ilustre Municipalidad de Puerto Varas [@municipiopuertovaras]. (20 de enero de 2025). Primer mapeo de activos comunitarios con usuarios/as del CECOSF Decher [Foto]. Instagram. <https://www.instagram.com/p/DFDLpTZu9sT/>
- Juárez Herrera y Cairo, L. A. J., Maqueo Chew, A. G., Fierro Fimbres, N. G., Aguayo Patrón, S. V. y Jiménez Castillo, E. M. (2023). Pandemia, diagnóstico comunitario, activos para la salud y detección de cáncer cervicouterino en pueblos originarios. Un estudio en Sonora. *Región y Sociedad*, 35(e1672). <https://doi.org/10.22198/rys2023/35/1672>
- Kretzmann, J. P., & McKnight, J. L. (1990). *Mapping Community Capacity*. Center for Urban Affairs and Policy Research.
- Kretzmann, J. P., & McKnight, J. L. (1993). *Building communities from the inside out: A path toward finding and mobilizing a community's assets*. Acta publications.
- Lamus Beltrán, E. (2022). Catastro de activos como aporte a la salud primaria preventiva en adultos mayores en el sector Lorenzo Arenas de Concepción [Memoria de Título, Universidad de Concepción]. <https://repositorio.udec.cl/server/api/core/bitstreams/f4b54e5c-5488-4ca8-9d0f-335e2b852729/content>
- Ley No. 19628, Sobre Protección de la Vida Privada, agosto 18, 1999, Biblioteca del Congreso Nacional de Chile [BCN].
- Luo, Y., Ruggiano, N., Bolt, D., Witt, J., Anderson, M., Gray, J., & Jiang, Z. (2022). Community Asset Mapping in Public Health: A Review of Applications and Approaches. *Social Work In Public Health*, 38(3), 171-181. <https://doi.org/10.1080/19371918.2022.2114568>
- Martin-Kerry, J., McLean, J., Hopkins, T., Morgan, A., Dunn, L., Walton, R., Golder, S., Allison, T., Cooper, D., Wohland, P., & Prady, S. L. (2023). Characterizing asset-based studies in public health: development of a framework. *Health Promotion International*, 38(2). <https://doi.org/10.1093/heapro/daad015>

- Ministerio de Salud. (2025). *Orientaciones técnicas para la universalización de la atención primaria de salud* [Archivo PDF]. <https://www.saludatacama.cl/wp-content/uploads/2025/04/1.-Orientaciones-Tecnicas-APS-Universal-2025.pdf>
- Montero Labbé, J. (2007). Educación participativa de adultos. El modelo dialogante de Jane Vella. Experiencia en Chile. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 36(2), 120. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v36i2.151>
- Morgan, A., & Ziglio, E. (2007). Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promotion & Education*, 14(2), 17-22. <https://doi.org/10.1177/10253823070140020701x>
- Nurture Development. (s. f.). *Asset Based Community Development (ABCD)*. <https://www.nurturedevelopment.org/asset-based-community-development/>
- Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud* [Archivo PDF].
- Pérez-Wilson, P., Marcos-Marcos, J., Carrasco Portiño, M., Ruiz-Cantero, M. T., Alvarez-Dardet, C. (2022). Asset map in a Chilean Health Promoting University: 'a strategy for revitalization'. *Health Promotion International*, 37(1). <https://doi.org/10.1093/heapro/daab038>
- Potvin, L., & Jones, C. M. (2011). Twenty-five Years After the Ottawa Charter: The Critical Role of Health Promotion for Public Health. *Canadian Journal Of Public Health*, 102(4), 244-248. <https://doi.org/10.1007/bf03404041>
- Pou-Martí, N., Oliveras-Casadellà, S., Batlle-Amat, P., Del Acebo Peña, X., Estrada-Ocon, M. y Juvinyà-Canal, D. (2022). La toma de decisiones en salud comunitaria a través del mapeo de activos en salud. *Gaceta Sanitaria*, 36(4), 392-395. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.01.006>
- Ravaghi, H., Guisset, A., Elfeky, S., Nasir, N., Khani, S., Ahmadnezhad, E., & Abdi, Z. (2023). A scoping review of community health needs and assets assessment: concepts, rationale, tools and uses. *BMC Health Services Research*, 23(1), 44. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08983-3>
- Seremi de Salud Biobío. (04 de agosto de 2025). Cartografía de activos comunitarios: más de un centenar actores sociales de Chiguayante identificaron recursos que

aportan a su bienestar en salud. Seremi de Salud Biobío.  
<https://www.seremidesaludbiobio.cl/cartografia-de-activos-comunitarios-mas-de-un-centenar-actores-sociales-de-chiguayante-identificaron-recursos-que-aportan-a-su-bienestar-en-salud/>

Serrano Martín, E. (2024). Intervención comunitaria: Realización de un mapa de activos y estudio de utilidad de activos en salud: Prescripción social vs medicalización [Trabajo de fin de grado]. Universidad de Valladolid

Suárez, O., Arguelles, M., Alquézar, L., Aviño, D., Botello, B., Calderón, S., Cofiño, R., Cubillo, J., Duro, R., Gállego, J., García, E., García, A., González, A., Ramón Hevia, J., Iglesias, S., Juvinya, D., López, L. M., López, S., Martínez, A., ... Hernán, M. (2016). Mapas de actividades comunitarias y activos para la salud: ¿Cómo trabajar con ellos?. *Cuadernos Pediatría Social*, 21, 12-14.

Van Manen, M. (1990). *Researching Lived Experience*. The University of Western Ontario.

Van Manen, M. (2007). Phenomenology of Practice. *Phenomenology & Practice*, 1(1), pp. 11-30. <https://doi.org/10.29173/pandpr19803>

Van Manen, M. (2021). *Classic Writings for a Phenomenology of Practice*. Taylor & Francis.

Vella, J. (2002). *Learning to Listen, Learning to Teach: The Power of Dialogue in Educating Adults*. Jossey-Bass.

Vella, J. (2008). *On Teaching and Learning: Putting the Principles and Practices of Dialogue Education into Action*. Jossey-Bass.

World Health Organization. (2022). WHO guidance on research methods for health emergency and disaster risk management. World Health Organization. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/f29b079f-06f3-4b17-a443-5dfe4eedf089/content>

## 9. Anexos

### 9.1. Mapeo de activos formato EPA

#### 1. ¿Quiénes?:

Destinado a 25 mujeres participantes de un taller de manualidades pertenecientes a San Pedro de la Paz.

#### 2. ¿Por qué?:

- Desde la Institución:

El Departamento de promoción de la salud tiene el deber de velar por proporcionar a la población de la región del Biobío, los medios necesarios para el fortalecimiento de los procesos de desarrollo local a través de instancias participativas e intersectoriales, permitiendo que las personas y las comunidades adquieran las capacidades para ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y mejorarla (Ministerio de Salud, s.f.). Por ello, se busca realizar un mapeo de activos con metodología participativa, que permita co-construir el significado del concepto de activo para la salud desde el territorio y aplicarlo colectivamente en la identificación de activos de su comunidad.

La estudiante Constanza Salazar Jara de Sociología, tiene el interés de estudiar los procesos de internalización del concepto de activo para la salud en las comunidades mediante técnicas propias que buscan seguir con los lineamientos del Departamento de promoción. Esto se realiza dentro del marco de su Memoria de Título.

- Desde quiénes: El grupo de mujeres del taller de manualidades decidió participar de un proceso donde pueden reconocer los activos para la salud de su entorno
- Desde la teoría: La actividad se sustenta en base a los propósitos con los que trabaja la Promoción de la Salud y el modelo basado en activos de Morgan y Ziglio (2007), el cual tiene una mirada positiva de la salud, buscando que las personas en base a la identificación de sus activos puedan hacerse cargo de su salud. Para ello, es necesario un mapeo de activos para la salud que consiste en el primer paso.

#### 3. ¿Cuándo?:

Día jueves 19 de enero de 16:30 a 19:00 horas.

**4. ¿Dónde?:**

Sede Social San Pedro de la Paz.

**5. ¿Para qué?:**

**Al final de la sesión, las y los participantes habrán:**

- Aprendido qué es un activo para la salud y un recurso.
- Clasificado ejemplos entre activo para la salud y recurso, justificando por qué.
- Reconocido sus activos para la salud en su sector.
- Identificado el estado de sus activos para la salud.

**6. ¿Qué?:**

- Activos para la salud y recurso.

**7. ¿Cómo?:**

- Inducción:

Se inicia con una dinámica para presentarse y romper el hielo. Luego, se les solicita que se ubiquen en cuatro grupos distintos para que jueguen una partida de ¿Activo o Recurso?, el cual se explicará en el momento.

Al momento de llegar al nivel 2 del juego, se les solicitará a las participantes o al facilitador de la mesa que anote en un post it aquellos elementos que consideraron como activos para la salud dentro de su entorno.

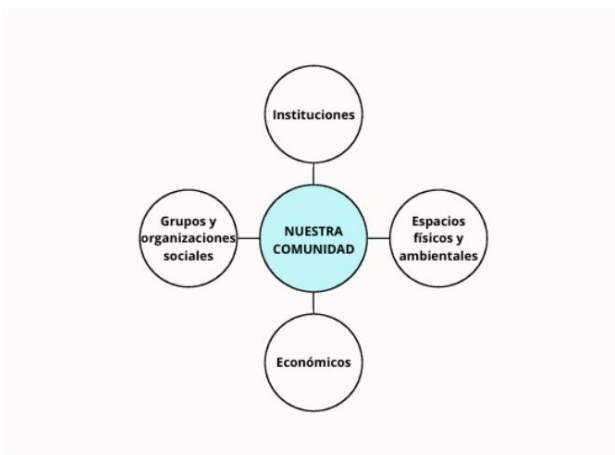
- Input:

Cuatro mazos de ¿Activo o recurso?, cuatro manuales del juego, plumones, post it redondeados, cinta adhesiva y diagrama plotado.

- Implementación:

A partir de los activos para la salud encontrados en su entorno durante el juego, se les solicita a las participantes que sigan anotando qué activos para la salud encuentran dentro de su entorno.

Luego, se les irá solicitando que una de las integrantes de cada mesa se acerque a la pared donde se encuentra el siguiente diagrama:

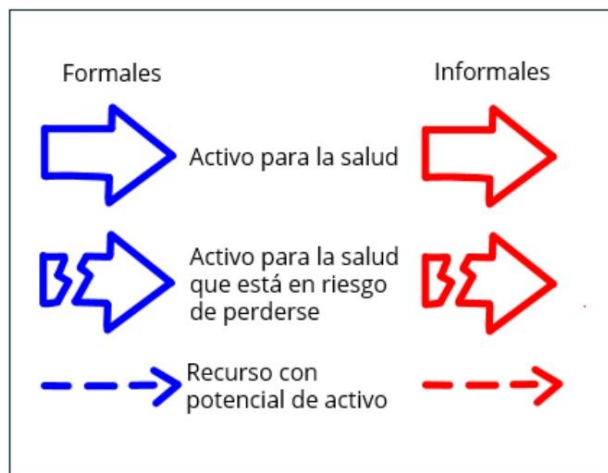


Las representantes de cada mesa entregarán los post it con sus activos identificados. Luego, en voz alta el/la facilitadora preguntará por el activo identificado, si todas están de acuerdo en que es un activo y en qué parte de las cuatro categorías lo ubicarían o si creen que debe ir aparte.

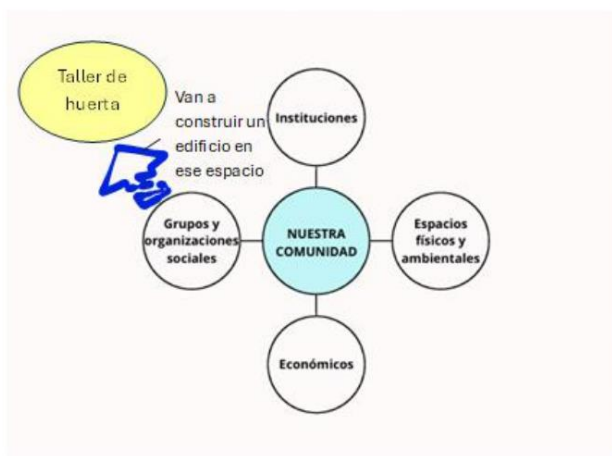
Después de ello, se les preguntará cuál es el estado del activo.

- ¿Está funcionando correctamente o existe la posibilidad de que deje de funcionar? ¿Sigue existiendo o dejó de funcionar?
- ¿Es reconocido por instituciones como la Municipalidad, tienen una directiva o se conformó informalmente?

Estas preguntas permitirán agrupar el activo en una de las siguientes categorías:



Si llegase a estar dentro de “Activo para la salud que está en riesgo de perderse” o en “recurso con potencial de activo” se debe escribir la razón del por qué se consideró ubicarlo allí. Quedaría de la siguiente manera:

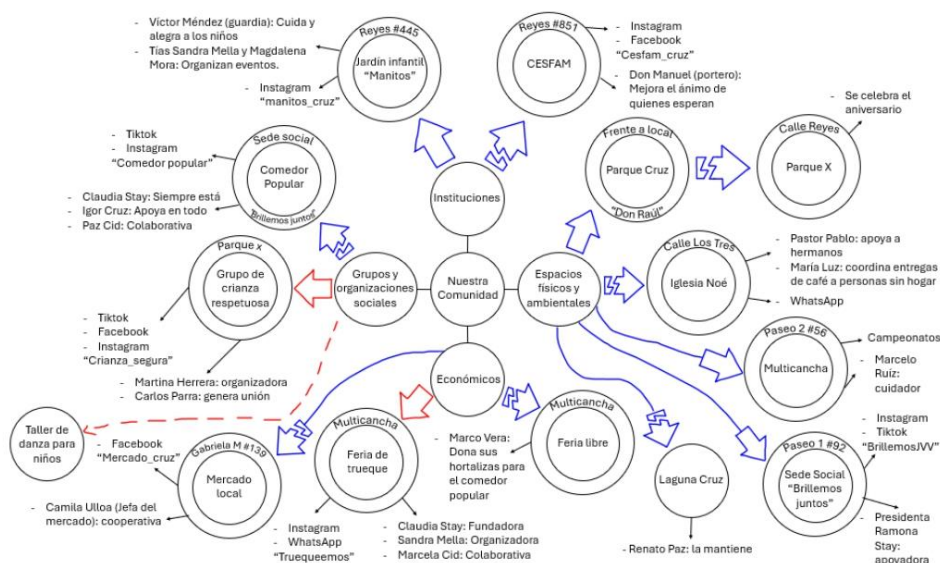


Tras haber identificado y categorizado el activo, se deben identificar los otros activos que contiene ese activo. Se incluye el espacio físico en el que se ubica, redes sociales y personas de confianza (incluyen palabras del por qué las seleccionaron). En algunos casos se puede decir si cumple una función extra, como celebrar el aniversario del barrio.



De esta manera se desarrolla cada activo para la salud. Existe la posibilidad de que escriban a personas que no necesariamente pertenezcan a algún activo en específico. En ese caso, se debe de ubicar en una esquina fuera de las categorías que se desglosan desde "Nuestra Comunidad".

Un ejemplo de cómo podría quedar el resultado sería este:



En base a ello, el/ la facilitadora deberá explicar que lo que acaban de hacer es descubrir cómo funciona su comunidad desde la perspectiva de los activos. Este es un mapa que ellas han creado en base a los activos que ellas conocen e incluso participan de este.

- Integración:

Se analizan aspectos del diagrama que llaman a la atención con el fin de llegar a la reflexión y uso práctico del mapeo.

Se busca que identifiquen qué activos aparecen en otros lugares. Por ejemplo, una persona puede estar dentro de uno o más activos o un lugar físico puede contener otros activos.

Asimismo, se abordan los activos que están a punto de perderse para que puedan reflexionar sobre qué pueden hacer para no perderlos. Además, se consideran a los recursos con potencial de activo como posible activo a futuro.

También, se les explica la posibilidad de articular activos entre sí que se encuentran en la comunidad por si desean hacer algo en específico. Por ejemplo, celebrar un evento. Para ello, pueden revisar qué espacio de su comunidad les puede dar el espacio, qué personas con sus capacidades pueden aportar, revisar qué instituciones u organizaciones sociales pueden colaborar y qué redes sociales pueden apoyar.

Por último, se hace un llamado a la reflexión sobre si encuentran que el reconocer los activos para la comunidad es un aporte para ellas, si creen que el mapa que hicieron les servirá a futuro y si creen que las demás organizaciones deberían de hacer su mapa de activos.

#### Fuentes

Seremi de Salud Biobío. (s.f.). *Departamento de Promoción de la Salud*.

<https://www.seremidesaludbiobio.cl/departamentos/promocion-de-la-salud/>

## 9.2. Instrucciones del juego inductivo

**¿Activo o Recurso?**

*Potenciamos nuestra salud comunitaria*

Objetivo: Comprender e identificar los activos para la salud de nuestra comunidad.

**Contenido**

 X 5	 X 5	 X 5		
 X 5	 X 5	 X 5		
 X 5	 X 5	 X 5	 X 5	 X 1
 X 5	 X 5	 X 5		

1



X5



X5



X5



X5



X5



X5



X5



X5



X5



X1

Total: 106 tarjetas

## Preparación de La partida

1. Antes de empezar, asegúrense de usar sólo las tarjetas con el símbolo N 1.
2. Luego, ubiquen boca abajo las tarjetas de:
  - a. Personas
  - b. Grupos y Organizaciones Sociales
  - c. Económicos
  - d. Instituciones
  - e. Espacios Físicos y Ambientales
  - f. Redes Sociales Digitales
3. Después, mezcla todas las tarjetas de RECURSO y ubíquelas boca abajo.
4. Revuelvan y ubiquen boca abajo las tarjetas de desafío.
5. Quedaría de esta manera:



### **Consideraciones importantes**

Para jugar, deben conocer la diferencia entre **ACTIVO PARA LA SALUD Y RECURSO**.

**ACTIVO PARA LA SALUD** → Todo aquello que genera mayor calidad de vida, conexión social y salud en tu comunidad.

Ejemplo: Un taller de manualidades es un **ACTIVO PARA LA SALUD** si es frecuentado por las personas y ayuda a mejorar su ánimo y habilidades manuales, pues genera conexión social y potencia la salud mental de la comunidad.

**RECURSO** → Todo aquello que puede o no generar mayor calidad de vida, conexión social y salud, pero las personas de la comunidad no lo reconocen al no utilizarlo o desconocerlo.

Ejemplo: Un taller de manualidades puede ser un **RECURSO** si pocas personas asisten porque hay peleas internas entre los miembros. Por tanto, no mejora la salud ni fortalece la conexión social.

Es importante saber que todo puede ser un **RECURSO**, pero dependiendo de cómo se use en la comunidad puede ser un **ACTIVO PARA LA SALUD**.

Los **ACTIVOS PARA LA SALUD** pueden tener diversas clasificaciones, en este juego se dividirán en:

1. **Personas:** Son quienes, con sus conocimientos, habilidades o actitudes aportan a la calidad de vida de la comunidad, mejorando la salud y la conexión social.

2. Grupos y Organizaciones Sociales: Personas que se juntan por un fin común y que fortalecen la vida en la comunidad.
3. Económicos: Emprendimientos, locales, ferias o espacios de intercambio que no solo tienen un fin económico, sino que también promueve la salud y la conexión social.
4. Instituciones: Organismos o servicios públicos o privados que apoyan a la comunidad a mejorar su calidad de vida.
5. Espacios Físicos y Ambientales: Lugares del entorno naturales o construidos, donde las personas pueden encontrarse, cuidarse o descansar, potenciando su salud y conexión social.
6. Redes Sociales Digitales: Plataformas digitales que nos ayudan a comunicarnos, compartir información y mantenernos unidos como comunidad.

¡IMPORTANTE! Estas clasificaciones no son fijas. Un ACTIVO PARA LA SALUD puede pertenecer a distintas categorías según el punto de vista.

Por ejemplo, un huerto comunitario puede considerarse económico si tiene como fin vender sus productos y al mismo tiempo, fortalecer la conexión social; pero también puede ser un grupos y organización social si su propósito es compartir

conocimientos ancestrales y hacer amistades dentro de la comunidad.

### ¿Cómo jugar?

El juego está dividido en dos niveles, el NIVEL 1 (N 1) está pensado para principiantes y el NIVEL 2 (N 2) para expertos.

En el N1 eligen a una persona para empezar la partida y debe sacar una tarjeta de RECURSO N1 y leer su contenido. Cuando la saque, debe decir en voz alta si cree que el contenido se refiere a un activo o un recurso.

Una vez tomada la decisión, saca una tarjeta que coincida con el nombre de la tarjeta de RECURSO y lee su contenido en voz alta. Entre todas las personas deben decidir si el contenido coincide con la premisa del jugador (activo o recurso).



Cuando se llegue a una respuesta común [recuerden guiarse con la sección consideraciones importantes], se comparará con la premisa del jugador, si coincide, gana un punto. Por ejemplo, en el caso de la imagen se llegó a la respuesta de que es un activo, por lo que el jugador no gana nada y se continúa con la persona de la derecha.

¿Y si no hay acuerdo?

A veces puede ser difícil hacer la distinción entre un ACTIVO PARA LA SALUD y un RECURSO. En esos casos, pueden considerar una tercera opción: **un recurso con potencial para ser un activo para la salud o activo potencial.**

Por ejemplo, si en la tarjeta de RECURSO aparece un Centro Comunitario y en la tarjeta de contenido dice que está en muy buenas condiciones para fomentar la conexión social y mejorar la calidad de vida, pero la comunidad aún desconoce su existencia. Entonces, puede considerarse **un recurso con alto potencial para transformarse en un activo para la salud.**

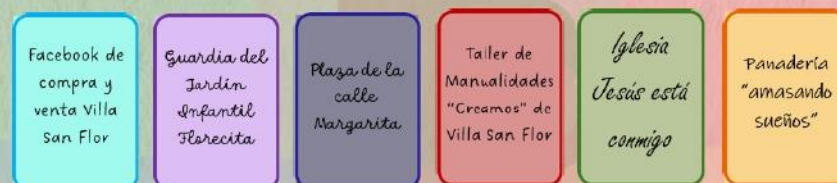
Si ocurre la tercera opción y los demás participantes están de acuerdo, la persona que propuso la idea se lleva el punto. Si no ocurre, no gana nada.

Después de que todos los participantes hayan jugado, es momento de sacar una tarjeta DESAFÍO N1. Esta debe ser respondida por todos los jugadores, luego deben elegir qué respuesta les pareció más convincente para que se lleve un punto.

El ciclo de juego se repite y gana la persona que haya acumulado tres puntos. Si creen que ya están preparados, pueden pasar al NIVEL 2.

En el N 2 sólo se usarán las tarjetas RECURSO N2 y DESAFÍO N2. Las tarjetas RECURSO N2 están en blanco, así que entre ustedes con un plumón de pizarra deben escribir los suyos propios que existen en su barrio. Por ejemplo, pueden anotar el jardín infantil de su barrio, su vecina, las redes sociales de su barrio, entre otros. Asegúrense de que todos conozcan el recurso que están agregando.

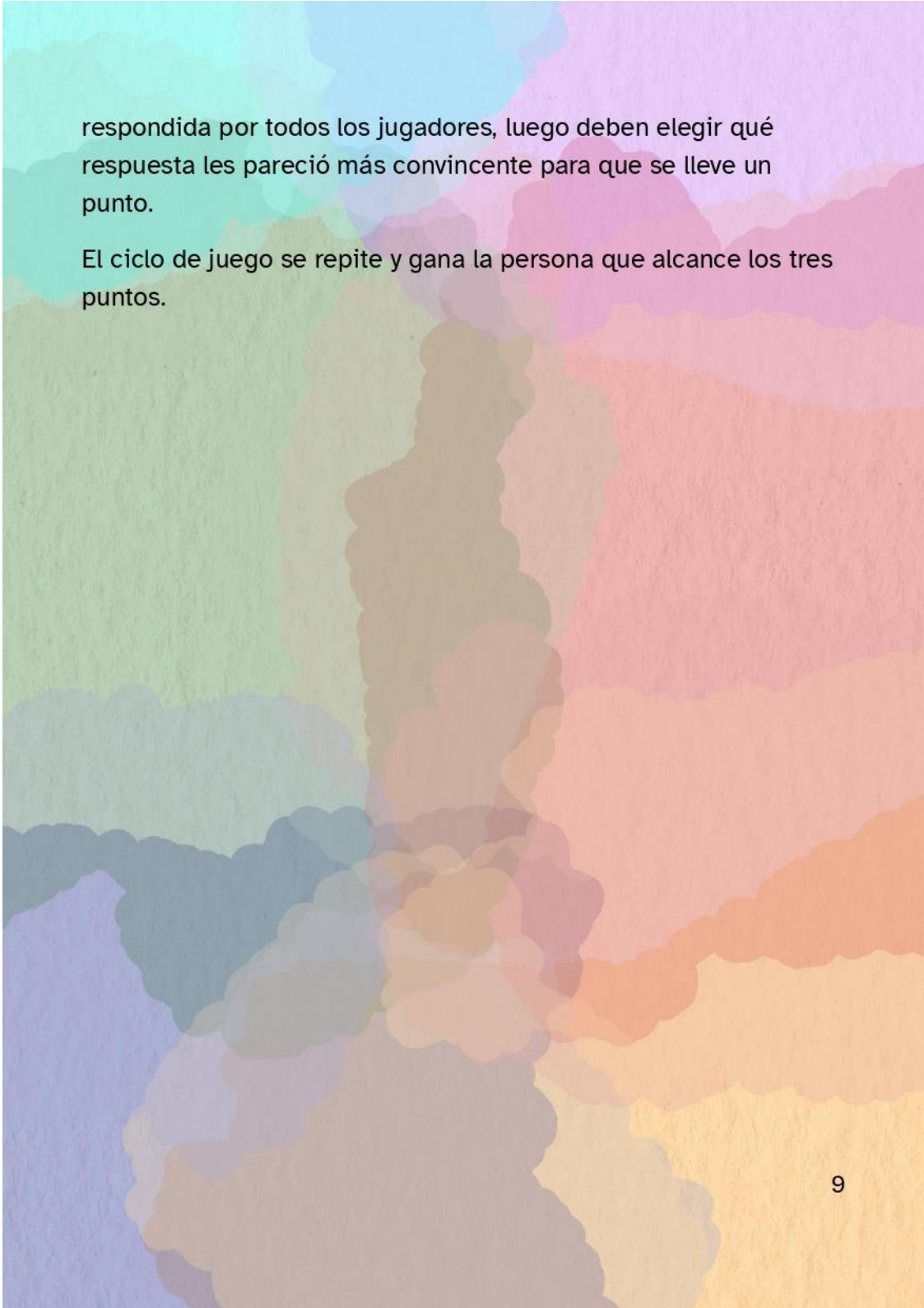
Se vería de la siguiente manera:



Para empezar a jugar, revuelven las tarjetas RECURSO N2 y las ubican boca abajo sobre la mesa. Comienza la persona que está a la derecha de quien ganó el juego y recoge una tarjeta RECURSO N2, debe leerla en voz alta y decir si cree que es un activo o un recurso, los demás jugadores deben de decidir si la persona está en lo correcto o no y justificar.

Si la decisión del grupo coincide con la respuesta del participante gana y se lleva el punto.

Después de que todos los participantes hayan jugado, es momento de sacar una tarjeta DESAFÍO N2. Esta debe ser



respondida por todos los jugadores, luego deben elegir qué respuesta les pareció más convincente para que se lleve un punto.

El ciclo de juego se repite y gana la persona que alcance los tres puntos.

### 9.3. Consentimiento informado de mapeo de activos para la salud

#### **DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO**

El propósito de esta información es ayudarlo a tomar la decisión de participar en una actividad de mapeo de activos para la salud. Esta actividad forma parte de la Memoria de Título de la estudiante Constanza Salazar Jara correspondiente a la carrera de Sociología en la Universidad de Concepción. El propósito de esta actividad es comprender cómo las personas identifican, conversan y ponen en práctica la idea de “activo para la salud” durante el mapeo. Su participación es voluntaria, tome el tiempo que necesite para decidir, lea o escuche cuidadosamente este documento y realice las preguntas que desee a la investigadora.

---

#### **OBJETIVOS**

Se solicita su colaboración para responder al objetivo: comprender los procesos de socialización e internalización del concepto de activo para la salud en mapeos de activos con técnicas propias en comunidades y en la experiencia del juego inductivo con facilitadores territoriales, considerando racionalidades institucionales y traducciones del concepto hacia las comunidades en contexto de promoción de la salud (2025-2026).

En términos simples, en esta actividad se busca conocer cómo las personas interpretan y utilizan la idea de “activo para la salud” mientras participan durante el mapeo.

Se espera que participen personas mayores de 18 años que deseen colaborar en el mapeo de activos.

#### **COSTOS**

La participación en esta investigación no tiene ningún costo para usted.

## **PROCEDIMIENTOS**

Se realizará un mapeo de activos para la salud de aproximadamente 1 hora y 30 minutos de duración.

Para registrar la actividad, se realizará grabación de audio y video. Si alguna persona no autoriza el registro grabación de su imagen, solo se grabará el audio y si no acepta ninguna de las dos, se realizarán notas de campo para registro. Se le avisará el momento tanto en que se empiece a grabar, como cuando se deje de grabar.

La actividad se divide en cuatro bloques:

- Bloque 1: Se inicia con una pequeña dinámica de presentación, explicación de la actividad y acuerdos de participación.
- Bloque 2: Se les entregará un juego introductorio para conocer el concepto de “activo para la salud” y aplicarlo en su comunidad.
- Bloque 3: Se elaborará un diagrama en conjunto que recopile todos los activos de la comunidad.
- Bloque 4: Se les dará un espacio de cierre para compartir. Si usted lo desea, se podrán realizar preguntas breves sobre su experiencia en la jornada.

Su participación en la actividad no implica una evaluación de su desempeño, pues el interés del estudio es conocer su experiencia.

Las grabaciones serán transcritas y tratadas de forma confidencial. La transcripción será anonimizada, por lo que no se incluirán datos ni nombres que permitan identificarle. Una vez completada la transcripción, los archivos de audio y/o video no se volverán a utilizar y se eliminarán luego de presentar la Memoria de Título.

## **CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN**

La Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Concepción tomará las medidas necesarias para proteger el acceso a su información personal por parte de personas no autorizadas. La información obtenida se mantendrá en forma confidencial. Todos sus datos

personales se mantendrán resguardados y protegidos de la forma en que lo establece la Ley 19.628. Expresándose en los artículos 3, 4 y 7, que aseguran la transparencia en los datos recolectados a utilizar, el consentimiento del titular para el uso de estos datos y la confidencialidad.

También, me adhiero a lo señalado en la Declaración de Singapur sobre Ética en la Investigación, considerando la honestidad, la responsabilidad, cortesía profesional e imparcialidad y la buena gestión.

En los informes y resultados de investigación no se utilizarán nombres reales ni datos que permitan identificar de manera directa a quienes participen.

## **VOLUNTARIEDAD**

Su participación es completamente voluntaria y usted tiene el derecho a no aceptar participar o a retirar su consentimiento en cualquier momento que lo desee. Si usted retira su consentimiento, los datos que haya entregado no serán utilizados y se eliminarán en la medida de lo posible.

## **PREGUNTAS**

Si tiene preguntas acerca de la base de datos o dudas sobre la investigación puede contactar a la responsable de su creación y custodia Constanza Salazar Jara al correo electrónico [cosalazar2021@udec.cl](mailto:cosalazar2021@udec.cl)

## DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

- Se me ha explicado el propósito del mapeo de activos y el objetivo de su realización, incluido el derecho a retirar mi autorización en el momento que estime conveniente.
- Tengo derecho a la confidencialidad en el uso de datos que estoy aportando al mapeo de activos.
- Acepto que mi voz sea grabada durante el mapeo de activos (opcional) Sí  No
- Acepto que mi imagen sea grabada durante el mapeo de activos (opcional) Sí  No
- Tengo derecho de no responder algunas preguntas si lo creo conveniente, negar mi participación y/o retirarme del mapeo de activos.
- Firmo este documento de forma voluntaria, sin ser forzado o forzada a hacerlo.
- Al momento de la firma, se me entrega una copia firmada de este documento.

---

**FIRMA PARTICIPANTE**

---

**FIRMA INVESTIGADORA**

**FECHA:** \_\_\_\_\_

#### 9.4. Consentimiento informado de facilitadores territoriales

### **DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO**

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar en la Memoria de Título de la estudiante Constanza Salazar Jara correspondiente a la carrera de Sociología en la Universidad de Concepción. Se le solicita participar de un grupo focal para conocer sus experiencias vividas en torno a un juego para identificar activos para la salud. Las conversaciones que emerjan durante el grupo focal estarán dirigidas tanto a sus experiencias al jugar como a sus experiencias en relación a su trabajo con los activos para la salud. Tome el tiempo que necesite para decidir, lea o escuche cuidadosamente este documento y realice las preguntas que desee a la investigadora.

---

### **OBJETIVOS**

Se solicita su colaboración para poder comprender los procesos de socialización e internalización del concepto de activo para la salud mediados por mapeos de activos con técnicas propias programados por el Departamento de Promoción de la Salud durante 2025. Específicamente, la ejecución del grupo focal corresponde al tercer objetivo específico que trata de comprender cómo las/los facilitadores territoriales, a partir de la experiencia del juego inductivo, significan y relatan los procesos de socialización e internalización del concepto de activo para la salud.

Se espera que las/los participantes sean profesionales vinculados a la salud comunitaria, tengan experiencia en mapeos de activos para la salud y acepten participar.

### **COSTOS**

La participación en esta investigación no tiene ningún costo para usted.

## **PROCEDIMIENTOS**

Se realizará un grupo focal de máximo 2 horas de duración. En este grupo focal, se grabará audio y video para poder captar de mejor manera las experiencias. Si alguna persona se opone a la grabación de su imagen, solo se grabará el audio.

Se le avisará el momento tanto en que se empiece a grabar, como cuando se deje de grabar.

El grupo focal está dividido en tres bloques:

- En el primero, las personas que aceptaron participar se presentan, se les explica la modalidad del juego y se les da el espacio para que jueguen el nivel 1. Cuando finalicen, se les hará una ronda de preguntas en torno a su experiencia.
- En el segundo, las personas juegan el nivel 2 y al terminar se les da el espacio para que respondan preguntas asociadas a las experiencias vividas en este bloque.
- Finalmente, en el tercero, se les hará una ronda de preguntas en relación a lo vivido hoy durante el focus group y su experiencia al trabajar los activos para la salud con comunidades.

Después, el grupo focal será transcrito y por lo tanto, se eliminará el archivo de audio y/o video con su voz e imagen.

Durante la realización del grupo focal, usted decide si quiere responder todas las preguntas o prefiere evitar algunas.

## **CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN**

La Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Concepción tomará las medidas necesarias para proteger el acceso a su información personal por parte de personas no autorizadas. La información obtenida se mantendrá en forma confidencial. Todos sus datos personales se mantendrán resguardados y protegidos de la forma en que lo establece la Ley 19.628. Expresándose en los artículos 3, 4 y 7, que aseguran la transparencia en los datos

recolectados a utilizar, el consentimiento del titular para el uso de estos datos y la confidencialidad.

También, me adhiero a lo señalado en la Declaración de Singapur sobre Ética en la Investigación, considerando la honestidad, la responsabilidad, cortesía profesional e imparcialidad y la buena gestión.

En los informes y resultados de investigación no se utilizarán nombres reales ni datos que permitan identificar de manera directa a quienes participen.

## **VOLUNTARIEDAD**

Su participación es completamente voluntaria y usted tiene el derecho a no aceptar participar o a retirar su consentimiento en cualquier momento que lo desee. Si usted retira su consentimiento, los datos que haya entregado no serán utilizados y se eliminarán.

## **PREGUNTAS**

Si tiene preguntas acerca de la base de datos o dudas sobre la investigación puede contactar a la responsable de su creación y custodia Constanza Salazar Jara al correo electrónico [cosalazar2021@udec.cl](mailto:cosalazar2021@udec.cl)

## DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

- Se me ha explicado el propósito del grupo focal y el objetivo de su realización, incluido el derecho a retirar mi autorización en el momento que estime conveniente.
- Tengo derecho a la confidencialidad en el uso de datos que estoy aportando al momento del grupo focal.
- Acepto que mi voz sea grabada durante el grupo focal.
- Acepto que mi imagen sea grabada durante el grupo focal (opcional) Sí  No
- Tengo derecho de no responder algunas preguntas si lo creo conveniente, negar mi participación y/o retirarme del grupo focal.
- Firmo este documento de forma voluntaria, sin ser forzado o forzada a hacerlo.
- Al momento de la firma, se me entrega una copia firmada de este documento,

\_\_\_\_\_  
**FIRMA PARTICIPANTE**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA INVESTIGADORA**

**FECHA:** \_\_\_\_\_



- Visualización del resultado en un formato de mayor legibilidad

