

ACTIVOS PARA LA SALUD DESDE LOS VIENTOS DE AMÉRICA LATINA

María F. Rivadeneira Guerrero. Ecuador

Patricia Pérez-Wilson. Chile

José Andrés Ocaña Navas. Ecuador

María Constanza Granados. Colombia.

*“Lo que puede el sentimiento
No lo ha podido el saber
Ni el más claro proceder
Ni el más ancho pensamiento
Todo lo cambia el momento
Cual mago condescendiente
Nos aleja dulcemente
De rencores y violencias
Solo el amor con su ciencia
Nos vuelve tan inocentes”*

Violeta Parra

Introducción

El presente documento “activos para la salud desde los vientos de América Latina” después de contextualizar la situación actual de la pandemia de COVID-19 y revisar el contexto teórico general de los activos para la salud. Exponemos un marco de reflexión en torno a los desafíos del trabajo científico y comunitario en activos para la salud desde América Latina basados en la última evidencia científica publicada en el mundo. Todo esto como insumo para generar una serie de propuesta que puedan guiar el trabajo latinoamericano en activos. Cerramos este documento proponiendo un instrumento de evaluación de activos y un ejemplo práctico desde el contexto de las Universidades Promotoras de la Salud.

En estos días, en que la salud (en realidad, la preocupación por la amenaza de enfermar) se ha convertido en una preocupación importante y prioritaria, hablar de promoción puede parecer algo lejano y ajeno ⁽¹⁾. El Covid-19 en esa experiencia común, es percibido y significado por gran parte de occidente como un acontecimiento límite de enfermedad y muerte y en ese sentido sus soluciones han estado centradas en el hospital y en medidas de salud pública preventivas ⁽²⁻⁴⁾.

Más allá de las instituciones y estructuras de salud mundial y local que se han visto abocadas a atender de forma emergente el proceso de salud-enfermedad desde abordajes patogénico con enfoques curativos y de déficit, ha sido inevitable para la salud pública mirar el hecho que el virus evidenció las inequidades extremas en la salud ya existentes en nuestros pueblos ⁽⁵⁾. Antes del Covid-19 los signos de una realidad doliente ya abundaban en los paisajes urbanos enfermos, en la ruralidad abandonada, en las instituciones de asistencia social y sobre todo en los servicios de salud latinoamericanos; personas heridas, infartos, diabetes, cáncer, accidentes de tránsito, feminicidios, malnutrición; una lista bien conocida de lo que algunos

llaman “diagnósticos” (6), pero que en realidad son un inventario de los costes sociales, económicos y ecológicos de un sistema al que le es conveniente la impotencia, la injusticia, la pobreza (7-9).

Antes del virus, con él y a pesar de él y de todas las circunstancias, en América latina, la que es una y muchas, desde “los desiertos de coyotes de Sonora hasta los «vértigos horizontales» de la Patagonia, desde los incontables azules del Caribe hasta ese «verde que es de todos los colores» de la cordillera y la selva”, la América latina del colombiano Ospina, (...) donde “todos los caminos no llevan a Roma, sino más bien todas las aguas buscan el río” (10).

Nosotras/os, inspirados por el renacer constante e inconfesable de la vida en la madre tierra americana, creemos importante recordar, (volver a pasar por el corazón) que las conductas, la salud y la vida de las personas tienen una naturaleza relacional y en ese rizoma de relaciones la promoción de la salud tiene un rol importante en la lucha contra las desigualdades y la construcción de una vida ecológicamente digna (11,12).

En este momento, en que nos encontramos individualmente en crisis y en el que existe una crisis de la vida (13), el sentido de la promoción de la salud puede ser, paradójicamente, más importante que nunca (1). El presente documento que habla de activos para la salud, tiene como finalidad remarcar la trascendencia de la promoción de la salud en un momento de crisis, fortaleciendo la apuesta por una mirada latinoamericana de la salud desde un enfoque colectivo, social y participativo, donde es preciso recobrar y “hacer nuestros” los conceptos de salutogénesis y activos en salud; así como proponer un modelo metodológico aplicado a Latinoamérica, para la evaluación de activos en salud.

Una visión general, de la Salutogénesis y Activos en salud

Cuando intentamos comprender los procesos de salud y enfermedad, nos damos cuenta que existe una interacción contingente entre los hechos encarnados de las inequidades en salud y como se conceptualizan (14). En la historia de la epidemiología y salud pública modernas en la medida en que aumentan en todo el mundo las inequidades materiales, también florece la búsqueda de explicaciones subjetivas para los resultados de salud y enfermedad de los seres humanos (15).

Hemos pasado de vislumbrar las enfermedades, sus vías biológicas y su asociación con factores sociodemográficos y factores de riesgo estáticos a nivel individual (16), un conocimiento complejo, dinámico y situado de los determinantes sociales como principales fuerzas productoras de enfermedad a nivel poblacional (12). Está cada vez más claro que factores contextuales contingentes como los sistemas culturales, políticos y económicos impulsan las inequidades en salud y determinan a través de vías biológicas acumulativas directas e indirectas la presencia de la enfermedad en las personas y comunidades durante todo su ciclo de vida (14,17).

Si bien el conocimiento sobre la enfermedad tiene un crecimiento abrumador, con una búsqueda de los factores causantes de enfermedades y dolencias (18), es relativamente reciente

lo que se ha hecho en relación a la comprensión de la salud ⁽¹⁹⁾. Desde la carta de Ottawa una parte del pensamiento académico y político se alejó de la visión de enfermedad occidental ⁽²⁰⁾. Existe evidencia que sugiere los beneficios de adoptar un enfoque positivo tanto a nivel individual como comunitario en la promoción de la salud y la salud pública ⁽²¹⁾. La teoría salutogénica de Antonovsky y la posterior incursión del modelo de activos, han marcado un hito en lo que conocemos sobre los conceptos y acciones alrededor de la salud ⁽²²⁾; ofreciendo una mirada que sin competir, ni excluir, equilibra y complementa la visión de la salud pública basada en problemas y patologías ^(15,20,23).

La teoría de la salutogénesis se orienta a las condiciones que generan salud en las personas. ⁽²⁴⁾. Se centra en tres aspectos: a) focalización en la solución de problemas y búsqueda de soluciones, b) identificación de recursos que ayudan a las personas a avanzar hacia una salud positiva y c) identificación de un sentido global y generalizado en individuos, grupos, poblaciones o sistemas que sirve como mecanismo o capacidad general para este proceso ⁽²⁵⁾. La salutogénesis ha derivado en una línea de trabajo que se considera condición necesaria en salud pública y que plantea la búsqueda activa de oportunidades para visibilizar los recursos y capacidades individuales y comunitarias, por lo que puede guiar la promoción de la salud ⁽²¹⁾. En esta misma línea podemos encontrar la metáfora del “poder de la vida” que se orienta a una comprensión de la salud pública desde la vida misma y no como un riesgo que ocurre por fuera y antes que la “máquina corporal” enferme ⁽²⁶⁾.

En este sentido, el modelo de activos en salud propuesto por Morgan y Ziglio, los define como cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades y poblaciones para mantener y promover su salud y el bienestar, contribuyendo a aumentar las habilidades y capacidades positivas de las personas, familias y comunidades, centrándose en los recursos para la salud y en los procesos promotores de ella ⁽²⁷⁾. Otros autores agregan que los activos son: recursos colectivos, formas de compromiso y construcción de relaciones ⁽²⁸⁾, un sistema de paradigmas positivos ⁽²⁹⁾ y cualquier factor que mejora la capacidad de conectarse con una gama de redes para crear ⁽¹⁸⁾ y (co-) crear grados más altos de salud y el bienestar ⁽²¹⁾. Además, a partir de la definición central de activos para la salud, se han generado diversos términos que han impulsado líneas de acción para la salud pública y la salud comunitaria: mapa de activos, activo para la salud, enfoque de trabajo con activos y activos para la salud pública ⁽³⁰⁾.

Si bien no existe un solo enfoque en la definición de los activos para la salud, ni tampoco un único parámetro para nombrarlos, (activos de salud, recursos), ^(31,32) la definición de Morgan y Ziglio es la más utilizada en la bibliografía científica ⁽²¹⁾. Ellos proponen que es necesario revitalizar la salud pública considerando la promoción y desarrollo comunitario como medios para mejorar el bienestar de las personas y comunidades, contribuyendo así al abordaje de las desigualdades en salud ^(33,34). El modelo de activos no se entiende como el opuesto a un modelo de déficit, sino que le complementa y le agrega valor ^(18,23).

Morgan y Ziglio plantearon tres niveles de activos: individual, comunitario y organizacional o institucional. El nivel individual comprende habilidades, competencias y talentos de las personas (por ejemplo resiliencia, autoestima, sentido de propósito y compromiso con el

aprendizaje); el nivel comunitario está asociado fundamentalmente al soporte afectivo y redes de apoyo (familia y relaciones o redes de apoyo, solidaridad intergeneracional, cohesión comunitaria, tolerancia religiosa y armonía); y el nivel organizacional o institucional abarca los recursos del entorno necesarios para la promoción de la salud física, mental y social seguridad laboral, vivienda, democracia política y justicia social (21,35).

Su propuesta reconoce el trabajo previo de Kretzmann y McKnight sobre el desarrollo comunitario basado en activos (Asset Based Community Development -ABCD) (36), en el que planteaban que el trabajo con las comunidades debería desarrollar políticas y actividades basadas en las fortalezas, capacidades y habilidades de las personas y su entorno próximo. ABCD es una propuesta concebida para potenciar el incremento del capital social de una comunidad a través de un modelo de desarrollo comunitario basado en sus activos, visualizándola como una forma de abordar los determinantes sociales de la salud y reducir las desigualdades en salud (37).

Para lograr el objetivo del desarrollo comunitario plantean 6 tipos de activos: comunitarios: a) Contribuciones de los residentes (dones, habilidades, pasiones y conocimiento de las personas, que contribuyen al bienestar colectivo de su comunidad); b) agrupaciones u organizaciones formales o informales, con o sin fines de lucro, c) instituciones locales, d) infraestructura o recursos físicos (entorno natural o construido en el que se revelan, conectan y llevan a la acción colectiva productiva los activos anteriores), e) economía o intercambio de intangibles, tangibles o dinero y finanzas) y f) cultura local, que incluye tradiciones, identidad, pertenencia, historias de la comunidad (38,39).

En el ámbito comunitario, el modelo de activos en salud ha desarrollado una herramienta fundamental para su reconocimiento: el mapeo de activos, proceso orientado a visibilizar y movilizar los recursos de la comunidad, facilitando tejer una red de relaciones, y crear soluciones sobre la base de los elementos positivos que de las personas, comunidades y su contexto ya poseen (34,40) La finalidad del mapeo es la dinamización de los recursos encontrados; para potenciar la capacidad de acción, el empoderamiento, la renovación y, por ende, la posibilidad de generar cambios (40).

Reflexiones y desafíos para el modelo de activos en salud en América Latina, bajo la lupa de la evidencia científica

A nivel mundial y en América Latina (41) la teoría salutogénica y los activos para la salud son cada vez más utilizados en las intervenciones comunitarias (42,43), las investigaciones (21), la salud pública y las políticas de salud regionales y nacionales (15,30). Pese a ello, es importante considerar los desafíos que plantean algunos autores, que nos permitan reflexionar a la luz de nuestro contexto latinoamericano actual:

Primero, a pesar de los avances alcanzados en relación a evidencia asociada a las perspectivas salutogénica y de activos con resultados en salud específicos, sigue siendo un reto para la primera, la incorporación explícita de un componente de acción y, para el segundo, avanzar

en su conceptualización y teorización. Esto implica avanzar en definiciones, prácticas evaluativas y generación de evidencia para potenciar la complementariedad de estos enfoques con miras a formular acciones y políticas a nivel local, nacional y mundial (20,21,44,45).

Segundo, los activos para la salud han adoptado un enfoque de curso de vida en sus investigaciones demostrando que estos son interdependientes entre sí y que sus beneficios en salud son acumulables durante todo el curso de vida (18,20). En ese sentido, existe evidencia sobre la relación entre los activos y resultados en salud de niños y adolescentes (46,47), y adultos mayores (32,48-50). Además, se plantea que las estrategias de salud pública basadas en activos se pueden enriquecer tomando en cuenta las opiniones de cada grupo del ciclo de vida. Whiting et al., señalan en su investigación que los niños son actores sociales donde la comprensión de los activos en sus vidas, puede proporcionar ideas valiosas para generar políticas públicas en salud (51).

Tercero, si bien el modelo de activos busca construir a un desarrollo social y económico sostenible, además de contribuir a la equidad en salud (23), es necesario incorporar como tema de estudio la sostenibilidad ambiental, la salud planetaria y el cambio climático, temas que se han vuelto una prioridad en los últimos años (52,53) y en los cuales también es necesario generar evidencia.

Carson et al., en su estudio sobre activos de salud de las poblaciones dependientes de los bosques en Camerún recalca la importancia de preservar, utilizar y difundir el conocimiento ecológico tradicional como un activo que permite la salud de las tribus africanas en relación a la gestión ecológica de los recursos naturales (54). Springer y Evans (55) en su esfuerzo por comprender el contexto ambiental en que se realizan las intervenciones de salud desde una perspectiva de los modelos ecológicos del comportamiento; definen activo ambiental como cualquier aspecto de los múltiples entornos: políticos, de información, socio-cultural y físico, (construido y natural) que pueden aprovecharse para promover la salud de las personas y las poblaciones.

Cuarto, a pesar de que es posible identificar activos de salud en múltiples niveles de la realidad humana; esto es en “todos los dominios de determinantes de la salud, incluidas nuestras dotaciones genéticas, circunstancias sociales, condiciones ambientales, opciones de comportamiento y servicios de salud”, tal como mencionan Morgan y Ziglio (23), la mayoría de las investigaciones y políticas creadas a partir de esta visión de la salud se centran en los activos psicosociales individuales y colectivos y su asociación con resultados en salud (18,21,31,32). Al respecto es clave recordar que muchos activos para la creación de salud y bienestar se encuentran en el contexto social de la vida de las personas y que deben abordar las desigualdades en salud (23), lo que hace necesario evidenciar una mayor conectividad entre el modelo de activos y las realidades materiales de la vida de las personas (15), haciendo hincapié en atender la distribución de activos económicos y la provisión de bienestar para grupos desfavorecidos (18).

Quinto, se sabe que los pueblos indígenas en todo el mundo experimentan peores resultados en salud en comparación con poblaciones no indígenas (56). En Latinoamérica además experimentan las peores condiciones de inequidad (57). Por lo que, si se quiere seguir los

principios alrededor de los activos para la salud en Latinoamérica, un foco principal de acción estaría en estas poblaciones.

Sexto, la definición de activos señala que éstos buscan reducir las inequidades en salud, requiriendo para ello de un trabajo interconectado multinivel ⁽²³⁾ y que actúan como amortiguadores creando bases para superar las condiciones adversas, mejorar la salud y controlar la vida ^(20,23). Sin embargo, aún es insuficiente la evidencia sobre la distribución de activos y sus asociaciones con la posición social y la salud ⁽²⁰⁾. En un estudio realizado por Roy et al se observaron diferentes distribuciones de activos con diferentes posiciones sociales; y también diferencias entre mujeres y hombres. Las mujeres tenían más probabilidades de participar en actividades sociales, mientras que los hombres eran más resistentes. La resiliencia y la participación social fueron moderadores de las asociaciones entre la posición social adversa (es decir, vivir solo, menores ingresos del hogar) y la salud autoinformada ⁽²⁰⁾.

De acuerdo a lo anterior, es importante considerar la interacción entre el individuo y su entorno más amplio, lo que da como resultado preguntas clave para la investigación basada en activos, en relación con, por ejemplo, qué activos son importantes para quién y en qué circunstancias ⁽¹⁸⁾. En este mismo sentido, se observa que los activos varían según los contextos locales específicos, entre países de altos ingresos ^(18,49) y países de bajos ingresos; ⁽⁵⁸⁾ además estos varían y se distribuyen de forma desigual entre las personas según condición socioeconómica, nivel educativo y lugar de residencia ⁽²⁰⁾, incluso por relaciones sociales cercanas y exitosas en la infancia como en la edad adulta ⁽⁵⁹⁾.

Finalmente, es necesario que cuando se trabaje con el enfoque de activos podamos visualizarlo de una manera sistémica y ecológica; considerando el contexto e identificando mecanismos a través de los cuales ellos pueden dinamizarse; fomentando la participación y el empoderamiento para que las acciones que se realicen en la comunidad estén asociadas a resultados que sean significativos para ella ⁽⁴⁴⁾.

El reconocimiento de activos permite una aproximación que genera una emocionalidad diferente a cuando se trabaja exclusivamente en la identificación de riesgos y problemas, ofreciendo a las personas y comunidades la posibilidad de participar e involucrarse en el proceso de toma de decisiones, con la capacidad de agencia que ello supone, constituyéndose en un mecanismo clave para el desarrollo de empoderamiento basado en la participación a nivel comunitario ⁽⁶⁰⁾. La comprensión común de los modelos de activos presentados implica la localización de recursos / fortalezas dentro de una comunidad y el uso de estos activos para el desarrollo comunitario sostenible ⁽³⁷⁾, compartiendo la orientación promocional y el énfasis en la importancia de la participación comunitaria ^(38,61).

Propuestas de Activos desde los vientos América de Latina

Si la salud pública cumple un papel de intérprete de las especiales circunstancias particulares de vida de la población, donde se encuentran las mayores potencialidades de salud ⁽⁶²⁾. Nos

surgen las siguientes preguntas: ¿cómo avanzar en promoción de la salud? ¿Cómo sería pensar y evaluar los Activos para la Salud desde América Latina?

Hasta donde se conoce no existe ningún documento que responda está pregunta, por lo que queremos aportar a la reflexión de los Activos para la Salud concebidos desde el Sur del continente americano, reconociendo las circunstancias, en que nosotros sus habitantes vivimos y convivimos diariamente.

Pensando en América Latina y América del Sur como una de las regiones más inequitativas del mundo, con casi 4 de cada 10 personas viviendo en la pobreza ⁽⁶⁷⁾ y con una predicción de crecimiento de 35 millones de personas viviendo en situación de pobreza, hambre y desempleo ^(68,69); el modelo de activos como alternativa para equilibrar la ya clásica preocupación por las carencias y los problemas en las comunidades, es una alternativa éticamente esperanzadora. No obstante, es necesario visualizar los activos (recursos) de la comunidad, considerando la distribución equitativa de recursos internos y externos ^(59,65) atendiendo también a elementos como la discusión sobre el poder, los privilegios y el sistema económico; además de la justicia social, las luchas reivindicativas de los movimientos sociales y su relación con la distribución de la salud, temas fundamentales en el contexto latinoamericano.

Lo anterior cobra aún mayor importancia en contextos de pobreza. Las comunidades pese a sus restricciones son dignas y capaces de actuar; lo que posibilita que las comunidades locales desde sus potencialidades participen, demanden y gestionen de forma más efectiva y autónoma sus recursos ^(49,59). En contextos de pobreza, importa mirar las potencialidades de lo local ⁽⁵⁹⁾, siempre y cuando se trabaje con iniciativas para mejorar la justicia distributiva, ⁽⁶⁵⁾. De lo contrario, las fuerzas negativas sistémicas provocadas por las carencias materiales y otros determinantes estructurales en relación a los resultados en salud serán arrolladoras frente a cualquier activo identificado, incorporado y gestionado de forma individual o comunitaria ⁽⁴⁹⁾. Andrade et al., ⁽⁴⁹⁾ y Roy, ⁽⁷¹⁾ mencionan que en la práctica los activos son considerados como una forma de mitigar los efectos de la pobreza, mejoraran el colectivismo y la solidaridad, forma que es limitada por su sostenibilidad en el tiempo y siempre por determinantes estructurales mayores.

De todo lo anterior podemos destacar varios hallazgos y desafíos para el trabajo en promoción con un enfoque de activos en salud para América Latina:

- a) La evidencia publicada sobre activos para la salud desde Latinoamérica y América del sur es escasa y que a pesar de haber evidencia suficiente en el resto del mundo como para ampliar las definiciones de activos hacia las políticas públicas aún nos queda un camino por recorrer, que nos permita llenar los vacíos de evidencia en torno las líneas de investigación mundial pero también los vacíos existentes en torno a temas prioritarios como la sostenibilidad ambiental, la diversidad cultural y étnica y la inequidad.
- b) Los activos de salud pensados en Latinoamérica deben adquirir un discurso propio tanto en su conceptualización como en su evaluación; con apertura a conceptos, significados y

formas alternativas de entender la salud, ⁽⁶³⁾ que derive en una comprensión y acción pertinente, integral e integradora.

- c) Es necesario generar discusiones críticas sobre promoción de salud en Latinoamérica, la relación entre salud y sociedad, el papel de las personas y sus posibilidades de acción social transformadora; ⁽⁶³⁾ que visualicen la promoción de la salud como un compromiso con la vida, la humanización, la ciudadanía, la justicia, la belleza y la bondad ⁽⁶⁴⁾.
- d) Es necesario poner en el centro de la toma de decisiones la salud y bienestar de las poblaciones, especialmente de quienes se encuentran en situación de vulnerabilidad. Asimismo, la generación de relaciones de confianza, que facilitan un tejido social que contribuye tanto a la salud de las personas como a un mejor afrontamiento a situaciones de crisis.
- e) Es necesario la formación de promotores/as de la salud con un pensamiento crítico, comprometidos con la transformación de la situación de la salud y la enfermedad, los derechos humanos y el sufrimiento ⁽⁶³⁾.
- f) Las acciones de promoción de la salud implican el desarrollo de valores, saberes, conocimiento y habilidades tanto individuales como colectivas para lograr una comunicación efectiva, el apoderamiento y la capacidad de gestión para acceder al campo político.
- g) En concordancia con lo que nuestros pueblos originarios comprenden como salud y vida, la incorporación del concepto de “Salud Única” (One Health) puede orientar el trabajo en promoción de salud en América latina, reconociendo la interconexión entre personas, animales, vegetación y un entorno compartido, alineado con el desarrollo sostenible ⁽¹⁾.

Propuestas de Evaluación e indicadores para el trabajo con Activos desde América Latina

Cuando pensamos en evaluación e indicadores en el marco de un modelo de activos en salud, es necesario considerar que esto implica un cambio fundamental en el modo de hacernos las preguntas que priorizamos para que éstas no se limiten sólo a considerar lo que reduce la carga de enfermedad, sino más bien que sigan una orientación salutogénica, donde nos preguntemos sobre los activos que ofrecen el potencial para mejorar la calidad de vida de las personas ⁽¹⁸⁾. Bajo ese marco de referencia, la evaluación de cualquier intervención, más allá de enfocarse en las necesidades o problemas de salud, deberá analizar prioritariamente el fortalecimiento de estos activos ⁽⁶⁵⁾ movilizándolo a la comunidad dentro de procesos participativos y equitativos.

La evaluación de procesos basados en activos en salud es clave en la generación del conocimiento y producción de evidencia que muestre el impacto de las intervenciones implementadas en materia de promoción de la salud ⁽⁶⁶⁾, actuando como elementos potentes para alentar a los países, agencias de salud y comunidades, a promover políticas y estrategias en promoción de la salud. A nivel de Latinoamérica son escasas las experiencias de

evaluación en activos en salud, por lo cual es fundamental estimular este proceso para fortalecer la equidad, la participación, los derechos en salud y el bienestar de las poblaciones.

La evaluación de un fenómeno complejo y amplio, como es el caso de los activos en salud, exige que tanto la metodología de recolección de datos, como el análisis que se realiza de éstos, estructuren conceptualmente el término de salud desde un enfoque positivo, utilicen métodos innovadores y sean sensibles al contexto en que se aplican ⁽⁶⁷⁾. Como hemos visto anteriormente, a la luz de las particularidades de Latinoamérica, con sus múltiples desafíos y horizontes, la evaluación de activos en salud debe ser capaz de reconocer el contexto en el que se asientan. En ese sentido, queremos abogar por una evaluación ecosistémica, que reconozca y fortalezca los principios de salud de los pueblos latinoamericanos, sus capacidades y sus formas de hacer salud.

Previo a la ejecución de cualquier proyecto sobre activos en salud, es importante analizar el cumplimiento de algunos pre-requisitos (valores) que deben primar en la concepción y diseño de la intervención. Basados en Cofiño et al ⁽³⁰⁾ y Hills et al ⁽⁶⁷⁾, creemos que las preguntas que nos deberíamos responder en este punto inicial serían las siguientes.

- *¿Cómo se concibió el concepto de salud para poner en marcha este proceso?* La visión de fondo debería explicitar el modelo salutogénico o de activos en salud como complementario al de riesgos, problemas y necesidades observadas.
- *Previo al diseño y ejecución del proceso, ¿se realizaron todos los esfuerzos para conocer el contexto social en el que se va a aplicar? ¿Se identificó la significación que se da desde la comunidad al ámbito sobre el que se va a intervenir?* Un proceso basado en activos requiere utilizar como telón de fondo el conocimiento y significación previa que tiene la comunidad sobre un determinado ámbito de la salud, y por tanto, exige una comprensión del contexto en el que se va a implementar.
- *¿La propuesta consideró y fue respetuosa con las dinámicas ya existentes en la comunidad?* Para hablar de procesos basados en activos, no es suficiente reconocer los recursos existentes en la comunidad, sino también sus dinámicas; esto exige también respetar las formas de ser y sentir de la comunidad.
- *¿Se consideró la participación de los usuarios, profesionales de la salud, dirigentes locales en el diseño y construcción del proceso?* Dado que el modelo basado en activos promueve el empoderamiento y la participación de la comunidad, se debe propiciar la participación de estos actores desde el proceso mismo de formulación y ejecución de la intervención.
- *¿La intervención está dirigida a potenciar la autonomía, la intersectorialidad y participación social de la comunidad?* La intervención debe tener como objetivo fundamental el fortalecimiento de la autonomía y participación de la comunidad, y por tanto, de la equidad en salud.
- *¿Se sigue un proceso que lleve a identificar activos y potenciar sinergias y procesos colaborativos?* Las intervenciones deben proyectarse desde procesos colaborativos en los

que identificar activos sea la parte inicial de opciones que favorecen participación el empoderamiento y la formalización de sinergias en favor de la salud.

Con la intención de ilustrar mejor lo que mencionamos, y basados en experiencias previas de promoción de la salud, (68–70) podemos sintetizar la evaluación de las intervenciones en tres componentes o momentos: el diseño de intervención, el proceso implementado, y los resultados o el impacto de la intervención. En cada uno de estos momentos, proponemos los elementos a ser valorados, a modo de check list, con el fin de construir un marco de evaluación que pueda ser de utilidad para el lector:

	Cumple	Indicador	Evidencia
a) Evaluación del diseño de la intervención			
<i>-La intervención propuesta es coherente con la salutogénesis y el modelo de activos en salud</i>			
<i>-Se involucra a todos los actores (comunidad, tomadores de decisión) en el diseño de la intervención</i>			
<i>-El equipo de trabajo es interdisciplinario e intercultural</i>			
<i>-Se describe la intervención con su respectiva fundamentación teórica y metodológica</i>			
<i>-Los objetivos de la intervención son claros y coherentes con el contexto en el que van a ser implementados</i>			
<i>-Se menciona estrategias y actividades viables, construidas con los actores, destinadas a maximizar y dinamizar los activos existentes</i>			
<i>-Se consideran uno o más determinantes sociales de la salud en el diseño y elaboración de la propuesta</i>			
<i>-La planificación de la intervención es cuidadosa y flexible a los cambios que pudieran presentarse en el contexto</i>			
<i>-Se incluye una metodología clara de evaluación a ser aplicada: qué, cómo y con quién se va a evaluar. Se incluye indicadores de evaluación de proceso y resultado, consistentes con lo que se quiere medir.</i>			
<i>Coherencia entre objetivos, metodología y uso de indicadores salutogénicos y/o activos para medir los resultados de la intervención.</i>			
<i>Se plantean indicadores de evaluación en forma conjunta con la comunidad, de acuerdo a su realidad local, sentido de vida y que midan lo que la comunidad espera del proyecto</i>			
b) Evaluación del proceso implementado			
<i>-Se utilizan metodologías de visibilización de activos: mapeo de activos, se identificó qué recursos, quienes, qué tienen</i>			
<i>-Los procesos implementados son innovadores y creativos</i>			

-Se cumplieron con las actividades propuestas,			
-Se utilizaron canales pertinentes de comunicación con la comunidad			
-Los procesos ejecutados tuvieron la participación permanente con la comunidad			
-Los procesos implementados cuentan con un análisis de fortalezas, debilidades, oportunidades encontradas			
-Se identifican necesidades de mejora durante el desarrollo de las actividades			
-Se identifican buenas prácticas durante el desarrollo de las actividades			
c) Evaluación de los resultados o impacto de la intervención			
-El equipo y la comunidad están satisfechos con los resultados obtenidos			
-Se cumplieron los objetivos propuestos			
-La intervención fortaleció un (o más de un) activo en salud previamente identificado			
-La intervención permitió generar nuevo(s) recursos y/o nuevos activo(s) en salud			
-La intervención favoreció la equidad en salud			
-La intervención mejoró la participación en salud			
-La intervención favoreció la formalización evolutiva de sinergias, procesos colaborativos y vinculación de nuevos actores y activos emergentes.			
-La intervención fortaleció las formas de hacer salud en la comunidad			
-La intervención mejoró la acción en derechos en salud			
-La intervención fortaleció el cuidado del ecosistema, salud ambiental o recuperación ambiental			
Se implementaron las mejoras propuestas en el proyecto, decididas en forma conjunta con la comunidad			
Hubo mejoras en algún indicador de salud de las personas, en coherencia con el tiempo de implementación del proceso.			

Para cada uno de los elementos descritos, es necesario definir indicadores, que sean verificables y que permitan visibilizar tanto el proceso como los resultados obtenidos. Existen algunos instrumentos para la evaluación de proyectos en promoción de salud que pueden servir como guía o referencia para la evaluación. Entre estos destacan el Health Promotion Effectiveness Fostering Instrument (Preffi), diseñado por el Instituto Holandés de Promoción de la Salud (71), el European Quality Instrument for Health Promotion (EQUIHP), desarrollado por la Comisión Europea (disponible en: https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action1/docs/2003_1_15_a10_en.pdf) el Worksite Health Promotion Capacity Instrument (WHPCI) diseñado por Jung, et al. 2010 y los mismos criterios de calidad de la Red Aragonesa de Promoción de la Salud (68), entre

otros. Sin embargo, nos parece que los elementos presentados en la tabla de chequeo anterior podrían ser aplicados a nivel latinoamericano.

Es importante que la definición y la construcción de los indicadores sea participativa. Esto porque las diferentes partes involucradas en el trabajo de promoción en el marco de los activos de salud, pueden tener comprensiones y definiciones diferentes de cuáles activos, atributos y resultados son importantes para ellos; y qué se consideraría una intervención de salud “exitosa” (44). Esto implica reconceptualizar la evidencia en el diseño, entrega y evaluación de intervenciones de salud pública, que apunte a la acción efectiva sobre las inequidades en salud (23), avanzando más allá de los enfoques tradicionales' para abordar las desigualdades en salud (44).

Dentro de los abordajes para la recolección y análisis de la información, se puede aplicar técnicas cuantitativas (encuestas, revisión documental, observación dirigida, etc). y/o técnicas cualitativas (entrevista a profundidad, grupos focales, historias de vida, observación participante, socio-dramas, etc.). Una forma de iniciar la evaluación sería la recolección de información a través de la narración, en la cual, tanto técnicos como la comunidad, describen lo que se ha realizado, cómo se ha efectuado la intervención y cuáles fueron los resultados de lo aplicado (72).

Debemos recordar que la evaluación de activos (una evaluación circular y constante) nos compromete a buscar metodologías innovadoras para recolectar y analizar la información. De ahí que la evaluación participativa de los procesos implementados, donde investigadores y participantes son parte de un proceso colaborativo de acción-reflexión, puede brindarnos información relevante que no debe ser excluida de este proceso (73,74).

Una vez recolectada esta información, es necesario sistematizarla siguiendo una metodología ordenada que conjugue la fundamentación teórica y contextual con la experiencia vivida desde y por la comunidad. Finalmente, los resultados generados deben ser presentados a manera de informe, talleres, asambleas, artículos científicos u otras formas de divulgación, de tal manera de incrementar el conocimiento sobre experiencias en activos de salud y mejorar la evidencia que pueda servir para apoyar la toma de decisiones a esferas políticas y estratégicas. Así mismo, es imperativo devolver los resultados de la intervención a la comunidad, de tal manera de aportar a su proceso de participación como actores de su propia salud, con elementos que les brinden evidencias o argumentos para gestionar y promover sus derechos y equidad en salud.

Universidades promotoras de la Salud y procesos de gestión comunitaria basada en activos

Las Universidades tienen un compromiso con sus comunidades universitarias y con la sociedad en general. Son un entorno en el que no solo se puede aprender a gestionar procesos comunitarios basados en activos y aportar desde la vinculación con la sociedad, sino

favorecer cambios culturales necesarios en favor de la salud y la vida que den lugar a modelos de desarrollo que hagan posible una vida buena en presente y para futuras generaciones.

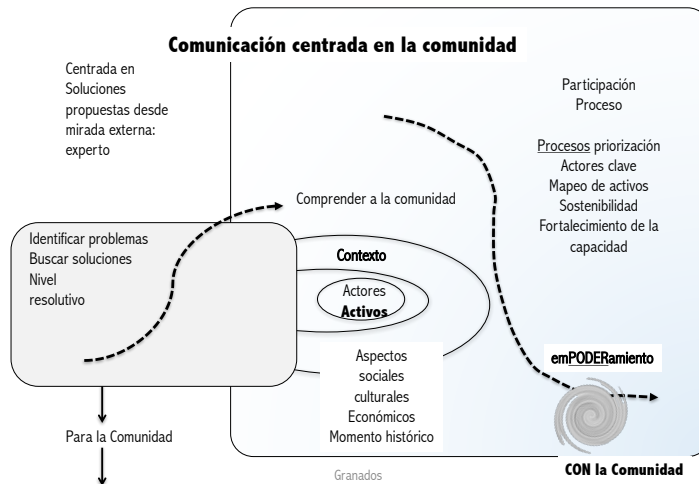
En el contexto del fortalecimiento de las Universidades como promotoras de salud ha resultado fundamental la apuesta por una gestión comunitaria basada en activos. Lo anterior implica reconocer que no es suficiente con identificar necesidades y problemas en salud o gestionar riesgos, sino que tenemos que desarrollar habilidades para mapear activos siendo conscientes de que estos hacen referencia no solo a los recursos y experiencias existentes en las Universidades, sino a los procesos de empoderamiento, participación y formalización de sinergias que se viabilizan al identificar y visibilizar activos. Los activos entonces se aprovechan en la construcción de alternativas para el abordaje y en el diseño de estrategias encaminadas a mejorar las condiciones para la salud en las comunidades universitarias.

Considerando lo anterior, para finalizar éste capítulo queremos compartir algunas reflexiones derivadas de los aprendizajes obtenidos desde los procesos de fortalecimiento de las universidades como promotoras de salud, que al hacer una apuesta por procesos transversales de desarrollo institucional basados en la promoción de la salud, necesariamente tienen que movilizarse desde gestión de riesgos y la prevención hacia el aprovechamiento de los recursos existentes en la comunidad universitaria, el favorecimiento de la participación comunitaria y la formalización de sinergias y procesos colaborativos.

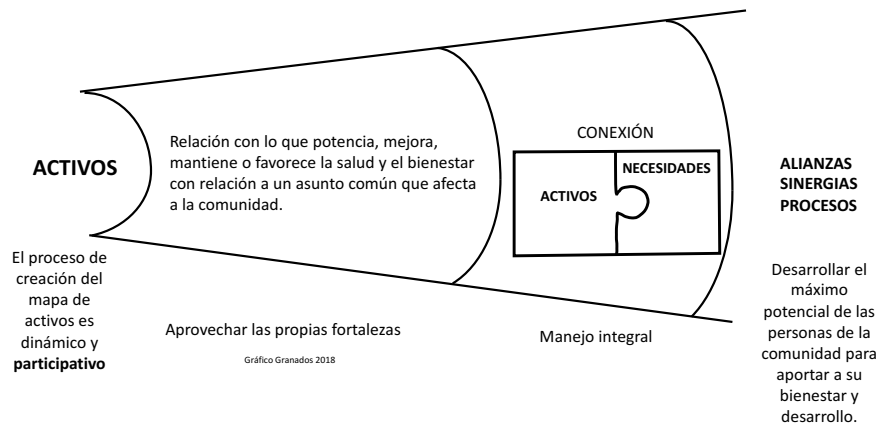
El mapeo de activos se realiza desde los entornos universitarios considerando pasos importantes dentro de procesos permanentes en los que la conciencia de los recursos se fortalece junto con la posibilidad de aprovecharlos:



Identificar, gestionar y potenciar activos se ubica en el centro de procesos institucionales que le apuestan a la promoción de la salud, en los que la sostenibilidad y el fortalecimiento de la capacidad para participar se concretan en corresponsabilidad y en oportunidades para la coproducción de salud.



La comprensión integral, recuperando las perspectivas de los diferentes actores clave, sus experiencias y recursos, da lugar a un manejo integral, a procesos participativos y a la posibilidad de aprovechar los recursos y experiencias existentes en la Comunidad Universitaria y en su relación con actores clave en el contexto en el que cada Universidad desarrolla su misión.



La experiencia en contextos universitarios permite comprobar que la gestión comunitaria basada en activos favorece sentimientos de autoeficacia individual y comunitaria, facilita el logro de objetivos vinculados al fortalecimiento de la participación, la corresponsabilidad, identificación y apropiación de los procesos, decisiones y esfuerzos para el logro de objetivos comunes.

Las Universidades deben fortalecer posibilidades de comprensión de la salud más allá de ausencia de enfermedad, lograr claridades sobre cómo se producen socialmente la salud y la

enfermedad y, diseñar estrategias que partan de comprensiones integrales que generen a la vez un manejo integral. Tienen entre otros, el reto de favorecer condiciones para la salud, el desarrollo humano y la calidad de vida de quienes estudian y trabajan durante la pandemia y en la pos pandemia y esto ciertamente va más allá de evitar el contagio o manejar los casos de enfermedad. Estamos llamados a movilizar participación, corresponsabilidad y procesos comunitarios para contrarrestar efectos directos e indirectos de la pandemia, aportar a la construcción de nuevas condiciones en las que la salud y la vida sean una prioridad y se fortalezcan acciones colectivas en las que se fortalezcan prácticas de autocuidado, de cuidado del ambiente y el cuidado mutuo, prácticas que aporten a la humanización de las interacciones y a la solidaridad.

La gestión comunitaria basada en activos es un camino que hace posible dar voz a la gente, construir con ella y favorecer cambios estructurales necesarios, nuevas formas de relacionarnos y aportar a la construcción de una nueva civilización que favorezca la salud y la vida en el presente y para las generaciones futuras.

Declaración de conflictos de interés:

Las autoras y el autor de este documento declaran no tener ningún tipo de conflicto de interés.

Referencias

1. Van den Broucke S. Why health promotion matters to the COVID-19 pandemic, and vice versa. Vol. 35, Health promotion international. 2020. p. 181–6.
2. Hartley DM, Perencevich EN. Public Health Interventions for COVID-19: Emerging Evidence and Implications for an Evolving Public Health Crisis. Vol. 323, JAMA - Journal of the American Medical Association. American Medical Association; 2020. p. 1908–9.
3. Pan A, Liu L, Wang C, Guo H, Hao X, Wang Q, et al. Association of Public Health Interventions with the Epidemiology of the COVID-19 Outbreak in Wuhan, China. JAMA - J Am Med Assoc. 2020 May 19;323(19):1915–23.
4. Gostin LO, Wiley LF. Governmental Public Health Powers during the COVID-19 Pandemic: Stay-at-home Orders, Business Closures, and Travel Restrictions. JAMA - Journal of the American Medical Association. American Medical Association; 2020.
5. Pickett KE, Wilkinson RG. Income inequality and health: A causal review. Vol. 128, Social Science and Medicine. Elsevier Ltd; 2015. p. 316–26.
6. Calazans JA, Queiroz BL. The adult mortality profile by cause of death in 10 Latin American countries (2000–2016). Rev Panam Salud Pública. 2020 Jan 14;44:1.
7. Illich I. Medical Nemeses The expropriation of health. Books P, editor. Vol. 13. New York; 1976. 258–283 p.
8. de Almeida Filho N. For a general theory of health: preliminary epistemological and anthropological notes. Cad saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Esc Nac Saúde Pública. 2001;17(4):753–70.
9. Foucault M. El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica. 2nd ed. XXI S, editor. Buenos Aires: Siglo Veintiuno; 2004.
10. Ospina W. El dibujo Secreto de America Latina. Revista Casa de las Américas. La Habana; 2014. 211 p.
11. López-Fernández LA, Solar Hormazábal O. Repensar la Carta de Ottawa 30 años después. Gac Sanit. 2017 Nov 1;31(6):443–5.
12. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Lancet. 2008;372(9650):1661–9.
13. Sandset TJ, Heggen K, Engebretsen E. What we need is a sustainable politics of life. Vol. 395, The Lancet. Lancet Publishing Group; 2020. p. 1967.
14. Beckfield J, Krieger N. Epi + demos + cracy: Linking political systems and priorities to the magnitude of health inequities-evidence, gaps, and a research agenda. Vol. 31, Epidemiologic Reviews. 2009. p. 152–77.
15. Friedli L. “What we’ve tried, hasn’t worked”: The politics of assets based public health 1. Crit Public Health. 2013 Jun;23(2):131–45.
16. AFMC. A virtual textbook on Public Health concepts for clinicians. Donovan D, Ian M, editors. Assoc Fac Med Canada. 1st ed. 2011;2:51–2.
17. Marmot M, Allen J, Bell R, Goldblatt P. Building of the global movement for health equity: From Santiago to Rio and beyond. Vol. 379, The Lancet. Lancet Publishing Group; 2012. p. 181–8.
18. Brooks F, Kendall S. Making sense of assets: What can an assets based approach offer public health? Vol. 23, Critical Public Health. Routledge ; 2013. p. 127–30.

19. Hernán M, Morgan A, Mena A. Formación en salutogénesis y activos para la salud | Escuela Andaluza de Salud Pública. 2013. 184 p.
20. Roy M, Levasseur M, Doré I, St-Hilaire F, Michallet B, Couturier Y, et al. Looking for capacities rather than vulnerabilities: The moderating effect of health assets on the associations between adverse social position and health. *Prev Med (Baltim)*. 2018 May 1;110:93–9.
21. Van Bortel T, Wickramasinghe ND, Morgan A, Martin S. Health assets in a global context: A systematic review of the literature. Vol. 9, *BMJ Open*. BMJ Publishing Group; 2019. p. e023810.
22. Morgan A, Ziglio E, Davies M. Health assets in a global context: Theory, methods, action. *Health Assets in a Global Context: Theory, Methods, Action*. Springer New York; 2010. 1–362 p.
23. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promot Educ*. 2007 Jun 2;14(2_suppl):17–22.
24. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot Int*. 1996;11(1):11–8.
25. Lindström B, Eriksson M. Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promot Int*. 2006;21(3):238–44.
26. Granda E. El saber en salud pública en un ámbito de pérdida de antropocentrismo y ante una visión de equilibrio ecológico. In: Betancourt Z, Hermida C, Noboa H, Rodríguez M, editors. *La Salud y la Vida- Edmundo Granda Ugalde*. 1st ed. Quito; 2009. p. 187–222.
27. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the Public Health Evidence Base: An Asset Model. In: *Health Assets in a Global Context*. New York, NY: Springer New York; 2010. p. 3–16.
28. McDaid LM, Flowers P, Ferlatte O, McAloney-Kocaman K, Gilbert M, Frankis J. Informing theoretical development of salutogenic, asset-based health improvement to reduce syndemics among gay, bisexual and other men who have sex with men: Empirical evidence from secondary analysis of multi-national, online cross-sectional surveys. *SSM - Popul Heal*. 2020 Apr 1;10:100519.
29. Morgan A, Aleman-Diaz AY. Measuring what matters for young people's health and well-being. *Learn Well-being Mag*. 2016;
30. Cofiño R, Aviñó D, Benedé CB, Botello B, Cubillo J, Morgan A, et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? Vol. 30, *Gaceta Sanitaria*. Ediciones Doyma, S.L.; 2016. p. 93–8.
31. Rotegård AK, Moore SM, Fagermoen MS, Ruland CM. Health assets: A concept analysis. *Int J Nurs Stud*. 2010 Apr;47(4):513–25.
32. O'Connor JP, Alfrey L, Hall C, Burke G. Intergenerational understandings of personal, social and community assets for health. *Heal Place*. 2019 May 1;57:218–27.
33. Morgan A. Revisiting the Asset Model: a clarification of ideas and terms. *Glob Health Promot*. 2014;21(2):3–6.
34. Cofiño R, Aviñó D, Benedé CB, Botello B, Cubillo J, Morgan A, et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gac Sanit*. 2016 Nov;30:93–8.
35. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. Vol. Suppl 2, *Promotion & education*. 2007. p. 17–22.
36. Alvarez-Dardet C, Morgan A, Cantero MTR, Hernán M. Improving the evidence base on public health assets-the way ahead: A proposed research agenda. Vol. 69, *Journal of Epidemiology and Community Health*. BMJ Publishing Group; 2015. p. 721–3.
37. Blickem C, Dawson S, Kirk S, Vassilev I, Mathieson A, Harrison R, et al. What is Asset-Based Community Development and How Might It Improve the Health of People With Long-Term Conditions? A Realist Synthesis. *SAGE Open*. 2018;8(3).
38. Popay J. Community Empowerment and Health Improvement: The English Experience. In: *Health Assets in a Global Context*. New York, NY: Springer New York; 2010. p. 183–95.
39. McKnight J, Russell C. *The Four Essential Elements of an Asset-Based Community Development Process What Is Distinctive about an Asset-Based Community Development Process?* Chicago; 2018.
40. Mcknight J. *The Careless Society: Community and its Counterfeits*. John McKnight. Vol. 23, *The Journal of Sociology & Social Welfare*.
41. Juvinyà-Canal D, Hernán M, Gallego-Diéguez J. Perspectives on salutogenesis of scholars writing in Spanish. In: *The Handbook of Salutogenesis*. Springer International Publishing; 2016. p. 423–9.
42. Botello B, Palacio S, García M, Margolles M, Fernández F, Hernán M, et al. Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. *Gac Sanit*. 2013 Mar;27(2):180–3.
43. Den Broeder L, Uiters E, Hofland A, Wagemakers A, Schuit AJ. Local professionals' perceptions of health assets in a low-SES Dutch neighbourhood: A qualitative study. *BMC Public Health*. 2017 Jul 12;18(1).
44. de Andrade M, Angelova N. Evaluating and evidencing asset-based approaches and co-production in health inequalities: measuring the unmeasurable? *Crit Public Health*. 2020 Mar 14;30(2):232–44.
45. Blickem C, Dawson S, Kirk S, Vassilev I, Mathieson A, Harrison R, et al. What is Asset-Based Community Development and How Might It Improve the Health of People With Long-Term Conditions? A Realist Synthesis. *SAGE Open*. 2018 Apr 6;8(3):215824401878722.
46. Bjørnsen HN, Espnes GA, Eilertsen MEB, Ringdal R, Moksnes UK. The Relationship Between Positive Mental Health Literacy and Mental Well-Being Among Adolescents: Implications for School Health Services. *J Sch Nurs*. 2019 Apr 1;35(2):107–16.
47. Ickovics JR, Carroll-Scott A, Peters SM, Schwartz M, Gilstad-Hayden K, Mccaslin C. Health and academic achievement: Cumulative effects of health assets on standardized test scores among urban youth in the United States. *J Sch Health*. 2014 Jan;84(1):40–8.
48. Gregorevic KJ, Lim WK, Peel NM, Martin RS, Hubbard RE. Are health assets associated with improved outcomes for hospitalised older adults? A systematic review. Vol. 67, *Archives of Gerontology and Geriatrics*. Elsevier Ireland Ltd; 2016. p. 14–20.
49. Hornby-Turner YC, Peel NM, Hubbard RE. Health assets in older age: A systematic review. Vol. 7, *BMJ Open*. BMJ Publishing Group; 2017.
50. Kim ES, James P, Zevon ES, Trudel-Fitzgerald C, Kubzansky LD, Grodstein F. Optimism and Healthy Aging in Women and Men. *Am J Epidemiol*. 2019;188(6):1084–91.
51. Whiting LS, Kendall S, Wills W. Rethinking children's public health: The development of an assets model. *Crit Public Health*. 2013 Jun;23(2):146–59.
52. Watts N, Adger WN, Agnolucci P. Health and climate

- change: Policy responses to protect public health. Vol. 14, *Environnement, Risques et Sante*. John Libbey Eurotext; 2015. p. 466–8.
53. Watts N, Amann M, Ayeb-Karlsson S, Belesova K, Bouley T, Boykoff M, et al. The Lancet Countdown on health and climate change: from 25 years of inaction to a global transformation for public health. Vol. 391, *The Lancet*. Lancet Publishing Group; 2018. p. 581–630.
 54. Carson SL, Kentatchime F, Sinai C, Van Dyne EA, Nana ED, Cole BL, et al. Health Challenges and Assets of Forest-Dependent Populations in Cameroon. *Ecohealth*. 2019 Jun 15;16(2):287–97.
 55. Springer AE, Evans AE. Assessing environmental assets for health promotion program planning: a practical framework for health promotion practitioners. *Heal Promot Perspect*. 2016 Aug 10;6(3):111–8.
 56. Anderson I, Robson B, Connolly M, Al-Yaman F, Bjertness E, King A, et al. Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet–Lowitja Institute Global Collaboration): a population study. *Lancet*. 2016 Jul 9;388(10040):131–57.
 57. CEPAL. Los pueblos indígenas en América (Abya Yala) desafíos para la igualdad en la diversidad. Polopolo F del, editor. Naciones Unidas; 2017. 1–539 p.
 58. Bull T, Mittelmark MB, Kanyeka NE. Assets for well-being for women living in deep poverty: Through a salutogenic looking-glass. *Crit Public Health*. 2013 Jun;23(2):160–73.
 59. Volanen S. Sense of Coherence. Determinants and Consequences. Helsinki,Univer; 2011.
 60. Christens BD. In search of powerful empowerment. *Health Educ Res*. 2013;28(3):371–4.
 61. Morgan A, Hernán M. Promoción de la salud y del bienestar a través del modelo de activos. *Rev Esp Sanid Penit* . 2013;15:78–86.
 62. Granda E. Salud: globalización de la vida y de la solidaridad. In: Betancourt Z, Hermida C, Noboa H, Rodriguez M, editors. *La Salud y la Vida*- Edmundo Granda Ugalde. 1st ed. Quito; 2009. p. 135–53.
 63. Chapela M del C, Cerda A. Promoción de la salud y poder : reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos. Primera ed. Mexico D.F.: Universidad Autonoma Metropolitana Unidad Xochimilco Divisiōn de Ciencias Biolōgicas y de la Salud Departamento de Atenciōn a la Salud; 2010.
 64. Chapela M del C. Clan, instituciōn y proyecto emancipador. *Hacia la Promociōn la Salud*. 2018;23(2):9–10.
 65. Ziglio E, Hagard S, McMahon L, Harvey S, Levin L. Principles, methodology and practices of investment for health. Vol. 7, *Promotion & education*. Promot Educ; 2000.
 66. Basurto Hoyuelos S, Vergara Mitxeltorena I. Atenciōn familiar y comunitaria basada en las pruebas cientificas. In: *Atenciōn familiar y salud comunitaria Conceptos y materiales para docentes y estudiantes*. Elsevier; 2011. p. 213–32.
 67. Hills M, Carroll S, Desjardins S. Assets based interventions: Evaluating and synthesizing evidence of the effectiveness of the assets based approach to health promotion. In: *Health Assets in a Global Context: Theory, Methods, Action*. Springer New York; 2010. p. 77–98.
 68. Gállego Diéguez J. Calidad en promociōn de la salud: La experiencia de la Red Aragonesa de Proyectos de Promociōn de la Salud (RAPPS).
 69. Aro AA, Van den Broucke S, Rätty S. Toward European consensus tools for reviewing the evidence and enhancing the quality of health promotion practice. *Promot Educ*. 2005;Suppl 1.
 70. Jung J, Nitzsche A, Neumann M, Wirtz M, Kowalski C, Wasem J, et al. The Worksite Health Promotion Capacity Instrument (WHPCI): Development, validation and approaches for determining companies' levels of health promotion capacity. *BMC Public Health*. 2010 Dec 13;10(1):550.
 71. Molleman GRM, Peters LWH, Hosman CMH, Kok GJ, Oosterveld P. Project quality rating by experts and practitioners: Experience with Preffi 2.0 as a quality assessment instrument. *Health Educ Res*. 2006;21(2):219–29.
 72. Morgan A, Hernán M. Promociōn de la salud y del bienestar a través del modelo de activos. *Rev Española Sanid Penit*. 2013;15(3).
 73. Hills MJ. Community-based research: creating evidence-based practice for health and social change. 2000 Apr 13;
 74. Minkler M, Wallerstein N. *Community-Based Participatory Research for Health: From Process to Outcomes*. Second Edition (Paperback). Jossey-Bass; 2014.