

Brechas en salutogénesis de hipertensión y diabetes tipo II en Chile

✉ **Catalina Constanza Sepúlveda Rivas**

<https://orcid.org/0000-0002-5256-2270>
Universidad Santo Tomás, Chile
catalinasepulvedari@santotomas.cl

Nelson Felipe Medina Leal

<https://orcid.org/0000-0002-8357-6245>
Universidad Santo Tomás, Chile
nmedina3@santotomas.cl

Edith Rivas Riveros

<https://orcid.org/0000-0002-9852-4534>
Universidad de La Frontera, Chile
edith.rivas@ufrontera.cl

Maggie Campillay Campily

<https://orcid.org/0000-0002-4054-1595>
Universidad de Atacama, Chile
maggie.campillay@uda.cl

Recibido: 16/01/2025
Enviado a pares: 01/04/2025
Aceptado por pares: 23/04/2025
Aprobado: 29/04/2025

DOI: 10.5294/aqui.2025.25.3.2

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Sepúlveda C, Medina N, Rivas E, Campillay M. Gaps in the Salutogenesis of Hypertension and Type II Diabetes in Chile. *Aquichan*. 2025;25(3):e2532. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2025.25.3.2>

Temática: Promoción de la salud, bienestar y calidad de vida.

Aporte a la disciplina: este estudio aporta al conocimiento disciplinar al integrar el modelo ABCD en el cuidado de enfermedades crónicas como la hipertensión y la diabetes tipo II, destacando la importancia de las redes comunitarias y la acción colectiva en el cuidado de la salud. Al aplicar un enfoque salutogénico, se resalta el valor de los recursos comunitarios en la promoción de la salud, abordando brechas de acceso y fortaleciendo la participación activa de las comunidades. Este enfoque contribuye al desarrollo de modelos de intervención comunitaria en enfermería, promoviendo la colaboración interinstitucional y el apoyo mutuo.

Resumen

Introducción: este estudio investiga la mejoría de la salud en personas con enfermedades cardiovasculares crónicas, como hipertensión y diabetes tipo II mediante un enfoque salutogénico. A diferencia de otros estudios, incorpora el modelo de desarrollo comunitario basado en activos (ABCD), que prioriza los recursos comunitarios y la colaboración colectiva, en lugar de enfocarse únicamente en la atención médica convencional. **Objetivo:** identificar las brechas, activos y desafíos en el cuidado de estas enfermedades desde la perspectiva de pacientes y profesionales de salud. **Métodos:** se realizó un estudio cualitativo descriptivo con 12 pacientes de asociaciones comunitarias con hipertensión y/o diabetes tipo II, y 8 profesionales de salud seleccionados por muestreo intencional. Los datos se recopilaron mediante entrevistas semiestructuradas y se analizaron usando el modelo ABCD, que promueve la creación de redes sociales y la acción colectiva. El rigor metodológico se garantizó mediante triangulación de datos y validación por expertos. **Resultados:** el análisis de los datos permitió la construcción de un mapa de activos comunitarios, identificando actores clave y sus interacciones. El modelo ABCD se utilizó para entender cómo los recursos comunitarios influyen en el cuidado y la capacidad de acción colectiva. Entre los desafíos encontrados, destacan la falta de colaboración entre pacientes y profesionales de salud, la desinformación sobre opciones de cuidado y la desigualdad en el acceso a servicios de salud, especialmente en zonas rurales. **Conclusiones:** el estudio resalta la importancia del modelo ABCD para fortalecer las redes comunitarias y mejorar los procesos de atención, especialmente en comunidades rurales y desatendidas.

Palabras clave (Fuente: DeCS)

Promoción de la salud; participación de la comunidad; hipertensión; diabetes tipo ii; redes comunitarias.

4 Gaps in the Salutogenesis of Hypertension and Type II Diabetes in Chile

Abstract

Introduction: This study presents the research on health improvement in people with chronic cardiovascular diseases, such as hypertension and type II diabetes, using a salutogenic approach. Unlike other studies, it incorporates the asset-based community development (ABCD) model, which prioritizes community resources and collective collaboration, rather than focusing solely on conventional medical care. **Objective:** To identify gaps, assets, and challenges in the care of these diseases from the perspective of patients and healthcare professionals. **Materials and Methods:** A descriptive qualitative study was conducted with 12 patients from community associations who had hypertension and/or type II diabetes, and 8 healthcare professionals selected by purposive sampling. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed using the ABCD model, which promotes social networking and collective action. Methodological rigor was ensured through data triangulation and specialist validation. **Results:** The data analysis enabled the creation of a map of community assets, identifying key actors and their interactions. The ABCD model was used to understand how community resources influence care and the capacity for collective action. Among the challenges encountered, the lack of collaboration between patients and healthcare professionals, misinformation regarding care options, and inequality in access to healthcare services, particularly in rural areas, stand out. **Conclusions:** The study highlights the importance of the ABCD model in strengthening community networks and improving care processes, especially in rural and neglected communities.

Keywords (Source: DeCS)

Health promotion; community participation; hypertension; type 2 Diabetes Mellitus; community networks.

Lacunas na salutogênese da hipertensão e diabetes tipo II no Chile

Resumo

Introdução: Este estudo investiga a melhoria da saúde em pessoas com doenças cardiovasculares crônicas, como hipertensão e diabetes tipo II, por meio de uma abordagem salutogênica. Ao contrário de outros estudos, ele incorpora o modelo de desenvolvimento comunitário baseado em ativos (ABCD), que prioriza os recursos da comunidade e a colaboração coletiva, em vez de focar somente no atendimento médico convencional. **Objetivo:** identificar as lacunas, os ativos e os desafios do cuidado dessas doenças na perspectiva de pacientes e profissionais de saúde. **Materiais e métodos:** Foi realizado um estudo qualitativo descritivo com 12 pacientes de associações comunitárias com hipertensão e/ou diabetes tipo II e 8 profissionais de saúde selecionados por amostragem intencional. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e analisados segundo o modelo ABCD, que promove a criação de redes sociais e ações coletivas. O rigor metodológico foi garantido por meio da triangulação e validação dos dados por especialistas. **Resultados:** A análise dos dados permitiu elaborar um mapa dos ativos comunitários, identificando os principais atores e suas interações. O modelo ABCD foi utilizado para entender como os recursos da comunidade influenciam o cuidado e a capacidade de ação coletiva. Entre os desafios encontrados, destacam-se a falta de colaboração entre pacientes e profissionais de saúde, a desinformação sobre as opções de atendimento e a desigualdade no acesso aos serviços de saúde, especialmente nas áreas rurais. **Conclusões:** O estudo ressalta a importância do modelo ABCD para fortalecer as redes comunitárias e melhorar os processos de atendimento, especialmente em comunidades rurais e carentes.

Palavras-chave (Fonte: DeCS)

Promoção da saúde; participação comunitária; hipertensão; diabetes tipo II; redes comunitárias.

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) siguen siendo la causa principal de mortalidad y carga por enfermedad y discapacidad en las Américas. En el año 2019, dos millones de personas fallecieron a causa de las ECV (1). En Chile la realidad es similar, pues en 2017 la ECV se posicionó como la principal causa de muerte, con un 27,9 % (2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado su primer informe sobre los efectos devastadores a escala mundial de la hipertensión arterial (HTA). Según el informe, aproximadamente cuatro de cada cinco personas con HTA no reciben un tratamiento adecuado; con todo, si los países logran ampliar la cobertura, podrían evitarse 76 millones de muertes entre 2023 y 2050 (3). Dentro de los factores de riesgo se encuentra el alto consumo de sal, bajo consumo de frutas y vegetales, uso nocivo del alcohol e inactividad física, además de que una presión arterial alta combinada con el uso de tabaco, obesidad, diabetes o colesterol alto, lo que aumenta el riesgo de presentar una ECV (4).

Datos de la OMS muestran que un 46 % de los adultos hipertensos desconocen que padecen esta afección. La hipertensión se diagnostica y son tratados menos de la mitad de los adultos que la presentan (solo un 42 %). Más aun, apenas uno de cada cinco adultos hipertensos (el 21 %) tiene controlada la afección, siendo esta una de las causas principales de muerte prematura en el mundo (5). A su vez, la evidencia sugiere que la HTA puede disminuir la calidad de vida de las personas debido a las múltiples complicaciones en órganos blancos y a los efectos secundarios de los medicamentos antihipertensivos, por ello es importante controlarla para reducir significativamente el riesgo de complicaciones y mejorar la calidad de vida de las personas (6).

Por su parte la diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica, que de no estar controlada produce principalmente hiperglucemia, la cual con el paso del tiempo daña gravemente órganos y sistemas esenciales (7), ocasionando principalmente ceguera, insuficiencia renal, ataques cardíacos, derrames cerebrales y amputación de miembros inferiores. La diabetes con un control deficiente aumenta las posibilidades de estas complicaciones y la mortalidad prematura (8). Un estudio revela que, en las Américas, 112 millones de adultos (13 % de la población adulta) viven con diabetes, lo que representa casi cuatro veces más el número de adultos que vivían con diabetes en 1990 (30 millones, 7 % de la población adulta). Los mayores aumentos se dieron en los países de ingreso mediano bajo, donde las tasas de diabetes se han disparado mientras que el acceso al tratamiento sigue siendo reducido (9).

Además, la calidad de vida se ve afectada por el componente emocional que generan las restricciones dietéticas y físicas, repercutiendo sobre aspectos como el bienestar emocional, ya que las dietas estrictas pueden generar sentimientos de enojo, depresión y frustración (10).

Una revisión a partir de la pregunta de investigación: ¿cuál es la relación entre la salutogénesis, el sentido de coherencia y la salud cardiovascular en adultos?, identificó que el modelo salutogénico, con su enfoque positivo hacia la salud, promueve la motivación necesaria para que las personas enfrenten los desafíos que surgen a lo largo de su vida (11). De ello se desprende la teoría salutogénica, la cual enfatiza los fundamentos originarios de la salud y el bienestar, con una atención principal sobre los factores que promueven de forma activa la salud (12).

Así, la teoría salutogénica de Antonovsky propone un cambio de paradigma frente al enfoque patogénico. Mientras que este último se concentra en los factores de riesgo negativos que explican por qué las personas enferman, la orientación salutogénica se enfoca en el origen de la salud, promoviendo el mantenimiento y el fortalecimiento del bienestar. De este modo, el modelo pone su atención en la resolución de problemas y en la búsqueda de soluciones, identificando recursos generales de resistencia que permiten a las personas avanzar hacia una salud positiva (13).

Empíricamente, se identificaron artículos cuyos hallazgos demuestran la relación entre una alta calidad de vida y una mayor tendencia a adoptar conductas saludables, evidenciando además que el apoyo social mejora la percepción de la salud y el bienestar de las personas adultas con ECV (14).

En la implementación de un modelo de salutogénesis, se distinguen diversos actores claves implicados, como la comunidad, la cual en últimas debe ser capaz de coproducir salud e incrementar el capital social comunitario. Así, el modelo promueve que las comunidades se orienten hacia la movilización de fortalezas o activos locales, dando el valor a los recursos y bienes de las personas y las comunidades (15).

Para la adopción de modelos salutogénicos con impacto, estos deben abordarse desde la construcción de políticas y programas de salud pública que comprendan este enfoque de salud positiva para la contribución de la promoción de la salud de las personas, desde la implementación de estrategias orientadas a corregir los hábitos alimentarios, como mediante la realización de investigaciones en el área (12).

En Chile, la evaluación de programas gubernamentales, junto con las evaluaciones comunales y regionales, ha permitido identificar áreas clave de mejora en el Programa de Promoción de la Salud, destacando la necesidad de asignar recursos con enfoque de equidad, optimizar el gasto, mejorar la eficiencia de las actividades y fortalecer la ejecución del sistema. Además, se subraya la importancia de articular mejor los instrumentos de planificación comunal, definir perfiles regionales y diseñar indicadores de calidad para evaluar resultados. También se recomienda realizar estudios sobre las necesidades locales en salud y actualizar

el árbol de problemas del programa, integrando la perspectiva de género. Estos aspectos se trabajarán en el presente trienio, con el objetivo de garantizar el acceso a entornos saludables, considerando los desafíos sociales que afectan la salud y asegurando el derecho de todos a alcanzar su máximo potencial de salud (16).

Dado que la exclusión social sigue en aumento a nivel global y constituye un factor clave en la perpetuación de las inequidades en salud, la implementación de estrategias participativas propias de la promoción de la salud se presenta como una herramienta clave para revertir esta tendencia. Las poblaciones que experimentan exclusión social suelen enfrentarse a barreras en el acceso a servicios esenciales como atención sanitaria, educación, capital social, conexión comunitaria, vivienda y otros recursos fundamentales. Por lo tanto, es fundamental que los líderes y profesionales de la salud se comprometan a fortalecer a las comunidades a través de acciones de salud, creando las condiciones necesarias para fomentar la participación y el empoderamiento comunitario (17).

Respecto a los aspectos económicos asociados a un modelo promocional, hay escasos trabajos en la literatura. Sin embargo, adoptar intervenciones preventivas en salud, enfocadas en la promoción y la educación para evitar conductas de riesgo, puede generar ahorros significativos a largo plazo al reducir la necesidad de tratamientos costosos asociados a enfermedades crónicas (18). De esa manera se asume que, si bien es cierto que la atención de la enfermedad tiene relevancia, conlleva una serie de limitantes significativas que cuestionan su capacidad para dar respuesta a la situación actual de la salud de la población y a su valor por encima de la prevención y la promoción de la salud. Algunas de esas limitantes se expresan en: altos costos económicos y humanos, problemas cada vez más complejos, por ejemplo, dificultades para adquirir medicamentos y equipos sofisticados, grandes desigualdades de salud, especialmente en los grupos sociales más desfavorecidos, y agotamiento de la efectividad del modelo de atención directa, en relación con la magnitud y calidad de los problemas de salud (19).

Dado lo anterior, surge como objetivo del estudio el reconocimiento de las brechas, activos y desafíos para el cuidado de la hipertensión y la diabetes tipo II, desde la visión de personas adscritas a asociaciones de hipertensión y diabetes y de profesionales de la salud.

Los activos en salud de una comunidad permiten que las personas puedan reconocer la importancia y necesidad de participar activamente en el cuidado de su salud. En este orden, el enfoque de desarrollo comunitario basado en activos (ABCD, por sus siglas en inglés) se ha utilizado ampliamente para mapear los activos locales y garantizar la participación de las comunidades locales en las estrategias de promoción de la salud pública (20).

Como un movimiento para cambiar las prácticas de salud pública hacia el abordaje de las desigualdades e inequidades en materia de

salud, la participación comunitaria y las prácticas participativas se han vuelto más centrales dentro de las estrategias de promoción de la salud en las últimas décadas.

La relevancia del estudio contempla avanzar en la implementación de un modelo de salutogénesis en Chile, con alto impacto en la salud de las personas, sobre todo aquellas asociadas a ECV de alta morbimortalidad, mediante el cual los pacientes comprometan su accionar y fortalezcan su autocuidado como miembros activos de salud, a fin de identificar y mapear activos en la comunidad que contribuyan a mejorar y/o mantener la salud de las personas. A su vez la investigación se apoya en los trabajos de Dorothea Orem, quien presenta su teoría de enfermería del déficit de autocuidado como un modelo general, compuesto por tres teorías relacionadas: la teoría de autocuidado, que describe porqué y cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente; y la teoría de sistemas que describe y explica las relaciones que hay que mantener (21), concibiendo al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante, con capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y sobre hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente (22). En este contexto, la teoría de Orem proporciona un marco práctico para abordar las limitaciones que las personas pueden tener en su capacidad de autocuidado. Si bien la salutogénesis se centra en los recursos y factores que promueven la salud, la teoría de Orem completa esa perspectiva al proporcionar las herramientas para intervenir cuando estos recursos o capacidades de autocuidado son insuficientes. En especial, para el autocuidado dependiente en pacientes con ECV, la teoría de Orem explica cómo la intervención enfermera puede apoyar a estos individuos a mejorar su salud, dentro de un enfoque de salutogénesis.

Método

Desde las etapas iniciales del estudio se reconoció la necesidad de adoptar un enfoque participativo, decisión que surgió tras un proceso de diálogo entre el equipo investigador, profesionales de salud comunitaria (enfermeras y agentes territoriales) y representantes de asociaciones de pacientes. En este contexto, se identificó que el modelo ABCD y el paradigma de la investigación acción participativa respondían adecuadamente a la necesidad de visibilizar las experiencias, recursos y desafíos, desde la perspectiva de quienes viven con enfermedades crónicas no transmisibles (HTA y diabetes tipo II), al tiempo que se promueve su participación en la identificación de recursos y soluciones comunitarias.

Respecto a las técnicas de recolección de información, se utilizaron las entrevistas semiestructuradas en profundidad y el gru-

po focal, este último realizado con participantes pertenecientes a la agrupación comunitaria de diabéticos tipo II. Ambas técnicas se diseñaron a partir de un cuestionario semiestructurado elaborado según los principios del modelo ABCD, el cual se centra en las fortalezas y los recursos de la comunidad, la colaboración y la acción colectiva. Las preguntas incluyeron: ¿cómo se relacionan las personas con los profesionales cuando tienen un problema de salud relacionado con la hipertensión y la diabetes tipo II?, ¿cuáles son las instituciones y organizaciones a las que una persona suele acudir en busca de ayuda?, ¿cuáles son los desafíos en el cuidado de estas enfermedades crónicas no transmisibles?

La muestra fue seleccionada mediante muestreo intencional y estuvo compuesta por doce personas usuarias, pertenecientes a asociaciones comunitarias, con diagnóstico de HTA y/o diabetes tipo II, y ocho profesionales de la salud, vinculados al trabajo comunitario o al cuidado de estas enfermedades.

Para el análisis de la información se empleó el análisis de contenido mediante las siguientes fases: a) transcripción completa de entrevistas y grupos focales, con revisión de validez de contenido; b) codificación abierta: segmentación de los datos en unidades de significado, asignación de códigos; c) agrupación en categorías temáticas relevantes, facilitando la comprensión del fenómeno estudiado; d) análisis del rol de los actores clave, tanto formales (centros de salud) como informales (líderes comunitarios), posicionándolos dentro del mapa de activos comunitarios; e) análisis comparativo entre respuestas de participantes y profesionales, identificando similitudes y diferencias en sus percepciones y experiencias.

La investigación se realizó en cumplimiento de los principios éticos propuestos por Ezequiel Emanuel. Contó con la aprobación de un comité de ética acreditado y con el consentimiento informado de todos los participantes. A su vez, el estudio incorporó una ética participativa, promoviendo el involucramiento activo de actores comunitarios desde la formulación de la pregunta de investigación hasta la validación de resultados. Esta práctica se alinea con los principios del enfoque ABCD, al reconocer a la comunidad como coproductora de conocimiento, y no solo como objeto de estudio (23).

Resultados

De los 20 participantes, 12 eran a personas de la comunidad diagnosticadas con hipertensión arterial o diabetes mellitus. Dentro de este grupo, el 42 % se encontraba vinculado al ámbito educativo ($n = 5$), el 33 % se desempeñaba en oficinas de servicios públicos ($n = 4$), el 8 % trabajaba en el sector salud ($n = 1$), el 8 % en servicios sociales ($n = 1$) y otro 8 % en distintas entidades o departamentos ($n = 1$). Esta distribución evidencia la inserción laboral diversa de los participantes comunitarios, lo que favorece una perspectiva amplia y contextualizada sobre los desafíos del autocuidado y la promoción de salud en

entornos cotidianos. Los ocho profesionales restantes correspondían a profesionales del área de la salud, entre ellos kinesiólogos, químicos farmacéuticos, enfermeras, tecnólogos médicos y médicos. A continuación, se describen las brechas en la tabla 1.

Tabla 1. Brechas de cuidado en hipertensión y diabetes tipo II: perspectivas de participantes de asociaciones y profesionales de la salud

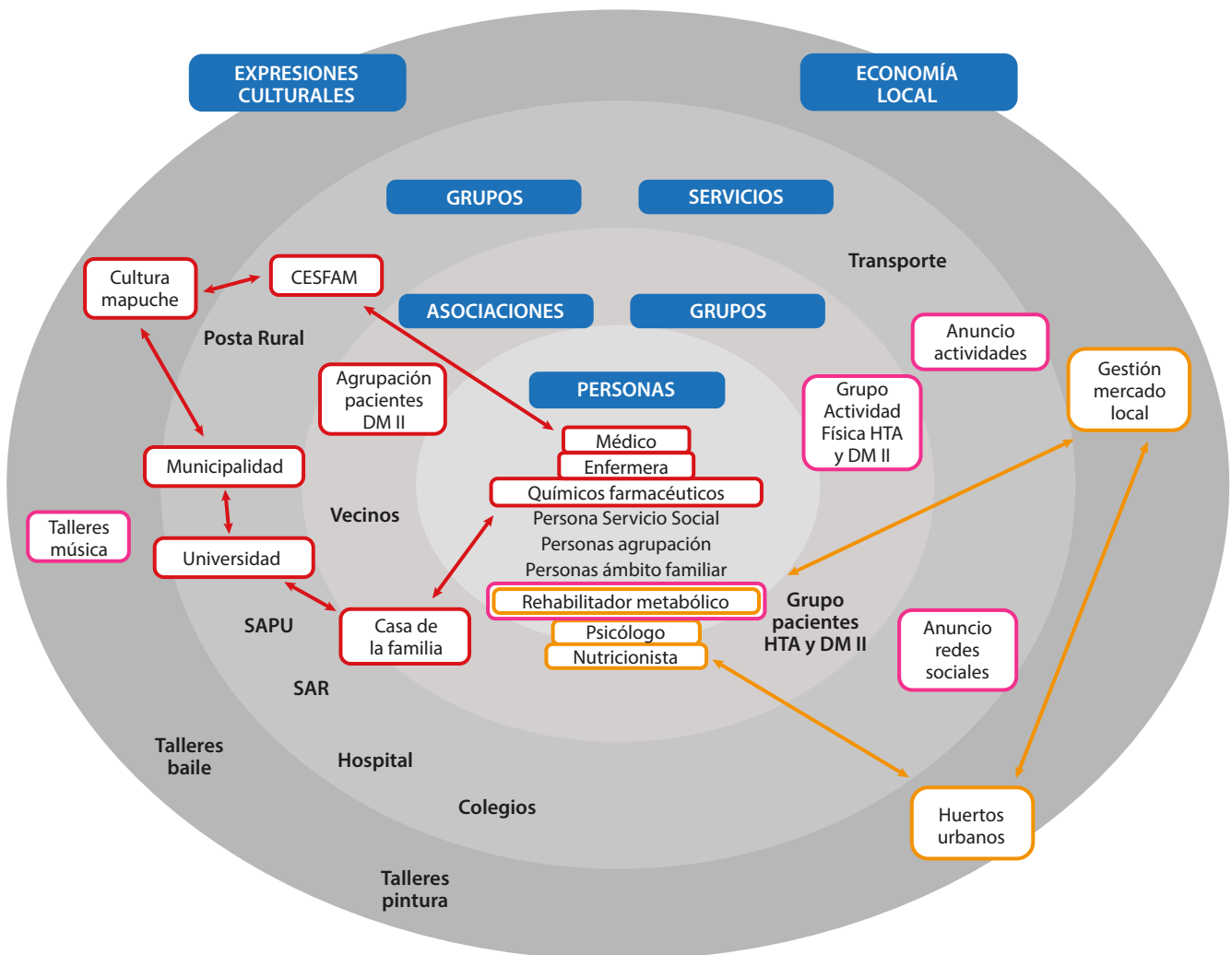
Prioridad	Necesidad de cuidado según participantes de asociaciones	Necesidad de cuidado según profesionales de salud	Necesidad combinada (respuestas individuales)	Análisis
1	Ausencia de iniciativas comunitarias de cuidado integral.	Carencia de enfoques colaborativos en el tratamiento.	Falta de trabajo conjunto entre profesionales y pacientes.	Necesidad de un enfoque integrador y de trabajo mancomunado.
2	Carencia de espacios de encuentro para el apoyo mutuo.	Escasez de actividades grupales para el fortalecimiento de la salud.	Necesidad de entornos grupales que favorezcan el aprendizaje y la integración.	Déficit de espacios para compartir experiencias.
3	Desconocimiento del impacto del cuidado familiar en la salud.	Falta de comprensión integral de la enfermedad, tanto individual como familiar.	Conciencia limitada sobre los cuidados familiares y la implicancia de la enfermedad.	Falta de conciencia sobre la enfermedad que dificulta el autocuidado y el apoyo mutuo.
4	Inexistencia de programas de actividad física adaptados a enfermedades crónicas.	Carencia de apoyo en el entorno familiar para el seguimiento de tratamientos.	Desajuste entre las necesidades físicas y el acompañamiento familiar adecuado.	Falta de programas de actividad física organizada para pacientes.
5	Deficiencia en la comunicación sobre actividades comunitarias de salud.	Carencia de valorización de las prácticas culturales relacionadas con el cuidado.	Desinformación sobre las oportunidades de cuidado.	Desconexión informativa. Necesidad de valorización de las prácticas culturales de cuidado.
6	Acceso limitado al transporte hacia centros de salud, especialmente en áreas rurales.	Problemas de conectividad para pacientes en zonas de alta dispersión geográfica.	Desigualdad en el acceso a servicios de salud debido a barreras geográficas y logísticas.	Necesidad de replantear los modelos de atención, considerando infraestructura y recursos logísticos de acceso a centros de salud.

Fuente: elaboración propia.

Respecto a los activos para el cuidado de la hipertensión y la diabetes tipo II, la variabilidad de las opiniones de los participantes permitió identificar los activos de salud representativos en la comunidad para, posteriormente, crear el mapa de activos, en el que los participantes descubren la red de relaciones y apoyos que en conjunto contribuye a mantener los cuidados de hipertensión y diabetes tipo II (24).

El mapa posibilita la construcción colectiva del conocimiento, como parte de la premisa de que son las propias personas quienes conocen mejor su territorio y sus problemáticas. El mapeo permite fortalecer la pertenencia comunitaria, así como el patrimonio geográfico y sociocultural de las poblaciones a través de procesos participativos.

Figura 1. Análisis del mapa de activos para el cuidado de la hipertensión y la diabetes tipo II



Fuente: elaboración propia.

El mapa revela las fortalezas existentes en la comunidad, pero también destaca las áreas donde los recursos son insuficientes. Por ejemplo, se observan carencias en servicios especializados o en apoyo educativo, especialmente en zonas rurales o menos desarrolladas. Las áreas con menos acceso a estos servicios y programas enfrentan mayores desafíos en la gestión de enfermedades crónicas.

cas como la hipertensión y la diabetes tipo II. Esta situación resalta la urgencia de diseñar estrategias de atención integradas, localizadas y más inclusivas, que aborden las desigualdades en el acceso a la atención y fortalezcan las redes de apoyo para pacientes y cuidadores.

En el mapa se destacan las siguientes líneas de conexión, que se centran en áreas específicas para promover un mejor acceso y gestión de la salud en la comunidad:

-Rojo: Los actores señalados en rojo están identificados como responsables de las actividades de promoción y prevención, siendo crucial la conexión representada por las líneas rojas entre ellos. Entre las articulaciones claves en este proceso, se destaca el trabajo del químico farmacéutico con la agrupación de diabéticos, así como la colaboración con la Casa de la Familia, un proyecto territorial de la universidad que vincula a los estudiantes con la comunidad a través de intervenciones de promoción de la salud. Aunque se reconoce la conexión entre los profesionales, se sugiere integrar intervenciones adaptadas a los contextos culturales, como también se expresa el deseo de contar con actividades de promoción planificadas, que respondan de manera más estructurada a las necesidades de la comunidad.

Realizar un calendario de intervenciones no que sea algo así como tenemos esta actividad y tenemos que hacer esta charla, sino que ellos sepan que esta eso ahí, no que tengan que andarlos citando, ser más organizado, y varias actividades con distintos profesionales. (E2)

Entonces además nuestra cultura, de entre comillas no consultar a tiempo, por temor, por desconocimiento o por desconfiar también de la medicina occidental y confiar muchísimo más en la medicina tradicional por sobre la otra conlleva a que las consultas sean muy, muy tarde, se deben planificar intervenciones para ello. (E10)

Nosotros tenemos a un químico farmacéutico que nos ayuda, él nos ayuda, está inscrito como socio igual, nos da charlas igual todos los meses, él es parte de la agrupación, él se preocupa por nosotros. (E12)

-Amarillo: Los actores señalados en amarillo representan a quienes se encuentran en el territorio; sin embargo, algunos no son identificados por parte de la comunidad, lo que deja de manifiesto también la débil conexión entre ellos. La conexión de las líneas amarillas surge de las narraciones en cuanto a la posibilidad de realizar intervenciones que permitan desarrollar la implementación de una alimentación sustentable y adecuada, con pertinencia cultural en pacientes con hipertensión y diabetes tipo II. Queda como desafío la implementación de mercados locales y huertos urbanos, con la participación de agricultores voluntarios y vecinos de la comunidad.

Si uno pusiera dos psicólogos más uno podría solucionar, y materiales, falta un espacio un poco más grande, siempre es necesario más, contratar más profesionales, pero a veces no está el presupuesto. (E2)

- *Morado*: Los actores señalados en morado corresponden a activos relacionados con la promoción de la actividad física. Las líneas moradas se enfocan en la conexión entre los activos de salud para promover la actividad física. El rehabilitador metabólico nos comenta que aún no cuenta con espacio suficiente para ingresar un mayor número de usuarios, si bien se ha desarrollado un trabajo sistemático con usuarios que ingresan por año. Cabe destacar que la agrupación de diabéticos desconoce el activo de rehabilitación metabólica, como también les cuesta conectar con actividades.

Respecto a los resultados en los desafíos, se identifican las siguientes metacategorías y subcategorías (tabla 2).

Tabla 2. Desafíos activos para el cuidado de la hipertensión y la diabetes tipo II

	Metacategoría	Subcategorías
Desafíos	De un enfoque reactivo a uno proactivo en la gestión de la salud.	Acciones en salud basadas en asistencialismo.
	Derribar las barreras de acceso y logísticas.	Barreras idiomáticas y de acceso dominadas por los determinantes sociales.
	Búsqueda de la conexión de los recursos comunitarios.	Incoherencia, actividad física eliminada de programas.

Fuente: elaboración propia.

Desafíos - Metacategoría: de un enfoque reactivo a uno proactivo en la gestión de la salud; Subcategoría: acciones en salud basadas en asistencialismo

Se están dando, en controles grupales, es que nosotros intentamos hacer educación, pero creo que nosotros tenemos que llegar más a la comunidad, no que la comunidad llegue acá, ir a los colegios, ir a las juntas de vecinos, nosotros hacer más educaciones, más énfasis sobre todo en la gente más joven. (E2)

Creo que tiene más que ver con eso, con la educación, creo que la atención primaria tiene que ver con eso, en estos momentos somos muy asistencialistas, el paciente viene, el médico le indica los medicamentos, pero lo que es la otra parte, lo que es atención primaria es lo que estamos fallando, nos criticamos nosotros mismos, esto es lo que está fallando, hacer consciente al paciente de la enfermedad. (E5)

Ambos fragmentos revelan una crítica fundamental hacia la estrategia tradicional de educación en salud, que depende de que las personas busquen los servicios de salud en lugar de que los servicios lleguen a las personas. Aquí se propone un enfoque más activo y de alcance comunitario. La mención de ir a colegios y juntas de vecinos muestra una orientación hacia la educación preventiva y la promoción de la salud fuera de los centros de atención médica, en lugares donde la comunidad está naturalmente presente. El fragmento plantea un cambio de paradigma en la búsqueda de la comunidad para educarla y refleja la actual necesidad de transformación del sistema de salud, insistiendo en un enfoque proactivo que involucre a la comunidad con una orientación preventiva en la “gente más joven”, señalando con ello la importancia de la educación temprana.

La crítica también apunta a que el modelo de atención primaria actual está desbalanceado, pues se enfoca principalmente en tratar los síntomas de las enfermedades, mientras que se descuida la educación en salud y el hacer consciente al paciente sobre su propia enfermedad. Esto podría estar contribuyendo a una gestión inadecuada de las enfermedades a largo plazo y a una falta de empoderamiento en los pacientes. Por otro lado, surge enriquecida la autocritica de los profesionales de salud, vista esta en el reconocimiento de la necesidad de profundizar en las metodologías de trabajo para el mejoramiento de la gestión de la salud.

Desafíos - Metacategoría: derribar las barreras de acceso y logística; Subcategoría: barreras idiomáticas y de acceso dominadas por los determinantes sociales

A pesar de que un alto porcentaje de la población rural está inscrita en el CESFAM, hay dificultades logísticas, como el horario limitado del transporte, que impide que muchos pacientes lleguen a sus controles. Si no logran asistir en la mañana, es difícil para ellos llegar al CESFAM debido a la falta de opciones de transporte durante el resto del día. (E3)

En el sector rural, la barrera idiomática, como el hecho de que algunos pacientes solo hablan mapudungun, dificulta la comunicación sobre la importancia de los controles y exámenes, a pesar de contar con una facilitadora intercultural. Aunque en el sector urbano los pacientes son más accesibles, el desconocimiento de la enfermedad sigue siendo un desafío. La dificultad radica en que, aunque se les explique, no siempre comprenden completamente, lo que limita su capacidad de autocuidado y la efectividad de la atención de los profesionales. (E2)

Siempre nos falta tiempo para atender a todos los pacientes. La mayoría de nuestra población es rural, con solo un 10 %

en zonas urbanas y el 90 % en áreas rurales, lo que significa que muchos vienen desde lugares muy lejanos. Cuando llegan, a menudo no hay disponibilidad de horas, lo que es frustrante para ellos. Además, enfrentan dificultades adicionales como la pobreza y la falta de transporte público, ya que muchas veces no tienen acceso a micros o medios de locomoción para llegar al centro de salud. (E5)

Los discursos revelan como desafíos críticos la búsqueda de una atención primaria más igualitaria, en donde no se vean afectados los contextos rurales y por ende se señala lo que dificulta el acceso de las comunidades, como lo son la falta de opciones de transporte y los horarios limitados de atención médica. A esto se suman las barreras culturales, como el idioma, que dificultan la comunicación efectiva, pues a pesar de contar con una facilitadora intercultural, existen barreras como la incompreensión de la enfermedad y la importancia de los controles, que afectan la capacidad de los pacientes para adoptar prácticas de autocuidado. El determinante social de la pobreza también se presenta como una barrera significativa, ya que limita el acceso, lo que perpetúa la desigualdad en salud. Estos factores combinados crean un círculo de exclusión social y sanitaria que impacta en la salud de las comunidades rurales, haciendo necesario un enfoque integral que aborde tanto las barreras logísticas como las culturales y socioeconómicas para mejorar el acceso a la atención en salud.

Desafíos - Metacategoría: búsqueda de la conexión de los recursos comunitarios; Subcategoría: incoherencia, actividad física eliminada de programas

No existen actividades deportivas específicamente dirigidas a ellos a nivel comunal. Sin embargo, contamos con un programa de deportes adaptados en colaboración con la carrera de técnico en deporte de la universidad, en el que algunos de los pacientes participan activamente. A pesar de este esfuerzo, la participación no es universal, ya que no todos tienen acceso a este programa. Es importante destacar que esta iniciativa proviene de la universidad y no forma parte de una política formal implementada a nivel de la comunal. (E4)

No tenemos un contacto directo con la agrupación de diabéticos, a pesar de que el programa ha existido durante varios años. Incluso, en ocasiones, las mismas asociaciones no están completamente informadas sobre las prestaciones disponibles. Entiendo que algunas personas tienen conocimiento sobre estos servicios, pero no he tenido la oportunidad de presentarme directamente, ya que no se han realizado las gestiones necesarias para facilitar este contacto. (E6)

Antes existía un ítem en el sistema RAYEN, el REM 27, que correspondía al taller de actividad física grupal del programa cardiovascular. Sin embargo, este ítem fue eliminado este año. (E8)

Sería importante ofrecer más actividades recreativas, uno también tiene conocimiento de los talleres que se realizan en el polideportivo, y podría informar a los pacientes sobre estas opciones. A pesar de esto, las actividades disponibles no están especialmente diseñadas o diferenciadas para atender las necesidades específicas de los pacientes crónicos, lo que limita su enfoque y efectividad. (E1)

La conexión y la accesibilidad a los recursos comunitarios en el contexto de la atención primaria de salud son desafíos que destacan los participantes. A pesar de que existen iniciativas de vinculación con las universidades ligadas al ejercicio físico, el acceso no es universal. Además, se menciona que la ausencia de gestiones adecuadas para facilitar la interacción entre los profesionales de salud y las asociaciones constituye una barrera significativa. Los profesionales mencionan a su vez la eliminación del taller de actividad física grupal en el sistema RAYEN (sistema informativo), lo que refleja una falta de continuidad y consistencia en los recursos disponibles. Este tipo de cambios puede generar confusión y desinformación entre los usuarios, quienes podrían no estar al tanto de la eliminación del servicio. Por último, aunque existen otras opciones recreativas en los distintos polideportivos, las actividades no están diseñadas específicamente para atender las necesidades de los pacientes crónicos, lo que limita su efectividad. Este hecho resalta la importancia de crear y ofrecer actividades más centradas y diferenciadas, adaptadas a las condiciones de los pacientes, para mejorar su participación y resultados en los programas de salud.

Discusión

En el estudio se observan diversas limitantes: déficit de trabajo conjunto entre profesionales y pacientes; necesidad de entornos grupales que favorezcan el aprendizaje y la integración; conciencia limitada sobre los cuidados familiares y la implicancia de la enfermedad; desajuste entre las necesidades físicas y el acompañamiento familiar adecuado; desinformación sobre las oportunidades de cuidado; desigualdad en el acceso a servicios de salud debido a barreras geográficas y logísticas.

Conjuntamente, se observan carencias en servicios especializados o en apoyo educativo, especialmente en zonas rurales. Esta situación resalta la urgencia de diseñar estrategias de atención integradas, localizadas y más inclusivas, que aborden las desigualdades en el acceso a la atención y fortalezcan las redes de apoyo para pacientes y cuidadores.

En coherencia, un estudio encontró evidencia de que los factores demográficos, los factores de riesgo social y los factores de conducta de salud adversos estaban asociados con las enfermedades crónicas y los problemas de salud mental. Los factores sociales asociados incluyeron: bajo nivel educativo, zona rural de residencia, desigualdad de ingresos y desempleo, pobreza, capital social limitado, eventos vitales estresantes y bajo uso de los servicios de salud (25). Por otro lado, a nivel mundial el principal determinante de acceso a los servicios de atención primaria en adultos mayores, residentes de áreas rurales, es la falta de disponibilidad de servicios. Sin embargo, es muy importante referir que las barreras de acceso en áreas rurales de diferentes países se presentan en distinto grado, de acuerdo con el nivel de organización social que prevalezca (26).

Al respecto, un estudio sobre intervenciones destinadas a optimizar el manejo de la hipertensión y la diabetes tipo 2 destaca la importancia de enfoques integrales que combinen educación del paciente, manejo de medicamentos, y cambios en el estilo de vida. Además, las intervenciones con tecnologías (aplicaciones móviles y telemedicina) son efectivas para mejorar la adherencia al tratamiento. Y se subraya la necesidad de mayor capacitación para los profesionales y de constar con protocolos claros para garantizar un manejo más efectivo y sostenible de estas condiciones crónicas (27). Un estudio adicional indica que la soledad y el aislamiento social están asociados con una mayor morbilidad, incluyendo problemas cardiovasculares, deterioro cognitivo y un incremento en la mortalidad, siendo factores contribuyentes a la pérdida de seres queridos, problemas de movilidad y cambios en la red social. Se enfatiza en la importancia de promover conexiones sociales y apoyo comunitario, recomendando programas de socialización y uso de tecnología para mantener el contacto y la inclusión de los adultos (28).

Por otro lado, el mapa de activos, como herramienta operativa, describe los activos y las líneas de conexión que se centran en promover un mejor acceso y gestión de la salud en la comunidad.

Dentro de los actores responsables de las actividades de promoción y prevención (rojo), se destaca el rol profesional del químico farmacéutico, el cual realiza un trabajo colaborativo con la agrupación de diabéticos, así como la colaboración de la Casa de la Familia, reconociendo conexión entre los profesionales, si bien se sugiere integrar intervenciones adaptadas a los contextos culturales, como también se expresa el deseo de contar con actividades de promoción planificadas, que respondan de manera más estructurada a las necesidades de la comunidad.

Los actores en amarillo se encuentran en el territorio, pese a que algunos no son identificados por la comunidad, evidenciando débil conexión entre ellos, lo que sugiere intervenciones que permitan implementar una alimentación sustentable y adecuada, con pertinencia cultural en pacientes con hipertensión y diabetes tipo II. Permanece como desafío la implementación de mercados locales y

huertos urbanos, con la participación de agricultores voluntarios y vecinos de la comunidad.

Por último, los actores en morado corresponden a activos relacionados con la promoción de la actividad física. Al respecto el rehabilitador metabólico refiere que no cuenta con espacio suficiente para ingresar un mayor número de usuarios. Cabe destacar que la agrupación de diabéticos desconoce el activo de rehabilitación metabólica, como también que presentan dificultades para conectar estas actividades.

Al respecto, un estudio basado en activos explora las experiencias y perspectivas de hombres que viven con VIH, considerando no solo sus vulnerabilidades, sino también los recursos y capacidades que poseen para afrontar esta situación. En los hallazgos, los hombres informaron haber desarrollado una serie de activos personales y sociales que les permitieron reconstruir sus vidas de manera positiva, los cuales incluyen el apoyo social de familiares y amigos, el acceso a servicios de salud y la adopción de nuevas formas de manejo emocional y psicológico del VIH. Además, algunos hombres participaron activamente en la sensibilización sobre el VIH y trabajaron para desafiar el estigma asociado con la enfermedad. Se sugiere que un enfoque basado en activos podría ser más eficaz para apoyar a las personas que viven con VIH, ya que ayuda a empoderarlas en lugar de centrarse únicamente en sus deficiencias (29).

Por otro lado, un artículo examina la relación entre la actividad física, el comportamiento sedentario y la calidad de vida relacionada con la salud en adultos, revelando que niveles más altos de actividad física están asociados con una mejor calidad de vida, mientras que el tiempo prolongado en actividades sedentarias se relaciona con una disminución en el bienestar general. Los hallazgos sugieren que la promoción de la actividad física y la reducción del comportamiento sedentario son esenciales para mejorar la calidad de vida en la población adulta (30).

Otro estudio señala que los adultos mayores que participan en actividades físicas regulares reportan niveles más bajos de depresión y ansiedad, así como una percepción más positiva de su calidad de vida. El estudio sugiere que las intervenciones comunitarias que fomentan el ejercicio podrían tener un impacto significativo en la calidad de vida de las personas. Además, se enfatiza en la necesidad de considerar factores individuales y comunitarios al diseñar programas de actividad física para personas mayores (31).

Respecto de la participación de poblaciones vulnerables con un enfoque basado en activos, este brinda una perspectiva positiva sobre las capacidades y recursos que se pueden desarrollar. Los hallazgos indican que la participación en grupos comunitarios tiene un impacto positivo en las personas vulnerables a nivel de: empoderamiento, toda vez que los participantes experimentan

un aumento en su sentido de control sobre su vida y su capacidad para influir en su entorno; en redes sociales, puesto que la participación contribuyó a fortalecer las redes y aumentar el apoyo social disponible; sobre un mayor bienestar emocional, en la medida en que las personas reportaron una mayor satisfacción emocional y autoestima, derivada de la sensación de pertenencia y el apoyo comunitario; y en el desarrollo de habilidades, dado que los grupos comunitarios les ofrecen oportunidades para aprender nuevas habilidades, lo cual contribuye a la autonomía y el crecimiento personal.

Los enfoques basados en los activos son efectivos para mejorar la calidad de vida de las poblaciones socialmente vulnerables. La clave está en reconocer y potenciar los recursos que estas personas ya poseen, en lugar de centrarse únicamente en sus deficiencias o problemas. Al fomentar la participación en grupos comunitarios, se promueve un sentido de pertenencia y se fortalece la cohesión social, lo cual es fundamental para reducir la exclusión y mejorar la integración de estos grupos en la sociedad. Los autores sugieren que las políticas públicas y los programas sociales deberían adoptar enfoques basados en los activos para promover una inclusión más efectiva de las poblaciones vulnerables, ayudándolas a aprovechar sus fortalezas personales y sociales en lugar de enfocarse solo en sus necesidades o limitaciones (32).

Además, un estudio basado en activos puede ser utilizado para el desarrollo económico local sostenible en diversas comunidades, incluyendo áreas rurales, pueblos pequeños y urbanos. La participación activa de la comunidad es clave para mejorar la calidad de vida y crear un desarrollo económico que no dependa únicamente de recursos externos, sino que utilice las fortalezas internas de la comunidad. Los hallazgos sugieren que las comunidades que implementan un enfoque basado en los activos mejoran su calidad de vida, fomentando el empoderamiento comunitario, el desarrollo económico sostenible y una mayor cohesión social (33).

Finalmente, a nivel de la comunidad y de los propios funcionarios de salud, se perciben puntos en común que dan cuenta de la necesidad de responder a los aspectos que limitan la atención y conllevan a un deterioro en la salud de la población crónica. Al respecto, es importante destacar que la identificación de brechas resulta fundamental para plantear opciones de mejora que son vistas como oportunidades para el desarrollo de una salud integral con enfoque en el modelo de salud familiar hoy instaurado en la atención primaria, y con activa participación de los pacientes.

Hoy, las dificultades están presentes principalmente en el acceso a la atención y la oportunidad de las prestaciones principalmente promocionales y preventivas, por lo que el desafío está en acercar la atención a los pacientes, evitando su constante desplazamiento.

En este contexto, una opción que ha ganado cada vez más popularidad es la telemedicina. Así lo indican diversos estudios, en los

cuales los pacientes señalan sentirse más cómodos con estos esquemas, con sus necesidades emocionales y físicas satisfechas. Además, destacan que la telemedicina les permite evitar desplazamientos innecesarios, ahorrar tiempo y permanecer en casa, donde, en muchos casos, la familia los ha apoyado en el uso de la tecnología cuando lo han necesitado (34). Otros programas, como el de resolutivez en atención primaria, tienen como objetivo mejorar la calidad y cantidad de servicios otorgados de modo que sea posible avanzar en una atención integral de los pacientes en áreas de oftalmología, otorrinolaringología, apoyo diagnóstico, entre otros (35).

Es sabido que, lamentablemente, los recursos en salud son limitados, y que muchas veces existen complejidades a la hora de contratar más recurso humano, por lo que el uso óptimo de las horas de atención es fundamental para gestionar de mejor forma la demanda. Para ello, hoy el desafío es buscar, por medio de los equipos locales, medidas efectivas de gestión de demanda, utilizando controladamente los recursos disponibles y optimizando los tiempos de atención y las vías de resolución. En Chile, la plataforma de telesalud permite la gestión remota de la demanda, evitando que los pacientes realicen filas y otorgando un acceso sin restricción de horario para su solicitud de atención, la cual será revisada por una profesional, quien definirá una vía de resolución de la solicitud y su prioridad (36).

La atención primaria de salud juega un papel clave al liderar las acciones de educación, promoción de la salud y prevención de enfermedades/lesiones en la comunidad. Estas prácticas son fundamentales para la atención de personas con enfermedades crónicas no transmisibles, ya que la promoción de la salud no solo se enfoca en la enfermedad, sino también en las condiciones de vida de las personas y sus familias. En este sentido, y reconociendo la importancia de la participación de los pacientes en el cuidado y protección de su salud, la investigación se apoya en la teoría del autocuidado de Orem, quien subraya que el autocuidado es esencial para identificar las capacidades potenciales del individuo, permitiéndole satisfacer sus necesidades para mantener la vida y la salud, recuperarse de los daños y la enfermedad, y gestionar los efectos de estos (37).

Se hace necesario por tanto un control de la HTA y la DM II a través de la prevención, la detección temprana y el tratamiento oportuno y adecuado para evitar complicaciones. Es ahí donde el autocuidado, a través de intervenciones educativas estructuradas que nazcan de la identificación de necesidades, expectativas, conocimientos y creencias individuales, en conjunto con el empoderamiento del individuo, permitirá alcanzar conductas permanentes que faciliten el autoconocimiento, la modificación de comportamientos, así como la adquisición o reaprendizaje de conocimientos y habilidades (38).

El estudio da respuesta a los objetivos en materia de brechas, desarrollo de activos y desafíos. Los resultados contribuyen a un análisis de las políticas públicas asociadas a la temática y a la instauración de nuevos modelos de salud, con enfoque promocional, para la disminución de la carga de enfermedad en hipertensión y diabetes tipo II y su impacto en la salud física, social y mental, así como individual, familiar y social, como forma de contribuir a un entorno más saludable y proactivo.

Así mismo, se refuerza la necesidad de políticas de salud pública que fomenten estilos de vida activos, tanto como la importancia de intervenciones que integren una mayor actividad física y la disminución del tiempo sedentario.

El desarrollo local basado en activos y la participación comunitaria son estrategias poderosas para mejorar la calidad de vida, principalmente en personas con enfermedades crónicas como hipertensión y diabetes tipo II, en una variedad de contextos.

A través de la identificación y utilización de los recursos internos de cada comunidad, ya sean humanos, culturales, naturales o económicos, es posible crear un desarrollo más inclusivo, equitativo y sostenible.

Se recomienda que las organizaciones y los planificadores adopten enfoques basados en los activos para apoyar el desarrollo económico local, permitiendo que las comunidades controlen su propio destino y fomenten soluciones innovadoras y adaptadas a sus necesidades específicas, y se encomienda integrar estos enfoques en las políticas públicas para maximizar el impacto a nivel local.

Conflicto de interés: los autores declaran no presentar conflictos de interés.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. La carga de enfermedades cardiovasculares - OPS/OMS [Internet]; 2023. <https://www.paho.org/es/enlace/carga-enfermedades-cardiovasculares>
2. Varleta P, Acevedo M, Valentino G, Brienza S, Mildren del Sueldo. Conciencia de enfermedad cardiovascular y conocimiento sobre factores de riesgo y prevención cardiovascular: resultados chilenos de encuesta SIAC Cono Sur. *Rev Chil Cardiol* [Internet]. 2022;41(2):82–91. DOI: <https://doi.org/10.4067/S0718-85602022000200082>
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Primer informe de la OMS detalla el impacto devastador de la hipertensión y las formas de detenerla. Organización Mundial de la Salud; 2023. https://www.who.int/es/news/item/19-09-2023-first-who-report-details-devastating-impact-of-hypertension-and-ways-to-stop-it?utm_source=
4. Organización Panamericana de la Salud. Hipertensión - OPS/OMS [Internet]; 2023. <https://www.paho.org/es/temas/hipertension>
5. World Health Organization (WHO). Hypertension [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
6. Snarska K, Chorąży M, Szczepański M, Wojewódzka-Żelezniakowicz M, Ładny JR. Quality of life of patients with arterial hypertension. *Medicina* [Internet]. 2020;56(9):459. DOI: <https://doi.org/10.3390/medicina56090459>

7. Organización Mundial de la Salud. Diabetes [Internet]; 2023. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
8. Organización Panamericana de la Salud. Diabetes - OPS/OMS [Internet]; 2021. <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
9. Organización Panamericana de la Salud. Ante aumento número casos en todo el mundo que se han cuadruplicado en los últimos decenios; 2024. <https://www.paho.org/es/noticias/14-11-2024-ante-aumento-numero-casos-todo-mundo-que-se-han-cuadruplicado-ultimos-decenios>
10. Kempf K, Hennings L, Wendt L, et al. Psychological and quality of life aspects of patients with type 2 diabetes: A longitudinal study. *Diabetes Therapy*. 2020;11(6):1199-1211. DOI: <https://doi.org/10.1007/s13300-020-00832-x>
11. Balcázar G, Liendo J, Fernández M. Salutogenesis and cardiovascular health in adults: A scoping review [Internet]; 2020. https://www.researchgate.net/publication/338730670_SALUTOGENESIS_AND_CARDIOVASCULAR_HEALTH_IN_ADULTS_A_SCOPING_REVIEW
12. Alarcón Alfonso CM. La salutogénesis y su aplicación en la educación. *Educación y Desarrollo*. 2020;20(1):1-10. Disponible en: <https://ciberindex.com/index.php/ed/article/view/11509ed>
13. García M, Pérez L, Rodríguez J. Sentido de coherencia en las enfermedades crónicas: una revisión integradora. *ResearchGate*; 2023. https://www.researchgate.net/publication/374245242_Sentido_de_coherencia_en_las_enfermedades_cronicas_una_revision_integradora
14. Parra DI, Romero LAL, Cala LMV. Calidad de vida relacionada con la salud en personas con hipertensión y diabetes mellitus. *Enferm Global* [Internet]. 2021;20(2):316-44. DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.423431>
15. Faúndez-Pino LF. Envejecimiento saludable y enfoque salutogénico. *Rev Mex Med Fam* [Internet]. 2023;10(1). DOI: <https://doi.org/10.24875/RMF.2200090>
16. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones técnicas de planes trienales de promoción de la salud 2022-2024 [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud; 2024. <https://entornospromotoresdelasalud.minsal.gob.cl/wp-content/uploads/2024/05/ORIENTACIONES-TECNICAS-DE-PLANES-TRIENALES-DE-PROMOCION-DE-LA-SALUD-2022-2024.pdf>
17. Siersbaek R, O'Donnell C, Parker S, Ford J, Burke S, Cheallagh CN. Social exclusion and its impact on health over the life course: A realist review protocol. *HRB Open Res* [Internet]. 2023;6:34. DOI: <https://doi.org/10.12688/hrbopenres.13746.2>
18. Micha, R., Peñalvo, J. L., Cudhea, F., Imamura, F., Rehm, C. D., & Mozaffarian, D. (2017). Association between dietary factors and mortality from heart disease, stroke, and type 2 diabetes in the United States. *JAMA*, 317(9), 912-924. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2017.0947>
19. Solano Siles A. La promoción de la salud [Internet]; s.f. <https://www.binasss.sa.cr/revistas/ts/63/art2.htm>
20. Agdal R, Midtgård IH, Meidell V. Can Asset-Based Community Development with Children and Youth Enhance the Level of Participation in Health Promotion Projects? A Qualitative Meta-Synthesis. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(19):3778. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph16193778>
21. Naranjo-Hernández Y. Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. *Rev Arch Med Camagüey* [Internet]. 2019;23(6):814-25. <https://www.redalyc.org/journal/2111/211166534013/html>
22. Cano MC, Escartín TM, Campillo MM, Francés VMA. Iniciación en el mapeo de activos en un centro de salud urbano de Zaragoza. *Deleted J* [Internet]. 2023;80. DOI: <https://doi.org/10.55783/comunidad.250305>
23. Whiting L, Kendall S, Wills W. An asset-based approach: An alternative health promotion strategy? [Internet]. *ResearchGate*. https://www.researchgate.net/publication/233725923_An_asset-based_approach_An_alternative_health_promotion_strategy
24. Pola-García M, Domínguez-García M, Gasch-Gallén Á, Lou-Alcaine ML, Enríquez-Martín N, Benedé-Azagra CB. Implementación de un protocolo de recomendación formal de activos para la salud en los equipos de atención primaria aragoneses. *Aten Prim*. 2023;55(4):102535. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102496>
25. Devassy SM, Benny AM, Scaria L, Nannatt A, Fendt-Newlin M, Joubert J, et al. Social factors associated with chronic non-communicable disease and comorbidity with mental health problems in India: a scoping review. *BMJ Open* [Internet]. 2020;10(6):e035590. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035590>
26. Santoyo Sánchez G, Arredondo-López AA. Revisión y análisis sobre los determinantes de acceso a los servicios de atención primaria en población adulta mayor rural y urbana. *Horiz Sanit*. 2020 May 27;19(2):175-84. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592020000200175
27. González de León B, León Salas B, Del Pino-Sedeño T, Rodríguez-Álvarez C, Bejarano-Quisoboni D, Trujillo-Martín MM. Aplicaciones móviles para mejorar la adherencia a la medicación: revisión y análisis de calidad. *Aten Primaria* [Internet]. 2021;53(9):102095. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102095>
28. National Institute on Aging. Soledad y aislamiento social: Consejos para mantenerse conectado [Internet]; s. f. <https://www.nia.nih.gov/espanol/soledad-aislamiento-social/soledad-aislamiento-social-consejos-mantenerse-conectado>
29. Fauk NK, Mwanri L, Gesesew HA, Ward P. Biographical reinvention: an asset-based approach to understanding the world of men living with HIV in Indonesia. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(16):6616-6. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph20166616>
30. Goberdhan S, Gobin R, Perreira O, Sharma M, Ramdeen M, Harding S. Formative exploration of the feasibility of embedding community assets into primary health care: barbershop and place of worship readiness in Guyana. *J Prim Care Community Health* [Internet]. 2022;13:21501319221135949. DOI: <https://doi.org/10.1177/21501319221135949>
31. Seah B, Espnes GA, Ang ENK, Lim JY, Kowitlawakul Y, Wang W. Supporting the mobilization of health assets among older community dwellers residing in senior-only households in Singapore: a qualitative study. *BMC Geriatr*. 2020;20(1). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01810-6>
32. Corrigan O, Hughes S, Danielsen S, Doherty S, Kabir R. The impact of engaging with community groups: Asset-based approaches and the lived experience of socially vulnerable populations in the UK. *Front Public Health* [Internet]. 2023;11. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1156422>
33. Kammer-Kerwick M, Takasaki K, Kellison JB, Sternberg J. Asset-based, sustainable local economic development: Using community participation to improve quality of life across rural, small-town, and urban communities. *Appl Res Qual Life*. 2022. DOI: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1138803/v1>
34. Huaiquián Silva, J., Espinoza Venegas, M., & Ríos Bolaños, M. (2022). Salud digital en el control de pacientes crónicos durante la pandemia: La mirada del equipo de salud. *Ciencia y Enfermería*, 28, 32. <http://dx.doi.org/10.29393/CE28-32SDJM30032>
35. Programas de Resolutividad | Dirección de Salud [Internet]; 2025 <https://www.saludstgo.cl/servicios/programas-de-resolutividad/>

36. Ministerio de Salud Chile. Telesalud: Así funciona la estrategia de gestión remota de la demanda en la red del Servicio de Salud Metropolitano Central. MINSAL; 2024. <https://portalsaluddigital.minsal.cl/telesalud-asi-funciona-la-estrategia-de-gestion-remota-de-la-demanda-en-la-red-del-servicio-de-salud-metropolitano-central/>
37. De Carvalho EA, Júnior TTDN, Nogueira ILA, De Assis Silva CJ, De Queiroz AAR, De Menezes RMP. Autocuidado de usuarios con enfermedades crónicas en la atención primaria a la luz de la teoría de Orem. *Enferm Global* [Internet]. 2022;21(4):172–215. DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.508511>
38. Herrera Molina AS, Mendoza G, Herrera Molina AS, Mendoza G. Estrategia educativa intercultural de enfermería en el autocuidado del adulto hipertenso. *Rev Cub Reumatol* [Internet]. 2022;24(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962022000200018