

Aplicación de herramientas participativas en la promoción de la salud en atención primaria

Application of participatory tools in health promotion in primary care

Kelly Stefany Haro Inca*
Universidad Nacional de Chimborazo
Riobamba - Ecuador
kelly.haro@unach.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0000-5791-7766>

Lizbeth Geovanna Silva-Guayasamín
Universidad Nacional de Chimborazo
Riobamba - Ecuador
lizbethg.silva@unach.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0001-7701-4142>

*Correspondencia:
kelly.haro@unach.edu.ec

Cómo citar este artículo:
Haro, K., & Silva-Guayasamín, L. (2025). Aplicación de herramientas participativas en la promoción de la salud en atención primaria. *Esprint Investigación*, 4(2), 64-76. <https://doi.org/10.61347/ei.v4i2.145>

Recibido: 02 de junio de 2025

Aceptado: 01 de julio de 2025

Publicado: 09 de julio de 2025

Copyright: Derechos de autor 2025 Kelly Stefany Haro Inca, Lizbeth Geovanna Silva-Guayasamín.



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0.

Resumen: La participación comunitaria constituye un pilar fundamental en la construcción de sistemas de salud más inclusivos, sostenibles y culturalmente pertinentes, en este contexto, las herramientas participativas han emergido como estrategias metodológicas clave para fortalecer la promoción de la salud desde el primer nivel de atención. El estudio tiene como objetivo analizar las herramientas participativas como estrategias efectivas para involucrar a la comunidad en la toma de decisiones y planificación de programas de salud. Para esto se realizó una revisión sistemática con enfoque mixto, basado en el protocolo PRISMA. La búsqueda se efectuó en bases de datos como PubMed, Scopus, Web of Science, SciELO, entre otras, considerando publicaciones entre 2020 y 2025. Se seleccionaron 16 estudios que cumplieron con los criterios de inclusión, priorizando experiencias documentadas en promoción de la salud mediante técnicas participativas, los resultados evidencian que herramientas como la fotovoz, el mapeo participativo, el presupuesto participativo y el social prescribing fortalecen el empoderamiento comunitario, mejoran la equidad en el acceso y generan mayor apropiación local de las intervenciones. Estas estrategias se alinean estrechamente con los principios del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (MAIS-FCI), aunque su implementación sostenida aún enfrenta desafíos institucionales y estructurales.

Palabras clave: Atención primaria en salud, herramientas participativas, participación comunitaria, promoción de la salud.

Abstract: Community participation constitutes a fundamental pillar in building more inclusive, sustainable, and culturally relevant health systems. In this context, participatory tools have emerged as key methodological strategies to strengthen health promotion at the primary care level. This study aims to analyze participatory tools as effective strategies for involving communities in health-related decision-making and program planning. A systematic review with a mixed-methods approach was conducted, based on the PRISMA protocol. The search was carried out in databases such as PubMed, Scopus, Web of Science, SciELO, among others, considering publications from 2020 to 2025. Sixteen studies were selected that met the inclusion criteria, prioritizing documented experiences in health promotion through participatory techniques. The results show that tools such as photovoice, participatory mapping, participatory budgeting, and social prescribing enhance community empowerment, improve equity in access, and foster greater local ownership of interventions. These strategies are closely aligned with the principles of the Comprehensive Family, Community, and Intercultural Health Care Model (MAIS-FCI), although their sustained implementation still faces institutional and structural challenges.

Keywords: Community participation, health promotion, participatory tools, primary health care.

1. Introducción

La participación ciudadana constituye un pilar fundamental para el desarrollo de sociedades democráticas, inclusivas y orientadas al bienestar colectivo. En Ecuador, la Constitución de la República, en su artículo 95, establece que toda persona tiene el derecho de intervenir en los asuntos de interés público, a través de mecanismos propios de la democracia representativa, directa y comunitaria. Asimismo, señala que las y los ciudadanos pueden involucrarse en la planificación, ejecución, seguimiento y toma de decisiones sobre políticas públicas que incidan en sus vidas (Constitución de la República del Ecuador [CRE], 2008). Estas disposiciones reconocen la participación ciudadana como un principio transversal del Estado y exigen su aplicación efectiva en todos los ámbitos de la gestión pública, incluido el sector salud.

En concordancia con el marco constitucional, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador ha desarrollado diversos lineamientos orientados a fortalecer la promoción de la salud como una estrategia fundamental para mejorar las condiciones de vida de la población. La promoción de la salud se define como un conjunto de acciones informativas y preventivas ligadas al empoderamiento social, la equidad y el fortalecimiento del tejido comunitario. De esta manera, el principal desafío del sistema de salud ecuatoriano radica en mejorar los indicadores biomédicos y, al mismo tiempo, crear condiciones que permitan a las personas participar activamente en la construcción de entornos saludables, de forma sostenible y culturalmente pertinente (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1986; Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP], 2014).

En este contexto, mediante el Acuerdo Ministerial 00003035 de 2014 y otros instrumentos normativos posteriores, se ha impulsado acciones para la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (MAIS-FCI). Este modelo reconoce el papel activo de las personas, familias y comunidades en el proceso salud-enfermedad, y resalta la importancia de articular los saberes locales, el territorio y las prácticas institucionales (Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP], 2012).

Bajo esta perspectiva, la implementación de herramientas en la Atención Primaria de Salud (APS) renovada es fundamental para garantizar servicios de salud de calidad y equitativos, puesto que promueve una atención con enfoque participativo que involucra al personal de salud, a los actores locales y a la comunidad, siempre centrada en las necesidades de la población.

El sistema sanitario ecuatoriano organiza la provisión de servicios en tres niveles de atención, siendo el primero el encargado de las acciones de promoción, prevención, diagnóstico temprano y tratamiento (Bernal-Ordoñez et al., 2024). El segundo nivel de atención, está enfocado en problemas de complejidad intermedia, así como en actividades de prevención, diagnóstico y tratamiento, puede incorporar esta misma estrategia como complemento terapéutico para pacientes con enfermedades crónicas o condiciones leves de salud mental, articulando la derivación clínica con redes comunitarias de apoyo y rehabilitación. Finalmente, el tercer nivel, orientado a la atención de alta complejidad, asume un rol de continuidad del cuidado tras el egreso, facilitando la reintegración del paciente a su entorno y contribuyendo a reducir reingresos evitables.

Por otra parte, las herramientas participativas han adquirido una importancia creciente. Estas metodologías están diseñadas para facilitar un diálogo horizontal entre los profesionales de la salud y las comunidades, fomentar la toma de decisiones colectivas e impulsar intervenciones contextualizadas que respondan a las realidades, expectativas y saberes locales (Bernal-Ordoñez et al., 2024).

La promoción de la salud en la atención primaria es esencial para mejorar la calidad de vida y el bienestar de las comunidades, especialmente en contextos como el ecuatoriano, donde existen brechas territoriales, culturales y económicas que afectan el acceso y la calidad de los servicios de salud.

Considerando esta necesidad, el objetivo de esta investigación fue analizar las herramientas participativas como estrategias efectivas para involucrar a la comunidad en la toma de decisiones y planificación de programas de salud. Para ello, se plantearon las siguientes preguntas de investigación: ¿Cuáles son las herramientas participativas para la promoción de la salud?, ¿Cuáles son los beneficios que ofrecen las herramientas participativas? y ¿Cuáles de estas herramientas participativas resultan aplicables al contexto ecuatoriano?

2. Metodología

En este artículo se realizó una revisión sistemática de la literatura (SLR por sus siglas en inglés), seleccionada por su capacidad para reunir, analizar e interpretar diversos estudios científicos sobre el uso de herramientas participativas en la promoción de la salud en atención primaria. La SLR incluyó estudios con enfoques cuantitativos, cualitativos y mixtos, lo que permitió una síntesis integral de la evidencia disponible. El protocolo utilizado se basó en PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), que garantiza la transparencia y reproducibilidad del proceso (Moher et al., 2015). Para ello, se consultaron las bases de datos PubMed, Scopus, Web of Science, SciELO, LILACS, entre otras.

Para la búsqueda de información se utilizaron palabras clave y combinaciones de términos relacionados, aplicando operadores booleanos (AND, OR) con el objetivo de refinar y optimizar la identificación de estudios relevantes. Los filtros aplicados incluyeron artículos en español, inglés y portugués, con la finalidad de captar la mayor cantidad posible de literatura pertinente tanto a nivel regional como internacional. La cadena de búsqueda utilizada fue ("health promotion" OR "health promotion") AND ("primary health care" OR "primary health care") AND ("community participation" OR "participatory methods" OR "participatory tools").

El proceso de selección de los estudios se desarrolló conforme a las etapas establecidas por el protocolo PRISMA, que comprende las fases de identificación, filtrado, evaluación de elegibilidad e inclusión. La organización y análisis de la información extraída de los estudios seleccionados se sistematizó mediante una matriz de análisis documental, diseñada para facilitar una lectura comparativa y crítica. Esta matriz incluyó campos como: autor y año de publicación, país o contexto de aplicación, tipo de herramienta participativa utilizada, diseño metodológico del estudio, resultados cuantitativos, principales beneficios y limitaciones identificadas, así como la pertinencia y adaptabilidad de la herramienta al contexto ecuatoriano. Se definieron criterios específicos de inclusión y exclusión con el fin de garantizar la pertinencia, calidad y relevancia de los documentos analizados en relación con los objetivos de esta investigación.

Criterios de inclusión

- Publicaciones entre enero de 2020 y mayo de 2025 (2020/01/01 al 2025/05/31), con el fin de recopilar la evidencia más relevante.
- Estudios cualitativos, cuantitativos o mixtos, así como revisiones sistemáticas que aporten evidencia sobre procesos participativos en salud.
- Estudios realizados tanto en países de América Latina como en otras regiones, siempre que los hallazgos sean susceptibles de adaptación al contexto ecuatoriano.
- Artículos en español, inglés y portugués.

Criterios de exclusión

- Estudios que se centren exclusivamente en intervenciones clínicas o biomédicas, sin componente participativo comunitario.

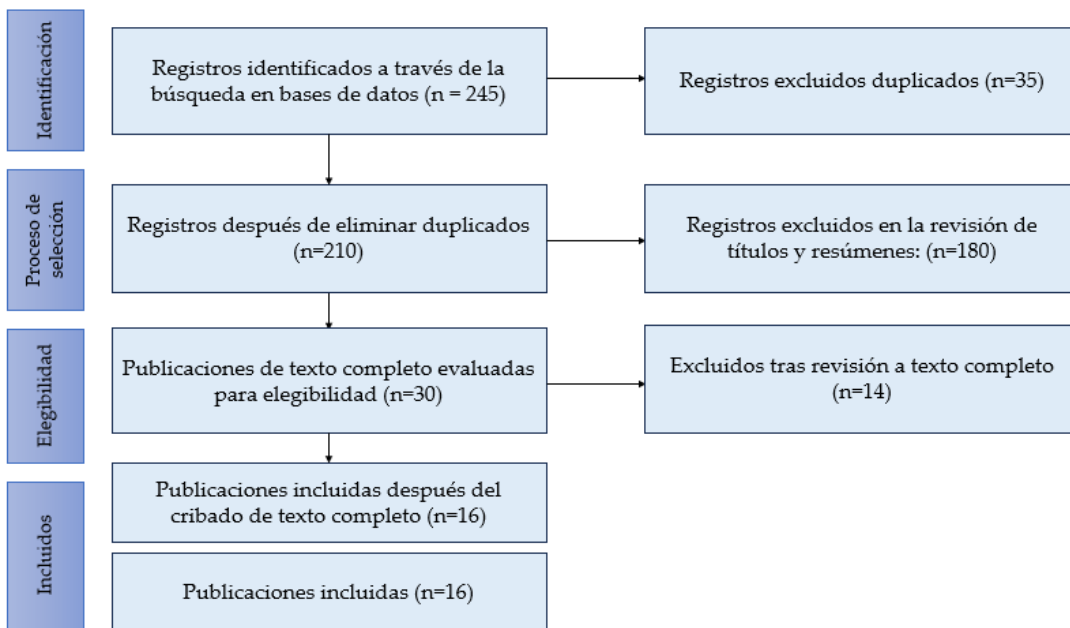
- Estudios que no se enfoquen en el nivel de atención primaria o en acciones de promoción de la salud.
- Investigaciones con deficiencias metodológicas graves (falta de rigor en el diseño, muestreo o análisis) limitasen la confiabilidad de sus resultados.
- Manuscritos duplicados en diferentes bases de datos.

3. Resultados

En la figura 1, se puede observar que se identificaron 245 registros, se descartaron 35 estudios duplicados, quedando 210 artículos únicos para la fase de selección. A partir de la revisión de títulos y resúmenes, se excluyeron 180 estudios por no ajustarse al objetivo de la investigación o no cumplir con los criterios de inclusión. De los 30 artículos restantes, se accedió al texto completo para una evaluación más rigurosa, excluyéndose 14 por razones metodológicas, falta de enfoque en herramientas participativas o escasa aplicabilidad al contexto del primer nivel de atención en salud. Finalmente, se incluyeron 16 estudios que cumplieran con los requisitos establecidos, aportando evidencia relevante sobre el uso de herramientas participativas en la promoción de la salud. Este proceso aseguró la validez y pertinencia de los estudios seleccionados, alineándolos con los objetivos de la revisión.

Figura 1

Diagrama de flujo de selección de artículos



La tabla 1 ofrece una síntesis estructurada de los estudios incluidos en esta revisión sistemática, organizados por autor, país o contexto de aplicación, tipo de herramienta participativa empleada, resultados cuantitativos (cuando los hubo), beneficios y limitaciones reportadas, así como su grado de pertinencia para el contexto ecuatoriano. Las experiencias recopiladas abarcan regiones de América Latina, Europa, Asia y Oceanía, e integran enfoques metodológicos diversos cualitativos, cuantitativos o mixtos.

Estos resultados permiten identificar patrones comunes, lecciones aprendidas y el potencial de estas herramientas para fortalecer la atención primaria en salud desde una perspectiva comunitaria, intercultural y con enfoque en la equidad, en coherencia con los principios que orientan el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (MAIS-FCI) vigente en Ecuador.

Tabla 1

Herramientas participativas, beneficios y contexto ecuatoriano

Autores	País/Contexto	Herramienta participativa	Resultados cuantitativos (si existen)	Beneficios y limitaciones	Pertinencia en Ecuador
Baus et al. (2023); Gallego et al. (2023)	Ecuador Bolivia	Fotovoz	Resultados cualitativos	Los beneficios se basaron en paradigmas humanísticos, fortalecimiento de la capacidad comunitaria, la ganancia en el conocimiento de las necesidades familiares o locales e involucramiento de la comunidad en las diversas actividades. Los límites estuvieron relacionados a las desigualdades educativas y sociales.	Alta: contexto rural ecuatoriano.
Mere-Roncal et al. (2021); Pomeroy-Stevens et al. (2020)	Amazonía que involucran países como: Colombia, Perú, Bolivia, Brasil, Sur del Amazonas norte de Rondonia.	Mapeo participativo	Del 100% de las áreas el 65% de Brasil, el 40% del Perú y Bolivia requerían más investigación sobre impactos de proyectos de desarrollo comunitario	Las limitantes serían que los participantes requieren incentivos económicos, morales y medios para el mejoramiento de su calidad de vida. Los beneficios se enfocaron en la participación de organizaciones locales, actividades productivas y culturales y la revalorización del turismo y la cultura local.	Media: modelo adaptable para influir en los determinantes sociales- MAIS-FCI.
González & Soler, (2021); Pomeroy-Stevens et al. (2020)	España Indonesia	Presupuesto participativo	Estudio cualitativo	Los beneficios se enfocaron en la mejora de la comprensión de los presupuestos participativos, identificación de buenas prácticas, fortalecimiento de la participación ciudadana. Los limitantes serían el bajo empoderamiento de los políticos y la desigualdad al momento de designar el presupuesto.	Media: aplicable al modelo del MAIS-FCI Ecuador, elaboración del presupuesto participativo.

Rifkin (2018)	Indonesia	Evaluación participativa rápida	Los estudios son cualitativos	Los beneficios son el desarrollo de políticas y programas efectivos para abordar los problemas de salud urbana, mejora la comprensión de las necesidades ciudadanas, fortaleciendo la participación ciudadana. Y sus límites están basados en la limitada muestra con falta de representatividad, dificultad en la recopilación de datos y en la profundidad del análisis de los mismos	Alta: se podría adaptar incorporándolo a la perspectiva intercultural, mejorando la gestión de la salud urbana.
Eckhardt (2018)	Ecuador	Seguro comunitario, grupos focales, encuestas	69.3% dispuestos a afiliarse; 92.2% usaría más el centro de salud	Mejor acceso, percepción positiva; limitaciones: baja participación	Alta: contexto rural ecuatoriano
Martinez et al. (2017)	España	Acción participativa, talleres, planificación	No reporta cuantitativos	Cambios en prácticas preventivas, apropiación local; limitaciones	Alta: modelo adaptable a atención primaria ecuatoriana
Banda (2025)	Multinacional (LatAm)	Presupuestos participativos, PRA, foros comunit.	No reporta cuantitativos	Fortalece cohesión y equidad; limitaciones: riesgo de captura	Alta: evidencia sobre modelos transferibles y adaptabilidad contextual
Conlin et al. (2024)	Australia	Microgrants participativos, planificación local	10 proyectos implementados, impacto en equidad sanitaria	Mejora resultados y equidad; limitaciones: COVID-19 afectó implementación	Media: modelo adaptable a zonas rurales ecuatorianas
Bisak & Stafström (2024).	Multinacional (42 estudios)	Intervenciones de promoción de estilos de vida	Reducción de riesgos de cardiovasculares, mejora en salud mental	Intervenciones efectivas en población sana; limitación: heterogeneidad metodológica	Alta: evidencia global aplicable a promoción en atención primaria
Bergholtz et al. (2023)	Multinacional	Participación de pacientes y público (PPI)	No cuantitativos específicos	Identificación de brechas en investigación PPI; limitación: falta de estudios longitudinales	Alta: guía para fortalecer participación en MAIS

O'Mara-Eves et al. (2015)	Diversos países	Participación comunitaria en salud pública	Incremento en resultados de salud en grupos vulnerables	Participación mejora equidad; limitación: heterogeneidad en métodos	Alta: aplicable a comunidades vulnerables en Ecuador
Singh et al. (2017)	Países en desarrollo	Participación comunitaria en atención primaria	No cuantitativos específicos	Fortalece equidad y acceso; limitación: implementación desigual	Alta: contexto similar a zonas rurales de Ecuador
Rifkin (2018)	Global	Participación social en atención primaria	No cuantitativos específicos	Marco conceptual para participación; limitación: evidencia empírica limitada	Alta: base teórica para MAIS
Bickerdike et al. (2017)	Reino Unido	Social prescribing y participación comunitaria	Mejora en bienestar y salud mental	Promueve inclusión social; limitación: evidencia en implementación a largo plazo	Media: modelo complementario para atención primaria urbana
Monson et al. (2020)	Australia	Participación pública en promoción de salud	No cuantitativos específicos	Enfatiza empoderamiento; limitación: escasa evidencia cuantitativa	Alta: enfoque en empoderamiento comunitario en MAIS
Marmot et al. (2020)	Reino Unido	Equidad en salud y recuperación post-COVID-19	No cuantitativos específicos	Destaca importancia de equidad; limitación: enfoque macro	Alta: principios transversales en MAIS
Erku et al. (2023)	Multinacional	Iniciativas de participación comunitaria para cobertura universal	No cuantitativos específicos	Apoya participación y equidad; limitación: evidencia emergente	Alta: aplicable a estrategias comunitarias en Ecuador
Strid et al. (2023)	Suecia	Intervenciones individualizadas en promoción de salud	No cuantitativos específicos	Favorece atención integral y personalizada, alineado con enfoque familiar del MAIS	Media: modelo complementario para atención integral MAIS

Nota. Elaboración propia.

4. Discusión

Los resultados obtenidos en esta revisión sistemática permiten afirmar que las herramientas participativas representan una estrategia metodológica de alto valor en el campo de la promoción de la salud, especialmente en contextos donde la equidad, la interculturalidad y la participación comunitaria son pilares del modelo de atención, como lo establece el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (MAIS-FCI) en Ecuador (Baus et al., 2023; Gallego et al., 2023).

La evidencia analizada indica que metodologías como la fotovoz, el mapeo participativo, el social prescribing o el presupuesto participativo han demostrado ser efectivas para facilitar procesos de empoderamiento comunitario, promover la toma de decisiones compartida y visibilizar determinantes sociales de la salud que a menudo quedan fuera del enfoque clínico-asistencial (Husk et al., 2020; Mere-Roncal et al., 2021; Pomeroy-Stevens et al., 2020). Un rasgo común en los estudios revisados es que estas herramientas, más allá de recoger información, generan espacios de diálogo entre actores institucionales y comunitarios. Tal como señalaron Wallerstein y Duran (2010), la investigación participativa no solo produce conocimiento más legítimo, sino que también transforma los procesos sociales involucrados (Monson et al., 2020).

Esta perspectiva fue confirmada por experiencias en comunidades rurales de Colombia, Brasil y Perú, donde las herramientas participativas permitieron diseñar planes locales de salud más coherentes con las realidades culturales y con mayor sostenibilidad operativa (González & Soler, 2021; Pomeroy-Stevens et al., 2020; Rifkin, 2018; Mere-Roncal et al., 2021). Sin embargo, a pesar de los beneficios evidentes, persisten desafíos importantes para su implementación.

Entre los obstáculos más frecuentes se encuentran la escasa formación del personal de salud en metodologías participativas, la débil institucionalización de estos enfoques dentro de los sistemas de salud, y la falta de recursos materiales y técnicos para mantener los procesos comunitarios a largo plazo (Almeida et al., 2024; Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP], 2023; Bernal-Ordoñez et al., 2024). En el caso del Ecuador, si bien el MAIS-FCI promueve de forma explícita la participación como principio rector, aún persisten vacíos normativos y operativos que limitan la articulación efectiva entre lo comunitario y lo institucional. Informes recientes del Ministerio de Salud Pública y diversas instituciones académicas coinciden en señalar estas limitaciones (Báscolo et al., 2024).

La literatura consultada destaca que el impacto de las herramientas participativas depende en gran medida del contexto político, del compromiso de los equipos locales de salud y de la existencia de redes comunitarias consolidadas. Por ejemplo, la técnica de la fotovoz fue más efectiva en territorios donde existían organizaciones de base activas y redes de apoyo intersectorial (Baus et al., 2023). En contraste, herramientas como el social prescribing, aunque exitosas en países con sistemas de salud integrados como el Reino Unido, enfrentan dificultades en entornos donde los servicios comunitarios son débiles o discontinuos (Aldossary et al., 2012).

Un aspecto que requiere especial atención como limitante transversal es la barrera lingüística que enfrentan los pueblos indígenas, especialmente la población quechuahablante de la Sierra y la Amazonía ecuatoriana. Estudios revisados advierten que, incluso cuando las herramientas participativas se diseñan con enfoque comunitario, su adopción se ve limitada cuando los talleres, materiales e instrumentos no están disponibles en la lengua materna. Esto afecta la representatividad de la participación, refuerza inequidades estructurales y puede conducir a diagnósticos poco precisos o a la subvaloración de los saberes locales. Por ello, se recomienda que toda estrategia participativa se

acompañe de materiales y facilitadores bilingües en castellano y quechua, e idealmente se incorporen intérpretes comunitarios capacitados. Esto permitiría asegurar que los procesos deliberativos, la priorización y la devolución de resultados se desarrollen en el idioma propio de las comunidades.

En este sentido, resulta fundamental que los profesionales de la salud cuenten con formación en las lenguas reconocidas y predominantes en los territorios donde ejercen, como el kichwa, el shuar u otras lenguas ancestrales. Este enfoque se alinea plenamente con los principios del MAIS-FCI, que privilegia la equidad y la pertinencia cultural. Además, está respaldado jurídicamente por el Reglamento para la aplicación del enfoque intercultural en los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud, que en su Capítulo II (artículos 2 al 6) establece directrices claras para garantizar una atención adecuada, con referencia y contrarreferencia, para usuarios de comunidades de difícil acceso (MSP, 2012).

Finalmente, aunque las condiciones institucionales en Ecuador ofrecen una oportunidad real para fortalecer estos mecanismos participativos, se requiere avanzar en la formación de profesionales con enfoque comunitario, generar incentivos que permitan sostener estos procesos, y establecer sistemas de evaluación participativa que evidencien su impacto en los territorios. La normativa nacional reconoce la participación como un derecho fundamental (Constitución de la República del Ecuador [CRE], 2008) y el MAIS-FCI proporciona la estructura necesaria para incorporar estas herramientas en la práctica cotidiana de la atención primaria.

5. Conclusiones

La revisión sistemática sobre la aplicación de herramientas participativas en la promoción de la salud en atención primaria reveló la importancia de involucrar a la comunidad en la toma de decisiones y la planificación de programas de salud, destacando la efectividad de enfoques como la evaluación rural participativa y la transformación participativa de higiene y saneamiento. Los resultados sugieren que estas herramientas pueden mejorar la participación comunitaria, fortalecer la capacidad de las comunidades para abordar sus necesidades de salud y promover la sostenibilidad de las intervenciones. En el contexto ecuatoriano, estos hallazgos pueden informar la implementación de programas de salud que se adapten a las necesidades específicas de las comunidades y promuevan la equidad en el acceso a los servicios de salud.

En el marco del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (MAIS-FCI), estas herramientas se alinean de manera natural con sus principios rectores como son la participación social, el enfoque familiar y comunitario, la intersectorialidad e interculturalidad. Los estudios recabados y analizados confirman que metodologías como la fotovoz, el mapeo participativo o el presupuesto participativo fortalecen la comprensión de los determinantes sociales de la salud, potencian la relación entre equipos de salud y comunidades, generando confianza mutua y apropiación de las intervenciones.

No obstante, para que su integración en el sistema de salud ecuatoriano sea real y sostenible, es necesario avanzar en la formación del talento humano en enfoques participativos, garantizar recursos técnicos e institucionales, y promover políticas públicas que reconozcan y valoren el saber comunitario como parte integral del proceso de atención.

En definitiva, este estudio subraya que la participación no debe entenderse como un accesorio en la política sanitaria, sino como un eje central para construir un sistema de salud más equitativo, humanizado y sensible a la diversidad considerando la interculturalidad.

La revisión sistemática destaca la necesidad de profundizar en la investigación aplicada y contextualizada, con diseños mixtos que permitan evaluar los procesos, así como los resultados en salud derivados de la participación, lo cual permitirá fortalecer la base de evidencia nacional y regional, e incidir en la formulación de políticas públicas más inclusivas y efectivas.

Referencias

- Aldossary, A., Barriball, L., & While, A. (2012). The perceived health promotion practice of nurses in Saudi Arabia. *Health Promotion International*, (28)3, 431–441. <https://doi.org/10.1093/heapro/das027>
- Almeida, P., Giovanella, L., Schenkman, S., Mendes, C., Oliveira, P., Houghton, N., Báscolo, E., & Bousquat, A. (2024). Perspectivas para las políticas públicas de Atención Primaria en Salud en Suramérica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 29(7), e03792024. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.03792024>
- Banda, J. (2025). A Comprehensive Analysis of the Effectiveness and Influence of Participatory Models In Advancing Sustainable Community Development: A Rigorous Assessment of Theoretical Foundations And Real-World Applications. *Social Science and Management*, 2(1), 10–20. <https://doi.org/10.61784/ssm3027>
- Báscolo, E., Vance, C., Leys, M., & Coitiño, A. (2024). Social participation in health: analysis of progress and challenges for the Region of the Americas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 48, e70. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.70>
- Baus, E., Carrasco-Tenezaca, M., Frey, M., & Medina-Maldonado, V. (2023). Risk Factors for the Mental Health of Adolescents from the Parental Perspective: Photo-Voice in Rural Communities of Ecuador. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 2205. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032205>
- Bergholtz, J., Crine, V., Santana, M., Wolf, A., & Björkman, I. (2023). Patient and public involvement (PPI) in health care: A systematic mapping review of systematic reviews. *International Journal of Integrated Care*, 23(S1), 250. <https://ijic.org/articles/10.5334/ijic.ICIC23250>
- Bernal-Ordoñez, L., Niño-Gutiérrez, E., Casanova, M., Treviño, F., Rodríguez, A., & Jiménez, D. (2024). Participación y empoderamiento comunitario en la atención primaria en salud en América Latina: revisión sistemática exploratoria. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 48, e135. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.135>
- Bickerdike, L., Booth, A., Wilson, P., Farley, K., & Wright, K. (2017). Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. *BMJ Open*, 7(4), e013384. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013384>
- Bisak, A., & Stafström, M. (2024). Unleashing the potential of health promotion in primary care: A scoping literature review. *Health Promotion International*, 39(3), daae044. <https://doi.org/10.1093/heapro/daae044>
- Conlin, M., McLaren, D., Spelten, E., & MacDermott, S. (2024). Cultivating participatory approaches in health promotion planning, delivery, and evaluation: A case study of an academic-health service partnership in rural Victoria. *Health Promotion Journal of Australia*, 35(3), 804-812. <https://doi.org/10.1002/hpja.818>

- Constitución de la República del Ecuador [CRE]. Art. 95. 20 de octubre de 2008. (Ecuador). <https://n9.cl/hd0q>
- Eckhardt, M. (2018). *The Bumpy Road to Universal Health Coverage : Access to Primary and Emergency Care in Rural Tropical Ecuador* (Tesis doctoral, Linköping University). <https://doi.org/10.3384/diss.diva-149812>
- Erku, D., Khatri, R., Endalamaw, A., Wolka, E., Nigatu, F., Zewdie, A., & Assefa, Y. (2023). Community engagement initiatives in primary health care to achieve universal health coverage: A realist synthesis of scoping review. *PLOS ONE*, 18(5), e0285222. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285222>
- Gallego, G., Cardona, B., & Scholz, B. (2023). Using photovoice to explore Bolivian children's experiences of COVID-19. *Health Promotion International*, 38(2), 1–11. <https://doi.org/10.1093/heapro/daad033>
- González, A., & Soler, A. (2021). Nuevas miradas de los presupuestos participativos: los resultados de la participación desde la perspectiva política y técnica. *Revista OBETS*, 16(1), 135–150. <https://is.gd/jGFj3c>
- Husk, K., Blockley, K., Lovell, R., Bethel, A., Lang, I., Byng, R., & Garside, R. (2020). What approaches to social prescribing work, for whom, and in what circumstances? A realist review. *Health & Social Care in the Community*, 28(2), 309–324. <https://doi.org/10.1111/hsc.12839>
- Marmot, M., Allen, J., Goldblatt, P., Herd, E., & Morrison, J. (2020). *Build back fairer: The COVID-19 Marmot review. The pandemic, socioeconomic and health inequalities in England*. Institute of Health Equity. <https://acortar.link/7CgN76>
- Martinez, C., Bacigalupe, G., Cortada, J., Grandes, G., Sanchez, A., Pombo, H., & Bully, P. (2017). The implementation of health promotion in primary and community care: a qualitative analysis of the 'Prescribe Vida Saludable' strategy. *BMC Family Practice*, 18(23). <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0584-6>
- Mere-Roncal, C., Cardoso, G., Chavez, A., Almeyda, A., Loïselle, B., Veluk, F., Luna-Celino, V., Arteaga, M., Schmitz, E., Segura, A., Van Damme, P., Lizarro, D., & Broadbent, E. (2021). Participatory Mapping for Strengthening Environmental Governance on Socio-Ecological Impacts of Infrastructure in the Amazon: Lessons to Improve Tools and Strategies. *Sustainability*, 13(24), 14048. <https://doi.org/10.3390/su132414048>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP]. (2012). *Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (MAIS-FCI)*. Quito, Ecuador. <https://acortar.link/ABFojg>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP]. (2014). *Acuerdo Ministerial N.º 5210*. Quito, Ecuador. <https://acortar.link/8pPtW8>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP]. (2023). *Informe técnico No. 2023-0055: Necesidad de actualización del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS)*. Quito, Ecuador. <https://acortar.link/YrGjGM>
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., Shekelle, P., & Stewart, L. A. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews*, 4(1), 1. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-4-1>

-
- Monson, K., Moeller-Saxone, K., Humphreys, C., Harvey, C., & Herrman, H. (2020). Promoting mental health in out of home care in Australia. *Health Promotion International*, 35(5), 1026–1036. <https://doi.org/10.1093/heapro/daz090>
- O'Mara-Eves, A., Brunton, G., Oliver, S., Kavanagh, J., Jamal, F., & Thomas, J. (2015). The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups: a meta-analysis. *BMC Public Health*, 15, 129. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1352-y>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1986). *The 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa, 1986*. <https://acortar.link/m19WfH>
- Pomeroy-Stevens, A., Afdhal, M., Mishra, N., Farnham, K., Christianson, K., Bachani, D. (2020). Engaging Citizens Via Journey Maps to Address Urban Health Issues. *Environmental Health Insights*, 14. <https://doi.org/10.1177/1178630220963126>
- Rifkin, S. (2018). Alma Ata after 40 years: Primary Health Care and Health for All—from consensus to complexity. *BMJ Global Health*, 3(3), e001188. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001188>
- Singh, S., Srivastava, A., Haldane, V., Chuah, F., Koh, G., Seng, H., & Legido-Quigley, H. (2017). Community participation in health services development: A systematic review on outcomes: Shweta Rajkumar Singh. *European Journal of Public Health*, 27(suppl 3). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx187.429>
- Strid, E., Wallin, L., & Nilsagård, Y. (2023). Expectations on implementation of a health promotion practice using individually targeted lifestyle interventions in primary health care: a qualitative study. *BMC Primary Care*, 24(122). <https://doi.org/10.1186/s12875-023-02079-5>
- Wallerstein, N., & Duran, B. (2010). Community-Based Participatory Research Contributions to Intervention Research: The Intersection of Science and Practice to Improve Health Equity. *American Journal of Public Health*, 100, S40–S46. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.184036>

Transparencia

Conflicto de interés

Los autores declaran que no existen conflictos de interés que influyan en la objetividad de este estudio.

Fuente de financiamiento

No se recibieron fondos financieros de ninguna organización que pudiera tener interés en los resultados presentados.

Contribución de autoría

Kelly Stefany Haro Inca: Conceptualización, metodología, software, validación, análisis formal, investigación, gestión de datos, visualización, redacción - preparación del borrador original, redacción - revisión y edición, financiamiento, administración del proyecto, recursos, supervisión.

Lizbeth Geovanna Silva-Guayasamín: Conceptualización, metodología, validación, análisis formal, investigación, redacción - preparación del borrador original, redacción - revisión y edición, financiamiento, recursos, supervisión.

Los autores contribuyeron activamente en el análisis de los resultados, revisión y aprobación del manuscrito final.