



CS

ISSN: 2011-0324

Universidad Icesi

BLANDÓN-LOTERO, LAURA CATALINA; JARAMILLO-MEJÍA, MARTA CECILIA
Participación comunitaria en salud: una revisión narrativa a la producción académica desde las desigualdades sociales***

CS, núm. 26, 2018, Septiembre-Diciembre, pp. 91-117
Universidad Icesi

DOI: <https://doi.org/10.18046/recs.i26.2851>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476358899005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org
UAEM

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

LAURA CATALINA BLANDÓN LOTERO*

Universidad Icesi (Cali, Colombia)

MARTA CECILIA JARAMILLO-MEJÍA**

Universidad Icesi (Cali, Colombia)

Participación comunitaria en salud: una revisión narrativa a la producción académica desde las desigualdades sociales***

*Community Participation in Health: a Narrative Review
of Academic Production Based on Social Inequalities*

Participação comunitária na saúde: uma revisão narrativa à produção acadêmica baseada nas desigualdades sociais

.....

* Politóloga. Magíster en Estudios Sociales y Políticos. Asistente de Investigación, Universidad Icesi. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5960-2151>. Correo electrónico: blandon.laura@gmail.com.

** Profesora del Departamento de Gestión Organizacional y del Departamento de Salud Pública y Medicina Comunitaria de la Universidad Icesi, Cali, Colombia. Investigadora Senior avalada por Colciencias. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4055-6006>. Correo electrónico: mcjara@icesi.edu.co.

*** Proyecto de investigación «Viabilidad de desarrollar un modelo basado en Atención Primaria en Salud para municipios con alta ruralidad dispersa del Litoral Pacífico colombiano» entre enero del 2016 y diciembre del 2018. Cofinanciado por Colciencias, a través de la convocatoria 725 de 2015 y cuatro (4) Universidades del departamento Valle del Cauca: Universidad Icesi, Universidad Santiago de Cali, Universidad Libre seccional Cali y Universidad Javeriana Cali. Artículo recibido el 17-05-2018 y aprobado 09-11-2018.

Cómo citar

BLANDÓN LOTERO, L.; JARAMILLO-MEJÍA, M. (2018).
Participación comunitaria en salud: una revisión
narrativa a la producción académica desde las
desigualdades sociales. *Revista CS*, (26), 91-117.

DOI: <https://doi.org/10.18046/recs.i26.2851>

Resumen

Abstract

Resumo

Esta revisión tiene por objetivo ubicar históricamente los desarrollos que ha tenido el concepto de participación comunitaria en salud, así como algunos de sus aspectos centrales, tal y como se han desarrollado en las últimas décadas. Para ello, se hace una revisión analítica de los principales debates y controversias existentes, a partir del origen y desarrollo de la participación comunitaria, de manera que se pueda comprender el proceso sociohistórico de construcción y el desarrollo conceptual. En la segunda parte, se explora la conformación de un subcampo dentro de las ciencias sociales que intenta abordar la participación comunitaria desde la perspectiva de redes, a partir del paradigma de la complejidad. Tras evidenciar algunos de los vacíos dentro de la literatura que trata el tema, se desarrolla una aproximación analítica a la participación comunitaria, la cual intenta problematizar la clásica distinción entre los conceptos de urbanidad y ruralidad. El análisis centra su interés en los actores sociales, los contextos, las relaciones de poder, el concepto de comunidad y las interacciones que se dan en su interior.

PALABRAS CLAVE:

Participación; Comunidad; Actores Sociales; Salud

.....

This review aims to locate historically the developments of the concept of community participation in health, and its main aspects just as they have developed over the last decades. To do so, an analytical review is made of the existing main debates and controversies, starting with the origin and the development of community participation. To that end, the sociohistorical process of construction and conceptual development can be understood. The second part explores the conformation of a subfield within the social sciences that tries to approach community participation from the perspective of networks, starting from the paradigm of complexity. After evidencing some of the gaps within the literature that deals with the topic, the authors develop an analytical approach of community participation, which attempts to problematize the distinction between urbanity and rurality. The analysis centers its interest in the social actors, the context, the relations of power, the concept of community, and the interactions that occur within it.

KEYWORDS:

Participation; Community; Social actors; Health

Esta revisão tem como objetivo localizar historicamente os desenvolvimentos que o conceito de participação comunitária em saúde tem tido, bem como alguns de seus aspectos centrais, conforme foram desenvolvidos nas últimas décadas. Para isso, faz-se uma revisão analítica dos principais debates e controvérsias existentes, a partir da origem e desenvolvimento da participação da comunidade, a fim de compreender o processo sócio-histórico de construção de desenvolvimento conceitual. Na segunda parte, estuda-se a conformação de um subcampo dentro das ciências sociais que procura abordar a participação da comunidade a partir da perspectiva das redes, desde do paradigma da complexidade. Após evidenciar algumas lacunas na literatura que trata do tema, desenvolve-se uma abordagem analítica de participação comunitária, que procura problematizar a distinção clássica entre os conceitos de urbanidade e ruralidade. A análise concentra seu interesse em atores sociais, contextos, relações de poder, o conceito de comunidade e as interações que ocorrem no seu interior.

PALAVRAS CHAVE:

Participação; Comunidade; Atores sociais; Saúde

Introducción

La idea de participación ha sido tan ampliamente difundida como amplios han sido los significados que esta ha cobrado en la historia reciente de América Latina. Y si a la noción de participación se le añade la idea de comunidad, conjugándose para darle lugar a la participación comunitaria, su conceptualización se hace mucho más compleja.

Este concepto, abordado desde campos como el desarrollo social, en general, y el de la salud, en particular, ha sido una idea polisémica en el mundo contemporáneo (Briceño-León, 1998). Aunque se hable de participación política, ciudadana, social, comunitaria, empresarial, y se haga constante alusión a ella en discursos políticos, programas y proyectos de desarrollo, esta noción ha cobrado diversos significados a lo largo de la historia (Ruiz, 2013).

La participación no significaba lo mismo en los años setenta o durante los años de las dictaduras militares en América Latina que en la actualidad. En esta polisemia, ligada a procesos de transformaciones sociopolíticas, a formas de organización social, al diseño de políticas públicas y a la implementación de programas, aparecen múltiples actores sociales, escenarios y particulares intereses políticos. De acuerdo a quién defina la participación y con qué objetivos se emplee, esta asume diferentes características (Menéndez, 1998; Montero, 2004, como se citó en Sopransi, 2016).

En el campo de la salud pública, el tema de la participación social y comunitaria ha sido ampliamente abordado y ha sido referido a los procesos de salud-enfermedad/atención-cuidado (Sopransi, 2016), mientras que su incorporación tardía está ligada a programas de desarrollo rural. La participación social y comunitaria en salud siempre ha estado cargada de diferentes supuestos ideológicos y técnicos que, por lo general, no son abordados en la literatura de salud pública. El contexto político y social en que esta se genere será decisivo en el desarrollo y orientación de las políticas (Navas, Rojas, Álvarez, y Fox, 2010). Ahora bien, la participación en salud encuentra su origen en las ciencias sociales y luego es incorporada acríticamente por las ciencias de la salud (Bang y Stolkiner, 2013, Bang 2014; Sopransi, 2016), lo que deviene en una distorsión e instrumentalización de su significado (Menéndez, 1998).

Perspectiva histórica

Desde una perspectiva histórica, el concepto de participación tomó fuerza a partir de la declaración de Alma-Ata en 1978, momento en el que «se centra la atención en la comunidad y su participación como estrategia central para lograr el acceso universal a los servicios» (Bang, 2014, p. 114). Sin duda alguna, la declaración de

Alma-Ata se convirtió en un importante referente para la construcción de políticas de salud en el mundo, catapultando una serie de proyectos, programas y experiencias de participación en la salud (Malo, 2010). Particularmente, en América Latina, la declaración trajo consigo la necesidad de considerar la participación comunitaria como un componente esencial en la organización de la atención en salud.

Luego, en 1986, surgió como un hecho importante en el mundo de la salud pública, la Carta de Otawa de promoción de la salud, a través de la cual se reforzaría la acción comunitaria. Retomando la idea central de la declaración de Alma-Ata, la Carta de Otawa avanzaba en la conceptualización y discusión de la participación comunitaria al relacionarla con el poder (Malo, 2010). Aquí la noción de participación no fue solamente entendida desde una visión técnica (involucrarse en la gestión de la salud), sino como un ejercicio real del poder, dotándola de un carácter eminentemente político.

Finalmente, como un referente histórico importante, aparece, en el año 2008, el Informe Mundial de la Comisión de Determinantes Sociales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través del cual se reconoce la distribución desigual de poder (inequidad) como un factor que redunda negativamente en el perfil de salud de los pobladores. Por ello, en el informe se propone «dar poder efectivo a todos los grupos de la sociedad y mantener un marco de participación social en la formulación de políticas» (OMS, 2008). Sobre la base de estos desarrollos, diversos autores han explorado experiencias específicas, como es el caso de Australia y Venezuela (McGrail y Humphreys, 2009; Segal y Leach, 2011; Wakerman et al., 2008; Navas et al., 2010).

Enfoques del sector salud

Ahora bien, los tres enfoques que el sector salud ha tenido sobre la participación comunitaria se basan en considerarla como: 1) un aporte de trabajo voluntario de la comunidad a programas específicos de la Atención Primaria de Salud (APS); 2) como convocatoria a la población para orientar el uso adecuado de los servicios de salud y la extensión de la cobertura de dichos servicios; y 3) como promoción de las acciones para fortalecer los sistemas locales de salud impulsados por la OMS (Cequeira y Mato, 1998, como se citó en Sopransi, 2016).

Por su parte, algunas disciplinas de las ciencias sociales, como la antropología, la ciencia política y la sociología, así como otros campos del conocimiento como la psicología comunitaria crítica (Bang, 2014; Sopransi, 2016), han intentado conceptualizar la participación en salud desde una perspectiva crítica, incorporando conceptos como poder, actores y una nueva noción de comunidad, basados en el paradigma de la complejidad (Caro, 2002; Bang y Stolkiner, 2013).

Así, por ejemplo, aunque se encuentran diversos antecedentes de estudios en América Latina y Europa que centran su atención en la visión técnica de la participación comunitaria en salud promovida por instituciones como la OMS, pocos estudios caracterizan experiencias autogestivas o de cohesión real en salud, como es el caso de Cuba, Venezuela, Colombia (Antioquia), Panamá y México (Pereira Colls et al., 2002; Spinelli, 1999; Cahuich Campos, 2004; Menéndez, 1998; Kalinsky, Arrué, y Rossi, 1993; Ferrara, 2003; Zaldúa, Sopransi y Veloso, 2005). Desde esta perspectiva, la participación social y comunitaria, no es solo la asistencia y presencia a programas y encuentros de salud, sino que implica el logro de interacciones y vínculos en contextos de complejos entramados de poder.

A grandes rasgos, el concepto y los significados que ha cobrado la noción de participación comunitaria podrían ser entendidos bajo una lectura históricamente situada. Ello implica considerar cuatro grandes momentos o tendencias (Briceño-León, 1998), atravesados transversalmente por los cambios que se han dado al interior del Estado y su relación con la sociedad civil. Estas tendencias están signadas por cuatro momentos políticos que marcaron la historia de la segunda mitad del siglo XX: la Guerra Fría, la crisis de las ideologías, el contexto de los programas de ajuste y la consolidación de las democracias modernas.

El objetivo de este artículo consiste en ubicar, históricamente,¹ los desarrollos que ha tenido el concepto de participación comunitaria en salud, así como algunos de sus aspectos centrales, tal como han evolucionado en las últimas décadas.

Metodología

Si bien, no se pretende hacer una revisión exhaustiva de todos los trabajos que han abordado la participación comunitaria y social en salud ni de todas las políticas, actores y contextos que la han tenido como centro de preocupación y debate, se hace un intento por privilegiar aquellos documentos, artículos, reflexiones, investigaciones y trabajos que han sido objeto de controversia, que han marcado un derrotero al interior del enfoque o disciplina del que parten; se privilegian aquellos que permiten hacer un acercamiento o comprender la compleja problemática de la significación de este fenómeno en su proceso histórico.

.....

1. Para ello, se parte del modelo de investigación histórico-social (Valles, 2000, como se citó en Bang, 2011), desde el cual se privilegia el desarrollo histórico de un fenómeno o concepto determinado, situando dicho concepto en un contexto social específico a través del análisis de sus actores y los procesos que se encuentren implicados.

Para avanzar con el propósito, primero se hizo una revisión analítica de los principales debates y controversias existentes desde el origen y desarrollo de la participación comunitaria, para comprender el proceso sociohistórico de construcción y desarrollo conceptual (Bang, 2011). A partir de la ubicación histórica del concepto de participación comunitaria y la breve revisión a los debates que este ha suscitado, en la segunda parte se exploró la conformación de un subcampo dentro de las ciencias sociales que intenta abordar la participación comunitaria desde la perspectiva de redes, a partir del paradigma de la complejidad. Retomando los aportes de Alicia Stolkiner y Claudia Bang (2013) a este subcampo, se señaló cómo algunas experiencias han incluido, en sus prácticas en salud, dispositivos basados en participación comunitaria. En ellas se han reproducido sentidos globales y abstractos, que artificialmente homogeneizan las características comunitarias y participativas, reproduciendo modelos normativos que dieron origen a la Atención Primaria de Salud (APS) en 1978.

La tercera y última parte consistió en considerar el concepto de violencia estructural de Farmer (1996), la propuesta del desarrollo como libertad de Sen (2000) y las nociones del paradigma de la diferencia de Vergara (2014), con el fin de señalar la necesidad de entender, definir y desarrollar la participación social y comunitaria en salud a partir de las desigualdades sociales. Con estos conceptos, se intentó proponer una aproximación analítica a la participación comunitaria en salud que problematicee, de un lado, la distinción entre urbanidad/ruralidad y que aboga por un mayor interés en los contextos, en los actores sociales, en las relaciones de poder que (re)producen asimetrías, en la heterogeneización de la noción de comunidad y en las interacciones que se dan en su interior; y, de otro lado, la manera tradicional como se ha abordado la participación comunitaria en salud, de manera que esta pueda ser entendida como un fenómeno social dinámico y no lineal, definido por sus propios actores.

Se analizaron algunos estudios de caso que muestran la participación comunitaria en contextos de alta ruralidad (Litoral Pacífico colombiano) contrastados con procesos participativos en contextos de urbanidad bajo esta propuesta y las potencialidades del enfoque de desigualdades en escenarios como el colombiano.

La búsqueda bibliográfica estuvo orientada por las siguientes preguntas de investigación: ¿cuál ha sido el desarrollo conceptual de la participación comunitaria en salud?, ¿cuál es el contexto político en el cual se desarrolla la participación comunitaria en salud entre 1978 y 2010?, ¿qué retos presenta hoy el estudio de la participación comunitaria en contextos de globalización y desigualdad social?

Para la búsqueda se emplearon los siguientes descriptores y su respectiva traducción en inglés: participación en salud, participación comunitaria, participación social en salud, participación comunitaria en APS, políticas de participación en

salud. Se usaron las bases de datos Ebscohost, Redalyc, JSTOR, PERSEE, Dialnet, SciELO, y los buscadores Google y Google Scholar. Los criterios de inclusión fueron: libros, artículos originales, trabajos de grado, informes, proyectos de investigación y literatura gris que abordara el tema dentro del período 1978-2010.

El concepto de participación comunitaria en salud: un abordaje histórico

La idea de participación comunitaria en los años cincuenta y sesenta tuvo varios significados en América Latina, determinados, particularmente, por la experiencia política de la planificación centralizada en la Unión Soviética y por el impacto de la Revolución Cubana, años después (Briceño-León, 1998).

En este período se encuentra una acepción diversa, e incluso contradictoria, en la manera como algunos actores (Estado, instituciones oficiales de salud y organismos internacionales) hicieron uso de la noción de participación. Al respecto, Bang (2011) señala que entre estos años la participación comunitaria fue pensada para América Latina, por la OMS, como una estrategia de promoción rural que tenía como centro de preocupación superar la falta de recursos y afrontar las diferencias culturales, las cuales se entendían como obstáculo adicional al acceso a los servicios de salud.

Para ello, se pensaron dos estrategias: el comité de salud y el promotor de salud. Esos modelos se basaron en experiencias desarrolladas con anterioridad en América Latina en la formación de líderes comunitarios y consejos de salud como parte de los mecanismos de desarrollo. Por su parte, Briceño-León (1998) sugiere que la idea de participación surgió como una respuesta al centralismo y estatismo soviético, donde participar era, de alguna manera, reconocer la acción individual, la iniciativa privada y, de este modo, criticar la idea del Estado poderoso; pero, por otra parte, «la participación implicaba organización y se podía tomar como una idea subversiva que se debía combatir por su naturaleza comunista» (p. 143).

Así, Briceño-León (1998) señala cuatro perspectivas de participación: la primera, entendida como manipulación ideológica, como mecanismo usado por las empresas privadas para su legitimación; la segunda hace alusión a la participación como mano de obra barata, concebida con el objetivo final de abaratar costos de los procesos de trabajo, en algunos casos por escasez de recursos económicos y, en otros, por responsabilizar a los pobres de su salud; la tercera perspectiva entendía la participación como facilitadora de la acción médica, como una acción para aceptar o legitimar las recomendaciones dadas por los profesionales de la salud; y, por último, la participación vista como subversión, perspectiva que también aborda Bang (2011), bajo la

cual se entendía que cuando las acciones participativas no provenían del Estado o de una institución formal eran subversivas.

Puesto que muchos de los países de América Latina estaban en procesos de dictadura durante la década de los setenta, estos gobiernos totalitarios satanizaron la participación y formas de organización social por relacionarlas con raíces comunistas. De esta manera, las bases institucionales y estructurales de estas instituciones debían ser reprimidas (Garretón, 2002), implicando asesinatos, desapariciones forzadas y el uso de técnicas de tortura. Así, por ejemplo, la época de la dictadura en Chile (1973-1990) y Argentina (1966-1973 y 1976-1983) estuvo caracterizada por la censura a los medios de comunicación, el ocultamiento, la destrucción de los documentos del Estado y los violentos mecanismos empleados por los sectores dominantes (Zarankin y Salerno, 2008).

Entre tanto, la tendencia en la época de las crisis de la ideología, marcada por disensiones a nivel internacional en el movimiento comunista, devino en una crisis de los movimientos políticos: «la primavera de Praga y la invasión a Checoslovaquia, la revolución cultural en China y la fuerte oposición del movimiento estudiantil contra los partidos comunistas producen un contexto completamente distinto al de la guerra fría» (Briceño-León, 1998, p. 143). En tal contexto, apareció la idea de participación en los contestatarios, con el fomento intelectual de Gramsci (1970), como una resistencia y respuesta a la noción de Lenin de partido centralizado. No obstante, dada la polémica ideológica, la mayoría de los comunistas y marxistas no compartían la idea de participación, al considerar que los servicios de salud eran responsabilidad del Estado y que era él quien debía ocuparse del acceso y garantía a la población. Briceño-León (1998) señala, en ese sentido, dos modos de entender la participación: como movimiento de base (acción popular organizada entre marxistas y cristianos), basada principalmente en una pedagogía del oprimido; y como promoción popular (la tercera vía: ni capitalismo, ni comunismo), promovida por los gobiernos demócratas-cristianos.

En la década de los noventa, con la llegada de los programas de ajustes a la región, la noción de participación comunitaria cobró nuevos sentidos. De ser satanizada pasó a ser una tabla de salvación para los programas de salud. El informe de 1993 sobre desarrollo mundial, «Invertir en Salud», presentado por el Banco Mundial, signó un hito en el posicionamiento de la participación comunitaria en las políticas y programas de salud para los países receptores de ayuda económica que, para el caso de América Latina, era casi su conjunto (Laurel, 1995, como se citó en Bang, 2011).

Así, por ejemplo, Lynn Morgan (2001) explora cómo el Banco Mundial se apropió del término participación comunitaria, para denotar que no se trata de participación popular, sino de partes implicadas que, de acuerdo con su nivel de poder, podrían

bloquear u obstaculizar proyectos si estos no son de su conveniencia. Por tanto, se desplaza la necesidad de participación de la década anterior a una idea de actores implicados. Jelin (1998, como se citó en Bang, 2011) plantea que esta nueva visión de la participación legitima relaciones de poder asimétricas que, según el modelo, quedan en manos de las organizaciones con poder previo dentro de la comunidad. Se continúa privilegiando la idea homogénea de comunidad, al suponer que «comparten necesidades sentidas e interés comunes» (Banco Mundial, 1995, como se citó en Bang, 2011). Chambers (1995), por su parte, agregaría que la participación comunitaria en este período fue pensada a partir de su «valor cosmético», es decir, a través de la capacidad de «adornar» cualquier programa o proyecto en salud, totalmente vaciado de sentido. Los discursos de organismos internacionales en salud estarían encabezados por esta noción, así como los crecientes procesos de democratización de esta década.

Desde un nuevo paradigma, marcado por el agudo proceso de reforma del sector salud, la llegada de los programas de ajuste estructural y la necesidad de legitimar la inclusión de actores del sector privado a la escena de las políticas de salud pública, lideradas por el Banco Mundial, muchos comenzaron a hablar de participación, aunque quizás con acepciones distintas.

La noción de participación, en este caso, se ubica en el marco de profundas transformaciones del Estado, centradas particularmente en la reducción de su tamaño y sus responsabilidades. Así, muchas de las responsabilidades del Estado quedan ahora en manos de la población, pues aquel está pensado para orientar y dirigir, no para ejecutar (Briceño-León, 1998; Palumbo, 1991; Rodríguez, Ávila, y Briceño-León, 1998). A estas reformas se sumaron los procesos de descentralización administrativa llevados a cabo en varios países latinoamericanos. El objetivo final era legitimar la inclusión de actores del sector privado a la toma de decisiones en salud, muy distante al sentido de participación de la comunidad (Bang, 2011).

Bajo esta lógica, Briceño-León (1998) identifica la participación como privatización y como complemento del Estado. La primera se configura como un elemento legitimador de la privatización de los servicios de salud –responsabilidades y ejecuciones– (Bang, 2011, 2014), mientras que el segundo modo de participación opera como una suerte de complemento del Estado; por tanto, estuvo pensada, en buena medida, para reducir costos de operación del mismo.

En el intento de reducir su ambigüedad conceptual, en este período se incorporaron nuevos sentidos e ideas a la noción de participación comunitaria, logrando que nuevos y viejos usos del concepto se emplearan indistintamente. Así, se creó una nueva retórica que, en algunos momentos, se superpone con el discurso de Alma-Ata. En respuesta a la problemática, organismos internacionales, como la OMS

y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), intentaron introducir nuevos conceptos como: participación social, participación ciudadana, intervención de la comunidad en salud, participación de los pobres, entre otros (Zacus y Lysack, 1998), profundizando los problemas de ambigüedad conceptual y reproduciendo las ideas homogéneas de comunidad, lo que le daría forma a la doble retórica en el uso de la terminología urbano-rural.

La última tendencia dentro de las cuatro identificadas, a partir de los momentos políticos que marcaron la historia, es la que constituye la idea de participación para la democracia.

Un nuevo concepto de participación comunitaria para el milenio

Con la Cumbre del Milenio de las Organización de las Naciones Unidas (ONU), celebrada en el año 2000, se inauguró un nuevo contexto de alianzas entre los diferentes organismos internacionales de salud, junto a informes macro que relacionan la economía y la salud.

Varias son las nuevas tendencias en los discursos sobre participación en salud, orientadas, principalmente, a una forma de vida democrática y al diseño de formas alternativas para las políticas de salud. Si bien el término participación ha sido redimensionado y utilizado ampliamente en los años de consolidación de la democracia como régimen político, el uso de la noción de comunidad ha perdido sentido. Así, en esta tendencia se encontraron tres maneras de aproximarse a la participación: como crítica al poder, espíritu contestatario y crítico del poder como respuesta a las autoridades médicas; como organización democrática, como forma de aumentar los niveles de organización de la población; y como mecanismo de transformación del sector salud, como medio para transformar este sector.

Estos tres elementos son concebidos por Briceño-León (1998) como una herramienta central para la nueva democracia. Aunque su apuesta fue escrita hace más de 18 años, Bang (2011 y 2014) acompaña su propuesta, identificando la importancia de la participación comunitaria, entendida desde los actores, en los procesos de desarrollo social. Sin embargo, desde una revisión conceptual mucho más actualizada, Bang (2011) señala cómo el enfoque tecnocrático ha orientado las estrategias de participación a la idea de costo-efectividad, cuyo objetivo son segmentos específicos de población (política focalizada).

A través de esta última línea de desarrollo conceptual de la participación comunitaria, en la era de la consolidación de las democracias occidentales, el concepto de ciudadanía introducido instala a la participación en un escenario de organizaciones

y partidos políticos. De esta manera, la idea de Chambers (1995) del valor cosmético de la participación se ha multiplicado en los últimos años, en tanto las instituciones encargadas de la consecución de proyectos y programas en salud han adoptado rápidamente el discurso participativo, mezclando nuevas nociones con concepciones clásicas de comunidad, ciudadanía y escenarios de participación. Así, señala Bang (2014), se da un consenso terminológico que no existe en la práctica, lo que deviene en una constante justificación en experiencias de salud, por la incorporación de prácticas participativas de la comunidad.

No obstante, en los últimos años, en algunos países de América Latina han emergido, como reacción al fracaso de los mecanismos de participación ofertados por el Estado y los organismos internacionales, una iniciativa de reacción local a las precarias condiciones de vida y, a su vez, como una estrategia de supervivencia, movilizaciones sociales o manifestaciones en entera oposición a las inequidades sociales. Mientras los organismos internacionales y el Estado siguen discutiendo la manera como la participación comunitaria debería ser entendida, definida e incluso instrumentalizada, la población se reúne en torno a ollas comunitarias y asambleas barriales, generando sus propios movimientos.

Esta realidad empírica ha dado pie a que, en los últimos años, disciplinas como la psicología, desde subcampos del conocimiento como la psicología comunitaria crítica, hayan empezado a reflexionar sobre las estrategias de autoprotección de la salud que desarrollan las clases subalternas, promoviendo la defensa del derecho a la salud. Estas estrategias, en algunos casos, señala Sopransi (2016) actúan como mediadores colectivos para transformar las condiciones de salud de las comunidades. De allí que se marque «la necesidad de comprender tales experiencias, con el fin de superar los obstáculos en la apropiación de recursos en salud –materiales y simbólicos– y en la defensa del derecho a la salud, y fortalecer la capacidad de control y negociación de los colectivos que ven vulnerados sus derechos» (p. 15).

De acuerdo con Sopransi (2016) y Menéndez (1999, p. 20) las acciones y las luchas en salud colectiva existen, pero discontinuadamente. La bibliografía sobre movimientos sociales «no incluye la descripción, ni el análisis de los grupos o movimientos organizados en torno al proceso salud-enfermedad-atención, pese a la magnitud que han alcanzado en América Latina desde mediados del siglo XX» (Sopransi, 2016, p. 15). Cahuich Campos (2004) plantea que «tampoco existe de manera suficiente una reflexión histórica sobre estas experiencias y el impacto cultural que han tenido» (p. 5). Es por ello que el entendimiento y la descripción de esas estrategias de autoprotección en salud, construidas desde la perspectiva de los actores involucrados, se presentan como una muy buena intervención preventiva y comunitaria en la salud.

Si bien no se pretende con esta agrupación hacer clasificaciones rígidas y encontrar caminos o salidas únicas a la noción de participación comunitaria en salud, se ha querido mostrar la manera como, a través de una propuesta de ubicación histórica que parte del contexto político, la participación comunitaria puede entenderse como un fenómeno social dinámico, en constante redefinición, que se presenta de acuerdo a la forma en que los diversos actores del campo social han querido dotarla de sentido y de contenido.

Participación comunitaria en salud: la importancia de la observancia de las redes, los actores sociales y el poder

Como se ha visto hasta aquí, las diferentes maneras de entender la participación en salud han respondido, históricamente, a intereses diversos y contradicciones en el campo de la salud (Bang, 2014). El discurso sobre participación, que originalmente fue utilizado como política democratizante, promotora de equidad y derechos en salud, ha sido resignificado en la década de los ochenta, pero con mucha más fuerza en los años noventa, a través de la adopción de modelos neoliberales.

El propósito específico de esta resignificación ha sido legitimar las políticas de vaciamiento y tercerización de servicios públicos (reducción del Estado), llevando a que la responsabilidad por la protección y garantía de la salud recaiga sobre el individuo y su familia. No obstante, aunque este tipo de culpabilización del individuo y su «estilo de vida» ha sido una visión marcada por el neoliberalismo, representa un retorno a argumentos de la retórica salubrista de la primera mitad del siglo XX.

Al margen de dichos discursos, diferentes experiencias locales han llevado adelante procesos participativos en salud, desde la necesidad de organizar acciones en defensa de un sistema de salud que perciben como desigual e injusto (Bang, 2014). Tal y como lo señala Sopransi (2016), hay numerosas experiencias en América Latina sobre movimientos sociales u organizaciones comunitarias que, invisibilizados por el sistema, resisten día a día las inequidades del sistema social.

Previas revisiones bibliográficas (Bang, 2011, 2014; Briceño-León, 1998; Rifkin, 1996; Zeledón y Noé, 2000) coinciden al afirmar que la retórica sobre participación comunitaria ha propiciado las concepciones abstractas y globales, «reflejando visiones simplistas e idealizadas de las características comunitarias y los mecanismos de participación y desconociendo la complejidad de la dinámica real y concreta en que se dan las experiencias participativas» (Bang, 2014, p. 115).

Apartándose de esas retóricas globalizantes, desde el campo de la psicología comunitaria crítica² y el paradigma de la complejidad, Alicia Stolkiner y Claudia Bang (2013), proponen articular los principales supuestos de las teorías de redes, para pensar las prácticas de participación comunitaria en salud, aunque sus estudios empíricos se basen, fundamentalmente, en las experiencias participativas en el campo de la salud mental.

Bajo esta propuesta, «la comunidad se presenta como una idea compleja, difícil de definir y aprehender en sí misma, representando un colectivo humano con múltiples interacciones, con diversidad de intereses y relaciones de poder, reproduciendo asimetrías» (Bang, 2014, p. 115). Esta nueva idea de comunidad se aleja de lo que hasta aquí se había visto, esto es, una comunidad como un ente único, homogéneo y geográficamente situado. Particularmente, la idea del uso de la noción de comunidad, en términos de redes, ha sido pensada por corrientes tradicionales como las de salud colectiva (Almeida-Filho, 2006), hasta recibir aportes de la antropología social (Piselli, 2007) bajo conceptos como comunidad heterogénea y desterritorializada.

Desde la salud colectiva, Almeida-Filho (2006) afirma que el momento histórico por el cual atraviesan los abordajes científico-técnicos sobre salud-enfermedad está en un proceso de renovación paradigmática, cuyos principales soportes son las lógicas de no linealidad, las teorías del caos, la geometría fractal y la teoría de redes (Stolkiner y Bang, 2013).

Para Almeida-Filho (2006), la teoría de redes constituye una revisión crítica a la teoría de los sistemas, en dirección a un paradigma científico alternativo. En este nuevo paradigma, explican las autoras, el cambio es concebido como un proceso que se da en forma discontinua, a través de sistemas que se autoorganizan (Dabas y Perrone, 1999). Así también, se gestan modalidades organizacionales creativas que visualizan el universo como una red de interacciones (Stolkiner y Bang, 2013).

Retomando a pensadores como Touraine (1993), Dabas y Perrone (1999), y siguiendo la idea de heterarquía introducida por Von Foerster (1990), Stolkiner y Bang (2013) señalan cómo la modernidad ha traído consigo un proceso de desestructuración de lo macro, con una creciente estructuración de lo micro, donde pasan a un primer plano las acciones concretas de los actores sociales, histórica y geográficamente situadas.

Bajo ese contexto, Rovere (1999) caracteriza las redes en salud desde el lenguaje de los vínculos, esto es, que la unidad de una red sería la de vínculo, en tanto que la unidad básica de vínculo es la relación entre sujetos. El autor introduce, por tanto, la idea de redes en contraposición al término «sistema de salud» por resultar este

2. El propósito principal de este campo es develar, de su objeto de estudio, el carácter de construcción social sometido a las contingencias históricas, intereses específicos y las relaciones de poder.

homogeneizador. La noción de redes asume, por tanto, la heterogeneidad y permite imaginar heterogeneidades organizadas. Por su parte, desde la psicología social comunitaria, las redes comunitarias estarían dadas por las relaciones, interacciones o vínculos, flujos y reflujo que se dan entre ellas a partir de las mediaciones establecidas y organizadas en torno a un «bien común». Por ende, desde esta corriente, las redes no involucrarían, necesariamente, a toda la comunidad.

Una última corriente importante dentro del desarrollo de las teorías de redes en salud es la promovida por el Banco Mundial. A partir de los últimos diez años, el Banco Mundial ha financiado algunos de sus tantos proyectos y programas orientados a «fortalecer redes territoriales» en los países receptores de ayudas económicas (Banco Mundial, 2007, como se citó en Stolkiner y Bang, 2013).

Centrándose en las teorías de redes, el argumento central de este organismo internacional es que el Estado debe promover y garantizar la capacidad de autorregulación de la sociedad civil sin intervenir en sus formas de organización, criterios de representación e interlocución (Corral, 2009). Las lógicas ideológicas que se ocultan detrás de tal discurso es la idea de afianzar y legitimar el modelo neoliberal, vigente desde la década de los noventa. La retórica participativa del Banco Mundial hace referencia a redes de organizaciones (organizaciones de la sociedad civil articuladas) necesarias para posicionarse como actores reconocidos localmente.

Tanto Rovere como Dabas y Perrone (1999) señalaban que la estrategia de APS había dado lugar a una configuración de un patrón normativo, un marco o modelo que no tenía en cuenta lo realmente importante en una estrategia, un análisis de actores:

A pesar del auge que ha tenido la idea de redes en intervenciones comunitarias en salud, muchas veces ha surgido como una nueva moda organizativa, quedando las prácticas igualmente concebidas desde la metáfora piramidal. Los actores sociales son ignorados y el operador continúa actuando como externo al campo de intervención (Dabas, 2001). Las llamadas redes de servicios, generalmente han sido organizadas «desde arriba hacia abajo» (a través de decretos) y desde «afuera hacia el núcleo», generando una extraña situación para los actores sociales: la de estar incluidos en una red por una adscripción nominada por otros y vaciada de contenido (Stolkiner y Bang, 2013, p. 4).

Esta propuesta, contraria a la retórica que se desarrolló en las décadas de los ochenta y noventa, pone en el centro de interés las relaciones de poder. En sí, bajo esta lógica, el poder implica ser asumido «como capacidad para el desempeño de las tareas y responsabilidades en relación y no como un objeto o cosa que pertenece a alguien en particular» (Montero, 2003 como se citó en Stolkiner y Bang, 2013, p. 134).

Bajo esta mirada, los aportes teóricos de redes proponen entender la participación comunitaria en salud «como un proceso complejo y dinámico en que una comunidad sostiene activamente mecanismos y prácticas para la toma de decisiones conjunta sobre el propio proceso salud-enfermedad» (Bang, 2014, p. 115). Por tanto, la participación comunitaria es descrita por las autoras a través de tres aspectos entendidos como ejes o indicadores en salud: la generación de espacios de encuentro comunitario e intercambio sobre problemáticas e inquietudes compartidas, una clara y concreta circulación de la información, y la posibilidad de los participantes de incidir en la toma de decisiones conjunta.

Al superar la idea de comunidad como una masa homogénea, con unos intereses y objetivos claros y compartidos por los miembros de la comunidad, la propuesta de entender la participación comunitaria desde los actores deja entrever que dentro de todo grupo humano existen procesos, tensiones, contradicciones y pugnas por el poder, en diferentes modos de su relación. De acuerdo con Foucault (1980), dichas contradicciones dan lugar a «una compleja trama de poder microscópico y capilar» (p. 89).

Para Stolkiner y Bang (2013) es precisamente esa trama de poder la que configura la realidad comunitaria en escenarios de acciones participativas concretas. De allí que considerar la perspectiva de redes permita evidenciar, introducir e interpretar la dimensión activa del sujeto y las relaciones de poder que se tejen en torno a la participación en salud. Según la revisión de literatura aquí propuesta, el poder se ha constituido como el principal aspecto invisibilizado por la visión tecnocrática-burocrática de la participación en salud.

Siguiendo la línea argumentativa de Stolkiner y Bang (2013), aquí el actor social se puede entender como una persona o grupo responsable de modificar su entorno material y social en el que está inmerso «al transformar la división del trabajo, los modos de decisión, las relaciones de dominación y las orientaciones culturales» (Bourdieu, 1993, como se citó en Stolkiner y Bang, 2013, p.133). En efecto, la participación comunitaria entraría a operar en la distribución de poder en un conjunto social específico.

Las autoras señalan que, si bien ha sido un aspecto ampliamente trabajado desde el paradigma de la complejidad, no siempre se ha dado en los contextos empíricos. De allí que la mirada ahora se centre en considerar el problema de la existencia de una inequidad en las posibilidades de participación efectiva de la población. En los contextos empíricos de participación, algunos autores han establecido que el poder y el saber se refuerzan recíprocamente, razón por la cual es fundamental proponer ejercicios de democratización de conocimientos. Asimismo, autores como Bronfman y Gleizer (1994) han identificado la imposibilidad de concebir la participación

desde la neutralidad, abstraída de su contexto, pues esta siempre tiene algún efecto sobre la estructura social de la comunidad, su capacidad de acción y su organización.

La ausencia de abordajes de esta importante dimensión dentro de la participación comunitaria, particularmente por parte de las instituciones que han iluminado este y otros conceptos asociados, evidencia el distanciamiento existente entre la retórica participativa sostenida en los programas, proyectos y políticas sanitarias, y la compleja trama de poder que caracteriza las realidades sociales (Stolkiner y Bang , 2013).

En efecto, la apuesta por una concepción de la participación comunitaria en salud desde un enfoque de redes pasa por retomar las nociones de poder, intereses e ideología que hay detrás de este concepto. Dichos aportes, inscritos en el campo de la psicología crítica comunitaria y en los estudios sociales de la ciencia (Chambers y Gillespie, 2000; Kreimer, 2007; Kreimer y Vessuri, 2017; Pinch y Bijker, 1984; Woolgar, 1981), y centrados, particularmente, en abordar la recíproca constitución entre ciencia y sociedad, permiten «reconstruir el proceso de atribución de intereses de los actores entre sí y los procesos de negociación que resultan de la resolución de una diferencia de intereses» (Jaraba-Barrios y Mora-Gámez, 2010, p. 235).

De allí resulta que la participación comunitaria deba ser reelaborada y traducida por cada actor social implicado, de acuerdo con sus particulares intereses. Esto amerita tener en cuenta las (re)configuraciones en la trayectoria que ha vivido el actor social, la cual traza una asociación entre actores que constituyen una cadena o una red, la superación de la dicotomía urbanidad-ruralidad impulsada por los estudios iniciales sobre participación en salud, el carácter constitutivamente sociocultural de las producciones científicas sobre participación comunitaria en salud (ciencia), y la importancia del enfoque local en dichos estudios.

Algunas directrices de las implicaciones sobre esta concepción serían visibilizadas a partir de futuros estudios locales. Con el fin de proponer un modelo analítico que aporte algunas líneas generales a tales estudios, en el siguiente acápite se ofrecen algunas reflexiones teóricas desde Farmer (1999), Vergara (2014) y Sen (2000), orientadas a (re)definir la participación comunitaria en salud como un fenómeno social dinámico y no lineal, definido por sus propios actores.

La participación comunitaria en contextos de desigualdades: superando las visiones dicotómicas de urbanidad-ruralidad

La inobservancia de las conceptualizaciones sobre participación comunitaria que tienen los actores sociales implicados, así como el desconocimiento de sus carac-

terísticas e intereses en juego, pone sobre la mesa, como se dijo en el acápite inmediatamente anterior, la existencia de desigualdades o inequidades en la posibilidad de participar efectiva y activamente en los temas de salud.

Es decir, mucha de la literatura que revisa el tema de la participación comunitaria no toma en cuenta que no todos los miembros de una comunidad están posicionados de forma similar ante la oportunidad de participación. Así, por ejemplo, ¿estarían en las mismas condiciones de acceso, incluso a los servicios de salud, las mujeres, los miembros de grupos étnicos, las comunidades rurales, los pobres, en general, los marginados?, aún más, ¿pueden las personas de clase baja o media baja, las mujeres, los marginados acceder a los mismos servicios de salud y, por tanto, a la participación, aún en contextos de urbanidad? Brownlea (1987) afirma que siempre se encuentran grupos no movidos ni consultados y que estos están más asociados a razones ideológicas o de intereses políticos que a imposibilidades técnicas, paradoja que, para el autor, parte de la idealización teórica de la estrategia.

Aunque resulte paradójico, Brownlea (1987) encuentra que en la implementación de la participación comunitaria como estrategia de la Atención Primaria en Salud (APS), terminan reproduciéndose, e incluso profundizándose, las desigualdades sociales existentes. Por su parte, Zeledón y Noé (2000) hacen mención a los obstáculos para el desarrollo de la participación en la salud, entre los que considera la precariedad con la que los mecanismos de control existentes reconocen la diversidad social y recogen la opinión de las minorías o los sectores más marginados (Bang, 2011, p. 15).

Como se ha hecho evidente a lo largo de su historia, los países de América Latina y el Caribe se han caracterizado por ser sociedades segmentadas, en las cuales amplios porcentajes de la población viven en condiciones de pobreza y desigualdad social: escasos recursos, poca información y nula capacidad de elección (Arnold-Cathalaud, 2014; Tavares Ribeiro Soares, 2013; Hernández, 2018).

Poco se dice de las transformaciones, quizás estructurales, que son necesarias para lograr la participación de aquellos que se ubican al margen de la sociedad, de aquellos que, contrario al discurso neoliberal de libre elección del proyecto de vida, no tienen qué elegir, no tienen un mayor abanico de opciones que les garantice la posibilidad de desarrollarse (Sen, 2000); de aquellos que se ubican en contextos de desigualdad social marcados por lo que Paul Farmer (2003) llama violencia estructural. Dicha omisión en la retórica hegemónica de la participación en salud recrea el discurso cosmético de la participación y quita toda responsabilidad a las políticas y acciones que estructuran dicha pobreza e inequidad.

Las desigualdades e inequidades en salud, así como la imposibilidad de evitar una muerte prevenible o prematura, o como la imposibilidad de escapar del contagio de una enfermedad de transmisión sexual (Farmer, 1999), son el resultado de un

complejo entramado de factores causales que interactúan entre sí. Dichos factores «incluyen las condiciones materiales individuales dentro de las cuales cada persona vive, la cohesión social, los factores psicosociales, conductuales y biológicos, así como el funcionamiento del sistema de salud» (Pineda, 2012, p. 98). La manera como las personas interactúan con los factores causales antes mencionados está determinada por la posición que ocupa el individuo dentro de la jerarquía social a lo largo de dimensiones de riqueza, ingreso, poder, ocupación, educación, sexo, etnia y del territorio que habita (Vergara, 2014).

Asimismo, todos esos factores causales (categorías de clase, género y raza) son, a su vez, afectados por el contexto social, económico, político y cultural, que determinan la desigual distribución del poder, del prestigio y de los recursos, y que se expresan en inequidades en salud; siendo esto un asunto de justicia social (Pineda, 2012). Esas diferencias que existen en los logros de salud entre un grupo poblacional y otro que pueden ser prevenidas a través de medios razonables³ (Farmer, 2003), es lo que se entiende como inequidades.

Un claro ejemplo de esto es el trabajo «Las historias en los tiempos del cólera». En él, a través de un estudio desde la medicina social y la epidemiología crítica, Briggs y Martini-Briggs (2004) exploran la epidemia del cólera ocurrida en Venezuela entre 1993 y 1994, y en el cual se evidencian las diferentes maneras para enfrentar la epidemia, pero, principalmente, se destaca que las preocupaciones dominantes, particularmente las de la esfera pública y las del Estado, eran más en el sentido de legitimar las acciones institucionales involucradas que en el de considerar la epidemia desde su perspectiva estructural o de la propia realidad social e histórica de la población.

De allí que se proponga considerar el concepto de violencia estructural⁴ de Paul Farmer (1996), el desarrollo como libertad de Amartya Sen (1999, 2000) y el paradigma de la diferencia de Vergara (2014) como bases conceptuales para abordar una propuesta analítica que intenta entender la participación comunitaria a través de la heterogeneidad de sus actores, sus contextos y sus intereses, y que pretende alejarse de la dicotómica división conceptual adoptada por el discurso hegemónico de participación en contextos urbanos y aquel impulsado por la declaración Alma-Ata para realidades rurales o marginales.

3. Para Farmer, los medios razonables son todos aquellos cuya provisión no resulta moralmente ofensiva ni poco razonable y que mejorarían sustancialmente desde la atención en salud hasta las condiciones de vida.

4. El término aquí propuesto es útil en cuanto ilustra las situaciones en las que se produce un daño en la satisfacción de las necesidades humanas básicas (supervivencia, bienestar, identidad o libertad), como resultado de los procesos de estratificación social, es decir, sin necesidad de formas de violencia directa (La Parra y Tortosa, 2003).

La noción de violencia estructural introducida por Farmer (1996) es de gran utilidad para observar fenómenos sociales como la participación comunitaria en contextos de desigualdad. La conceptualización de Farmer, al ubicar las fuerzas históricas que están detrás de los contextos de violencia en los cuales se ven inmersas las personas que están en la base de la jerarquía social –en la mayoría de los casos forjadas por procesos económicos–, permite evidenciar la intensidad y la manifestación de un tipo de violencia que puede tomar las formas de racismo, sexism, violencia política, pobreza y otras desigualdades sociales. De acuerdo con Farmer, al enfrentarse con las manifestaciones cotidianas de la desigualdad social, el individuo carga un peso estructural que impacta negativamente su capacidad para tomar decisiones sobre su vida. Es precisamente allí donde entra el aporte de Sen (1999, 2000), en su propuesta del desarrollo como libertad. Si bien la participación en salud ha sido concebida dentro del desarrollo social (en general), en contextos de desigualdad e inequidad social vale la pena aproximarse a la propuesta de Sen para entender en qué medida los contextos de desigualdad limitan el desarrollo y, por ende, limitan la libertad.

En su propuesta, Sen entiende el desarrollo como un proceso integral de expansión de libertades sustantivas que se conectan entre sí, también resalta la importancia que tiene para el desarrollo el uso amplio de los mercados y «el papel singular del apoyo social, de la regulación pública o política cuando éstos pueden enriquecer las vidas humanas» (Sen, 2000, p. 14). Es decir, bajo este enfoque, el desarrollo se concibe en términos inclusivos que integran consideraciones económicas, sociales y políticas (Sen, 2000, p. 18). La propuesta de Sen está orientada a dirigir la mirada hacia los fines que hacen importante el desarrollo, contraria a las ideas de la teoría económica neoclásica, que centra su atención solo en una lista de instrumentos seleccionada que, junto a otros, desempeñan un papel fundamental en el proceso de expansión de libertades humanas sustantivas.

Bajo este contexto, la noción de participación es central en el esquema argumentativo de Sen y en su idea de desarrollo. En la propuesta de Sen, la relación entre libertad individual y desarrollo social trasciende su conexión constitutiva. Lo que la autora propone es que lo que las personas están en capacidad de lograr se encuentra influido por las oportunidades económicas, políticas y sociales que estas puedan tener.

Luego, las medidas institucionales relacionadas con esas oportunidades se ven, a su vez, influenciadas por el ejercicio de las libertades de las personas, a través de la libertad de participar en la toma de decisiones que impulsan el progreso de estas oportunidades. De allí que la apuesta de Sen a que el desarrollo sostenible, tanto del medio rural como del medio urbano, en donde la salud es sólo uno de los tantos lentes analíticos que se pueden usar para evidenciar las desigualdades sociales, pasa,

necesariamente, por la sostenibilidad social. Allí donde hay hambre, hay enfermedad, hay pocas o nulas condiciones sanitarias, es difícil concebir seres humanos con autonomía y libertad para desarrollar su proyecto de vida (Sen, 2000.).

Haciendo uso de las propuesta de Farmer y Sen como dos grandes marcos contextuales a partir de los cuales se puede explorar, pensar y reflexionar el tema de las desigualdades sociales en salud, en su relación con el tema de participación comunitaria, el paradigma de la diferencia de Vergara (2014) se propone como una ruta conceptual a seguir, orientada a superar la manera como las retóricas participativas hegemónicas han instrumentalizado la participación y han invisibilizado a muchas de las poblaciones marginales a través de la homogeneización de la noción de comunidad.

Siguiendo la propuesta de Vergara, se trata de pensar la diferencia más allá de las dinámicas de exclusión y marginalidad que se han dado en torno a comunidades, como las de los afrodescendientes e indígenas, reconociendo desde la diferencia (cultural) –esa que en algún momento intentó borrar o superar la declaración de Alma-Ata–, la riqueza y las potencialidades de cada comunidad. El reconocimiento de sus experiencias, vivencias y dinámicas, así como las divergencias que puedan presentar como comunidad, es lo que permite introducir la propuesta de redes de actores como lente analítico para entender la participación comunitaria desde contextos sociales diversos y complejos como el colombiano, particularmente, el del Litoral Pacífico.

En este contexto, las nociones de Vergara (2014) sobre «cuerpos» y «territorios vaciados» permiten ilustrar las formas violentas (Farmer, 1996) como el «otro» ha sido desprovisto de sentido, de identidad y de contenido. De manera particular, la propuesta de Vergara identifica la construcción de imaginarios y discursos que niegan a ese otro, tanto de una manera simbólica como física, excluyéndolo de diferentes escenarios de la vida social, tal es el caso de los escenarios de participación en salud. Al homogeneizarse la población, ya sea pensando en un contexto marginal donde prima la idea de «ruralidad» o en un contexto de urbanidad donde la participación es entendida como control social a los servicios de salud, en muchas oportunidades ese otro ha sido vaciado de su experiencia, prácticas, sentidos y capacidades de aportar en contextos de participación.

Conclusiones

La propuesta se centró en identificar la diversidad de contextos, actores, relaciones e intereses, y reconocerlos dentro del marco de la participación en salud, de manera que el sentido y el significado que cada actor particular le imprima a su proceso pueda considerarse por igual dentro de la trama de poder que envuelve las relaciones sociales. Se trata, en palabras de Vergara (2014), de una comprensión holística de la diferencia del otro «que permita comprender su ser, su hacer y su historia».

Esta propuesta cobraría especial sentido si se contrastaran, empíricamente, las experiencias de participación de una comunidad rural con algunos desarrollos urbanos y de una comunidad urbana en condiciones de inequidad, de manera que puedan ilustrarse las rupturas, los encuentros y los ruidos que se producen al seguir pensando modelos rígidos de participación que toman como único referente las ideas de urbanidad-ruralidad. Si bien las desigualdades sociales están marcadas significativamente por su contexto geográfico, en términos del acceso a los servicios de salud y la calidad de vida que tienen los habitantes de la ruralidad, el mundo moderno nos presenta una sociedad fragmentada y compleja que es importante abordar a partir de la consideración de las singularidades de sus partes, considerándolas, reconociéndolas, permitiendo que se organicen, pero no jerarquizándolas y, mucho menos, despojándolas de sentido. He allí el gran desafío de la propuesta de conceptualización de la participación comunitaria en salud aquí expuesta.

Referencias bibliográficas

- ALMEIDA-FILHO, N. (2006). Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: Evaluación de conceptos y aplicaciones. *Salud Colectiva*, 2 (2): 123-146.
- ARNOLD-CATHALIFAUD, M. (2014). ¿Qué tanto puede excluirse la exclusión social? El debate contemporáneo sobre las desigualdades. *Controversias y Concurrencias Latinoamericanas*, 6(10), 13-24.
- BANCO MUNDIAL. (1995). Designing Community based Development. *Social Development Papers*, 7. Recuperado de <http://www-esd.worldbank.org/html/esd/env/publicat/dpapers/dp296.htm>
- BANG, C. (2011). Debates y controversias sobre el concepto de participación comunitaria en salud: una revisión histórica. *Revista E&A*, 2(3), 1-23.
- BANG, C. (2012). Las ideas de comunidad y participación comunitaria en salud. Una revisión histórica en las políticas de salud para América Latina. Saarbrücken: Editorial Académica Española.

- BANG, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de la salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemas psicosociales complejas. *Revista Psicoperspectivas*, 13(12), 109-120.
- BANG, C. Y STOLKINER, A. (2013). Aportes para pensar la participación comunitaria en salud/salud mental desde una perspectiva de redes. *Revista Ciencia, Docencia y Tecnología*, 24 (46): 123-143.
- BRICEÑO-LEÓN, R. (1998). El contexto político de la participación comunitaria en América Latina. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(2), 141-147.
- BRIGGS, C., Y MANTINI-BRIGGS, C. (2004). *Las historias en los tiempos del cólera*. Caracas: Editorial Nueva Sociedad.
- BRONFMAN, M. Y GLEIZER, M. (1994). Participación comunitaria: ¿necesidad, excusa o estrategia? O de qué hablamos cuando hablamos de participación comunitaria. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(1), 111-122.
- BROWNLEA, A. (1987). Participation: myths, realities and prognosis. *Social, Scients and Medicine*, 25 (6): 605-14.
- CAHUICH CAMPOS, M. (2004). *La construcción de una economía y salud solidarias*. México: Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- CARO, A. (2002). El paradigma de la complejidad como salida a la crisis de la posmodernidad. *Revista Discurso*, 16-17, 69-83.
- CEQUEIRA, M., Y MATO, D. (1998). Evaluación participativa de los procesos de participación social en la promoción y el desarrollo de la salud. En A. Haro y B. De Keijzer (coords.), *Participación comunitaria en salud: evaluación de experiencias y tareas para el futuro* (pp. 21-65). Hermosillo: El Colegio de Sonora, OPS, Produssep.
- CHAMBERS, R. (1995). *Paradigm shifts and the practice of participatory Research and development: theory and practice*. London: Intermediate Technology Publications.
- CHAMBERS, D., Y GILLESPIE, R. (2000). Locality in the history of science: colonial science, technoscience and indigenous knowledge. *Osiris*, 15, 221-240.
- CORRAL, S. (2009). *Manual metodológico de fortalecimiento institucional de redes territoriales de organizaciones de base* (Vol. I). Buenos Aires: CENOC.
- DABAS, E. Y PERRONE, E. (1999). Redes en salud (documento en línea). Disponible en: <http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/71292/345905/file/Redes%20Sociales.pdf> [10 de mayo de 2017].
- FARMER, P. (1996). On Suffering and Structural Violence: a view from below. *Daedalus*, 125(1), 261-283.

- FARMER, P. (1999). *Infections and Inequalities: The Modern Plagues*. Berkeley: University of California Press.
- FARMER, P. (2003). *Pathologies of power. Health, human rights and the new war on the poor*. Berkeley: University of California Press.
- FERRARA, F. (2003). *Más allá del corte de rutas. La lucha por una nueva subjetividad*. Buenos Aires: La rosa blindada.
- FOUCAULT, M. (1980). *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.
- GARRETÓN, M. (2002). La transformación de la acción colectiva en América Latina. *Revista de la CEPAL*, 16, 7-23.
- GRAMSCI, A. (1970). *Antología*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- HERNÁNDEZ, L. (2018). Una observación del orden político de América Latina desde la teoría de los sistemas locales. *Nueva Época*, 8(232), 129-152.
- JARABA-BARRIOS, B., Y MORA-GÁMEZ, F. (2015). Reconstruyendo el objeto de la crítica: sobre las posibles confluencias entre psicología crítica y estudios sociales de la ciencia y la tecnología. *Revista Colombiana de Psicología*, 19(2), 225-239.
- KALINSKY, B., ARRUÉ, W., Y ROSSI, D. (1993). *La salud y los caminos de la participación social: marcas institucionales e históricas*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- KREIMER, P. (2007). Estudios sociales de la ciencia y la tecnología en América Latina: ¿para qué?, ¿para quién? *Revista Redes*, 13(26), 55-64.
- KREIMER, P., Y VESSURI, H. (2017). Latin American science, technology, and society: a historical and reflexive approach. *Tapuya: Latin American Science, Technology and Society*, 1(1), 17-37.
- LA PARRA, D., Y TORTOSA, J. (2003). Violencia estructural: una ilustración del concepto. *Documentación social*, 131, 57-72.
- MALO, M. (2010) La participación en salud: una cuestión política. En Levy, J. y Malo, M. De la participación en salud a la construcción del poder popular. Experiencias para el debate (pp. 5-14). Maracay: IAES Dr. Arnoldo Gabaldón.
- MCGRAIL, M., Y HUMPHREYS, J. (2009). The index of rural access: an innovative integrated approach for measuring primary care access. *BMC Health Services Research*, 9(124), 1-12. doi:10.1186/1472-6963-9-124.
- MENÉNDEZ, E. (1998). Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social. *Cuadernos Médico/Sociales*, 73, 5-22.
- MORGAN, L. (2001). Community Participation in Health: perpetual allure, persistent challenge. *Health Policy and Planning*, 16(3), 221-230.

- NAVAS, R., ROJAS, T., ÁLVAREZ, C., Y FOX, M. (2010). Participación comunitaria en los servicios de salud. *Revista de Ciencias Sociales*, 16(2), 1-15.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación. Resumen analítico del informe final*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69830/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf;jsessionid=A88622B5943EB03797DC90A8264929BF?sequence=1
- PALUMBO, G. (1991). *Gerencia participativa: un caso exitoso en el sector salud*. Caracas: IESA-Fundación Antonio Cisneros Bermúdez.
- PEREIRA COLLS, A.C., ZAMBRANO VERGARA, R. Y HERNÁNDEZ FLORES, M. (2002). Participación Social en Salud y Calidad de Vida. En Rev. Venezolana. de Sociología y Antropología, sept., vol.12, N. 35, págs. 567-585.
- PINCH, T. J., Y BIJKER, W. E. (1984). The Social Construction of Facts and Artefacts: or How the SOCIOLOGY of Science and the Sociology of Technology might Benefit Each Other. *Social Studies of Science*, 14(3), 399-441.
- PINEDA, B. (2012). Desarrollo humano y desigualdades en salud en la población rural en Colombia. *Univ. Odontol.*, 31(66), 97-102.
- PISELLI, F. (2007). Communities, places and social networks. en: American Behavioral Scientist, 50(7): 867-878.
- RIFKIN, S (1996). Paradigmst lost: toward a new understanding of community participation in health programes. *Acta Tropica* 1996; 61(2): 79-92.
- RODRÍGUEZ, V., ÁVILA, O., Y BRICEÑO-LEÓN, R. (1997). Satisfacción de los usuarios y disposición a pagar por los servicios. *Espacio abierto*, 6, 321-338.
- ROVERE, M. (1999). *Redes en salud: un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Llazarte.
- RUIZ, R. (2013). La participación política en la historia. *Revista Derecho y Realidad*, 21, 215-244.
- SEGAL, L., Y LEACH, M.-J. (2011). An evidence-based health workforce model for primary and community care. *Implement Sci.*, 6, 1-8.
- SEN, A. (1999). *Libertad y desarrollo*. Madrid: Alianza Editorial.
- SEN, A. (2000). El desarrollo como libertad. *Revista Gaceta Ecológica*, 55, 14-20.
- SOPRANSI, M. (2016). La participación social en salud desde la perspectiva de las organizaciones populares. En G. Zaldúa (ccord.), *Intervención en psicología social comunitaria: Territorios, actores y políticas sociales*. Recuperado de <https://www.teseopress.com/psicologiasocialcomunitaria/chapter/capitulo-3-la-participacion-social-en-salud-desde-la-perspectiva-de-las-organizaciones-populares/>

- SPINELLI, H. (1999). Seminario taller sobre participación popular en Nicaragua. En E. Menéndez (coord.), *Participación social: metodología, problemas y expectativas. El caso Nicaragua 1978-1989* (pp. 93-123). México: Instituto Mora.
- STOLKINER, A., Y BANG, C. (2013). Aportes para pensar la participación comunitaria en salud/salud mental desde la perspectiva de redes. *Ciencia, docencia y tecnología*, 24(46), 123-143.
- TAVARES RIBEIRO SOARES, L. (comp.), (2013). *Pobreza, desigualdad y salud en América Latina*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO.
- TOURAINÉ, A. (1993). Crítica de la modernidad. Madrid: Temas de hoy.
- VERGARA, A. (2014). Cuerpos y territorios vaciados: ¿en qué consiste el paradigma de la diferencia? ¿Cómo pensamos la diferencia?. *Revista CS*, 13, 338-360.
- WAKERMANN, J., HUMPHREYS, J., WELLS, R., KUIPERS, P., ENTWISTLE, P., Y JONES, J. (2008). Primary health care delivery models in rural and remote Australia - a systematic review. *BMC Health Services Research*, 8, 276.
- WOOLGAR, S. (1981). Interests and explanation in the social study of science. *Social Studies of Science*, 11, 365-394.
- ZALDÚA, G., SOPRANSI, M., Y VELOSO, V. (2005). La praxis psicosocial comunitaria en salud, los movimientos sociales y la participación. *Anuario de Investigaciones*, 12, 115-122.
- ZACUS, D. & LYSACK, C. (1998). Revisiting community participation. *Health Policy and Planning*, 13(1): 1-12. London.
- ZARANKIN, A., Y SALERNO, M. (2008). Después de la tormenta. Arqueología de la represión en América Latina. *Complutum*, 19(2), 21-32.
- ZELEDÓN, C. Y NOÉ, M. (2000). Reformas del sector salud y participación social. *Revista Panamericana de salud pública*, 8 (2):99-104.