

shaping health



Exchanging on social power in health

Construyendo poder y
participación social en
los sistemas locales
de salud:

Aprendiendo de la
práctica.

Rene Loewenson

con
Peter Bezec, Vera Coelho, Lucia
D'Ambruso, Jo Dorras, Ruth Dudding,
Patricia Frenz, Patricia Gerrity, Deborah
Howe, Vanessa Ivie, Don Matheson,
Clara Mbwili-Muleya, Ranjita Mohanty,
David Ndeti, Francisco Obando,
Sarah Simpson, Beth Tanzman, Bill
Wagner y Rebecca Zappelli



Noviembre 2017

Training and Research
Support Centre

Con apoyo de una beca otorgada por
Charities Aid Foundation of America
de Robert Wood Johnson Foundation
Donor-Advised Fund



Citar como: Loewenson R con Beznec P, Coelho V, D'Ambruoso L, Dorras J, Dudding R, Frenz P, Gerrity P, Howe D, Ivie V, Matheson D, Mbwili-Muleya C, Mohanty R, Ndetei D, Obando F, Simpson S, Tanzman B, Wagner B and Zappelli R (2017) "Construyendo poder y participación social en los sistemas locales de salud: Aprendiendo de la práctica". Noviembre 2017, Training and Research Support Centre.

Agradecimientos: El primer borrador realizado por Rene Loewenson fue revisado por Sarah Simpson, Patty Geritty y Susan Mende, cuyos comentarios se reconocen con agradecimiento. El borrador revisado se presentó y fue examinado por delegados en la reunión internacional de *Shaping health* en Octubre del 2017. Se agradecen sus comentarios y aquellos de los directores de sitio. También se agradece a los miembros de los equipos de estudios de caso nacionales en los Estados Unidos y los sitios de estudio de caso. Agradecemos a Olin Moctexuma Burns por la traducción al español y a Francisco Obando y Patricia Frenz por la revisión de la traducción.

Fotografías utilizadas o adaptadas bajo una licencia Creative Commons: Portada: Formación en materia de salud, Zambia 2016 © Shana; Itinerario para fortalecer la participación ©CESFAM MT Calcuta, Santiago, Chile 2016; MDMQ Reunión del comité directivo, Quito LJ Lurado 2016. Otras fotografías utilizadas con permiso, como se muestra bajo cada fotografía individual.

El proyecto sobre "Aprendizajes de las experiencias internacionales sobre enfoques de poder, participación y toma de decisiones comunitarias en materia de salud.", coordinado por el Training and Research Support Centre busca reunir evidencia y construir aprendizaje sobre prácticas prometedoras y modelos auténticos de participación, poder y toma de decisiones comunitarias en sistemas de salud en países de ingresos altos, medianos y bajos. Busca establecer el diálogo y las redes para el intercambio y el apoyo entre pares sobre enfoques y prácticas que se pueden adaptar de forma local en Estados Unidos y otros países. El apoyo para esta investigación fue otorgado por Charities Aid Foundation of America de Robert Wood Johnson Foundation Donor-Advised Fund. Los puntos de vista aquí expresados no reflejan la opinión de CAF America ni de Robert Wood Johnson Foundation. Para más información, escriba a TARSC en admin@tarsc.org.

shaping health



Exchanging on social power in health

Construyendo poder y
participación social en
los sistemas locales
de salud:

**Aprendiendo de la
práctica.**

Rene Loewenson

con

Peter Beznec, Vera Coelho, Lucia
D'Ambruoso, Jo Dorras, Ruth Dudding,
Patricia Frenz, Patricia Gerrity, Deborah
Howe, Vanessa Ivie, Don Matheson,
Clara Mbwili-Muleya, Ranjita Mohanty,
David Ndeti, Francisco Obando,
Sarah Simpson, Beth Tanzman, Bill
Wagner y Rebecca Zappelli

Noviembre 2017

Training and Research
Support Centre

Con apoyo de una beca otorgada por
Charities Aid Foundation of America
de Robert Wood Johnson Foundation
Donor-Advised Fund



Índice

Mensajes clave	1
1. Shaping Health	4
2. ¿Por qué es necesario construir participación en la salud?	6
3. Facilitando el poder social en la salud	8
3.1 ¿Cómo se organiza la participación social en la salud?	9
3.2 ¿Qué procesos, herramientas y recursos se utilizan?	14
4. Pero, ¿hace alguna diferencia la participación?	21
5. ¿Qué conocimiento compartido y cuáles principios comunes?	24
5.1 La participación es intrínseca a la identidad de las personas, un reflejo de los valores, los derechos y la justicia y es fundamental para la salud	24
5.2 La experiencia y el conocimiento comunitario, el activismo comunitario y el liderazgo son conductores de la práctica participativa	25
5.3 Es más probable que los procesos participativos en la salud florezcan dentro de un escenario comunitario... ..	26
5.4 ...apoyados por y suscitando modelos de salud más holísticos.....	26
5.5 Los espacios y procesos formales e informales son clave y su interacción bidireccional los enriquece a ambos	27
5.6 El intercambio de información y la organización de la evidencia comunitaria son necesarios, pero no suficientes, para la participación significativa	28
5.7 La participación precisa de procesos accesibles para la co-determinación vinculando las decisiones a las acciones y a los recursos	28
5.8 Los facilitadores institucionales e individuales desempeñan un papel crucial	29
5.9 Profundizar la participación toma tiempo y capacidades	30
5.10 Rastrear diversas formas de progreso construye aprendizaje de la acción y demuestra los beneficios a la salud	30
6. Bibliografía	31

Mensajes clave

Las condiciones socioeconómicas cambiantes, el incremento de la educación y la interconexión están generando posibilidades y expectativas para el mejoramiento de la salud y de los servicios de la salud. Sin embargo, mucha gente no obtiene dichas oportunidades para mejorar la salud debido a desigualdades socioeconómicas y prejuicios. La gente se ve afectada por diversas cargas de salud, la mayoría de las cuales provienen de condiciones que exigen participación social para su gestión y prevención. Los sistemas de salud enfrentan el desafío de desarrollar enfoques más equitativos y eficaces para superar dichos retos, para trabajar con comunidades y otros sectores en la mejora de los resultados de la salud y para reducir los costos tanto a los hogares como en los servicios.

La participación social en la salud se refiere al poder y al compromiso individual y colectivo de la gente con las condiciones, decisiones y acciones que afectan su salud y los servicios de la salud. Ésta puede presentarse de muchas formas y en diversos niveles. Puede iniciarse desde la comunidad o por instituciones externas. Ocurre dentro de espacios formales e informales, espacios invitados o reivindicados y en distintas funciones de sistemas de salud. Pueden ser *ad hoc*, transitorios o sostenidos. En *Shaping health* nos enfocamos en las formas de participación en las cuales las comunidades co-deciden acciones y servicios para su salud y bienestar, a través de su conciencia, su poder colectivo y su poder para actuar. Este artículo reporta nuestro aprendizaje sobre su organización e implementación, con ejemplos de práctica de sistemas de salud locales de diversos países. Como mensajes clave, compartimos a continuación los principios comunes a las prácticas que construyen el poder social y la participación en la salud y en los sistemas de salud.

1. **La participación es fundamental para mejorar la salud, es intrínseca a la identidad de la gente y es un reflejo de valores, derechos, equidad y justicia social.** La participación, por tanto, no es sólo un medio para mejorar las acciones y los servicios de salud. Es un fin en sí, fundamental para la humanidad y una meta democrática de la sociedad. El poder social que involucra la participación más que concederse, se exige. Entre más se integra y se exige la participación en una comunidad, más se sostiene, defiende y fortalece con el tiempo, más sirve de apoyo al personal de servicio y más forja modelos sólidos en mayor medida que cuando se organiza principalmente como una necesidad funcional de los servicios de salud.
2. **Las experiencias y el conocimiento de las comunidades, el activismo comunitario y el liderazgo son detonantes y conductores de la práctica participativa.** La práctica participativa se moviliza, se inicia o, si es catalizada por comunidades externas, se involucra de manera temprana con la experiencia de la comunidad, su cultura, sus percepciones y sus respuestas a la injusticia. La experiencia y el conocimiento de la comunidad informa la evidencia y el análisis empleado para establecer prioridades, para tomar decisiones conjuntamente y para diseñar los servicios. Esto implica identificar, invertir y nutrir activistas a nivel comunitario que formen parte de los grupos afectados así como formar sus competencias funcionales y capacidades para la facilitación, la comunicación, la capacidad de convocatoria, la negociación, la defensa, y el liderazgo. Muchos activistas de la salud comunitarios asumen estos papeles de forma voluntaria. No obstante, sus papeles se mantienen mejor cuando se encuentran vinculados al empleo o a oportunidades de salario y al reconocimiento por los cambios a los que contribuyen.



Actividad de sensibilización pública sobre salud mental © D Ndeti 2017

- 3: Es más probable que los procesos participativos y el poder social en la salud florezcan cuando se cimientan en un entorno comunitario,** como escuelas, mercados, lugares de trabajo, reuniones deportivas y convivencias tradicionales. En estos entornos, con procesos centrados en la comunidades en vez de en los servicios, es más probable que las interacciones entre las comunidades y los servicios superen desequilibrios de poder que inhiben a las comunidades en sus interacciones con personal de servicio.
- 4: Los modelos de salud más holísticos son apoyados por y resultan en la participación social y el poder,** y se obtienen con enfoques centrados en la gente, en la salud de la población y en la asistencia médica primaria (AMP) que trabaja con otros sectores sobre la salud. La voz de la comunidad en la toma de decisiones incrementa el énfasis en estos enfoques, lo cual requiere capacidades socio-culturales y trabajo en equipo del personal de servicio, de medidas para planeación y monitoreo compartido así como del proveer recursos para la salud de la población.
- 5: Tanto los espacios como los procesos formales e informales desempeñan papeles clave en la participación y se enriquecen mutuamente a partir de sus interacciones recíprocas.** Los espacios informales son más flexibles, inclusivos y capaces de utilizar procesos, lugares y herramientas accesibles a las comunidades, especialmente para alcanzar e involucrar a grupos que usualmente son excluidos de procesos formales. Pueden consolidar el poder colectivo y la confianza para las interacciones formales. Los mecanismos formales, usualmente constituidos de forma legal, proporcionan una manera de participación conjunta de la comunidad y los servicios a través de diálogo, co-determinación y supervisión. Esta participación es más significativa si los miembros de la comunidad se eligen incluyendo los diferentes grupos sociales, si éstos forman parte de la toma de decisiones o si se les informa sobre las reglas del procedimiento y si la evidencia y los procesos son accesibles a la comunidad y permiten sus aportes. En este informe se detallan las diferentes maneras de hacer lo anterior. Generalmente, la práctica participativa involucra una dinámica bilateral entre una multiplicidad de mecanismos y procesos formales e informales, para entablar el diálogo, las relaciones y el desarrollo de la confianza a lo largo del tiempo entre las comunidades y los servicios.
- 6: Compartir información y procesos participativos para recolectar, analizar, discutir y usar la evidencia y el conocimiento comunitario al planificar es necesario, mas no suficiente, para una participación social significativa.** Las comunidades y los servicios comparten información de varias maneras, de persona a persona, de forma colectiva y en línea. Sin embargo, el intercambio de información por sí solo puede tener muy poco impacto en el poder social. La evidencia y el conocimiento comunitario necesita ser utilizado en la toma de decisiones para así conseguir formas de participación más significativas. Hay diversas maneras en que las comunidades recolectan y analizan de forma activa la evidencia sobre la salud y sus determinantes, identifican problemas y sus causas y establecen prioridades. La evidencia y el análisis comunitario, junto con la evidencia de los servicios, enriquece la planeación. Esto en especial cuando las comunidades son involucradas en las decisiones, tales como qué mejorará la equidad en la salud, utilizando la evidencia y criterios para la toma de decisiones acordados entre el servicio y el personal comunitario.
- 7: La participación comunitaria en procesos accesibles para la toma de decisiones que vinculen y lleven a planes, acciones y recursos compartidos es central para una participación significativa.** La participación en la toma de decisiones (co-determinación) ocurre en lugares formales y se encuentra influenciada por procesos e interacciones informales. No obstante, ésta exige más que sólo la presencia de mecanismos. Debido a los diversos intereses y al poder involucrado, una variedad de características facilitan el poder social en la toma de decisiones, tales como: representantes comunitarios elegidos e incluyentes que se involucran en los procesos comunitarios, que se comunican con las comunidades y que obtienen retroalimentación de éstas; transparencia en los procedimientos y en los principios que gobiernan la toma de decisiones, los cuales son acordados con las comunidades; procesos que integren características socio-culturales (lenguaje, alfabetismo) en sus métodos, metas y medidas de resultados, como los marcadores de progreso, para evaluar y revisar el proceso paso a paso con “victorias” a corto plazo para construir confianza. Estas medidas se refuerzan al vincular las decisiones con los recursos, como a través de la certificación, los subsidios comunitarios, fondos de incentivos y la creación de un presupuesto participativo. El apoyo comunitario y de servicios se fomenta cuando las decisiones se monitorean, el progreso se reporta y donde hay rendición de cuentas establecida a través de auditorías sociales y con audiencias públicas.

8: Los facilitadores institucionales e individuales desempeñan un papel crucial.

La experiencia internacional sugiere que uno o más “facilitadores” estratégicos y consistentes desempeñen un papel clave como organizadores, catalizadores, habilitadores y partidarios de estos procesos. Pueden provenir de servicios locales de salud o de otros servicios, de autoridades locales, instituciones no estatales, empresas sociales, o pueden ser individuos clave. Las comunidades y los servicios perciben a los facilitadores como confiables y competentes. Las instituciones que asumen este papel tienen varias características: administración habilitadora y con visión, personal o voluntarios adecuados, experiencia de trabajo en colaboración y una base de financiación, estrategias de recursos o apoyo más amplio que hagan posibles los programas y de un grado de libertad organizacional para probar, desarrollar y sostener nuevas prácticas. Establecer metas alcanzables y monitorear y hacer visible para todos los involucrados el progreso obtenido al abordar las preocupaciones compartidas contribuye a generar confianza en los procesos.

9: Profundizar la participación toma tiempo, presencia continua y capacidades, para permitir que los modelos evolucionen, para identificar cómo contribuir, para incluir asesorías

y la construcción de capacidades y permitir las conexiones horizontales y su propagación en distintas comunidades. Aunque requiera de tiempo y se enfrente con poder de oposición, el poder y la confianza social creciente y la revisión estratégica compartida con aquellos involucrados ayuda a construir y mantener el trabajo realizado.

10: La revisión y la evaluación estratégica puede rastrear y mostrar diferentes formas de progreso en los resultados de la salud y en los sociales así como otorgar aprendizaje de la acción.

Aunque la evidencia usualmente se recolecta para establecer apoyo en políticas, financiamiento y administración, la evidencia recolectada a través de aproximaciones participativas es vital para apoyar la crítica constructiva, para las revisiones estratégicas y para aprender por medio de la acción. Desde el comienzo esto debería reconocer y valorar una mezcla de resultados sociales, de sistema, de servicios y de la salud, el tiempo que éstos requieren para emerger y las diferentes maneras en que son recolectados y medidos, como describe este informe. Tal evidencia puede generar confianza en el progreso común para aquellos involucrados y muestra la contribución de poder social y participación en la salud.



5ª Reunión anual de Consejos locales de salud, Biobío Province © M Mazzei, 2016

1. Shaping Health

Las personas no son simples pacientes o consumidores pasivos en la salud. Ya sea de forma individual o colectiva, también contribuyen de forma activa a una cultura de la salud. Son ciudadanos con el derecho de participar en las decisiones y acciones que afectan las condiciones de su salud y de los servicios de la salud.

¿Qué queremos decir con “participación social” en la salud? Como se discutió de manera más amplia en [un artículo anterior sobre antecedentes \(1\)](#), se refiere a la participación individual y colectiva de la gente en las condiciones, decisiones y acciones que afectan su salud y los servicios de la salud. Ésta puede presentarse de distintas formas, ya que se encuentra motivada por los intereses diversos de aquellos que se encuentran involucrados. Se asume en distintos niveles, a partir de la manipulación y la consulta hasta la co-determinación y el control. Se puede iniciar de forma orgánica dentro de la comunidad o por instituciones externas. Ocorre dentro de espacios formales e informales así como invitados o reivindicados y con diferentes funciones de sistemas de salud y puede ser *ad hoc* y transitorio o sostenido. Dentro de esta diversidad de formas, la participación refleja y transforma las [relaciones de poder](#) que existen entre las comunidades y los servicios y otro personal (1).

En 2016/2017, el proyecto *Shaping health* exploró cómo los sistemas locales de la salud de distintos países han construido el poder y la participación social en la salud, así como los retos que éstos enfrentan. Al ser una comunidad de gente e instituciones involucradas en este campo de trabajo, nosotros compartimos experiencias y percepciones sobre cómo las comunidades construyen el poder, la confianza y las capacidades para identificar sus necesidades de salud y servicios, para establecer prioridades y participar en las decisiones sobre las acciones y los servicios que abordan estas prioridades. Especialmente, nos enfocamos en sistemas de salud a nivel local y en las comunidades que interactúan con ellos para promover la salud de la población.

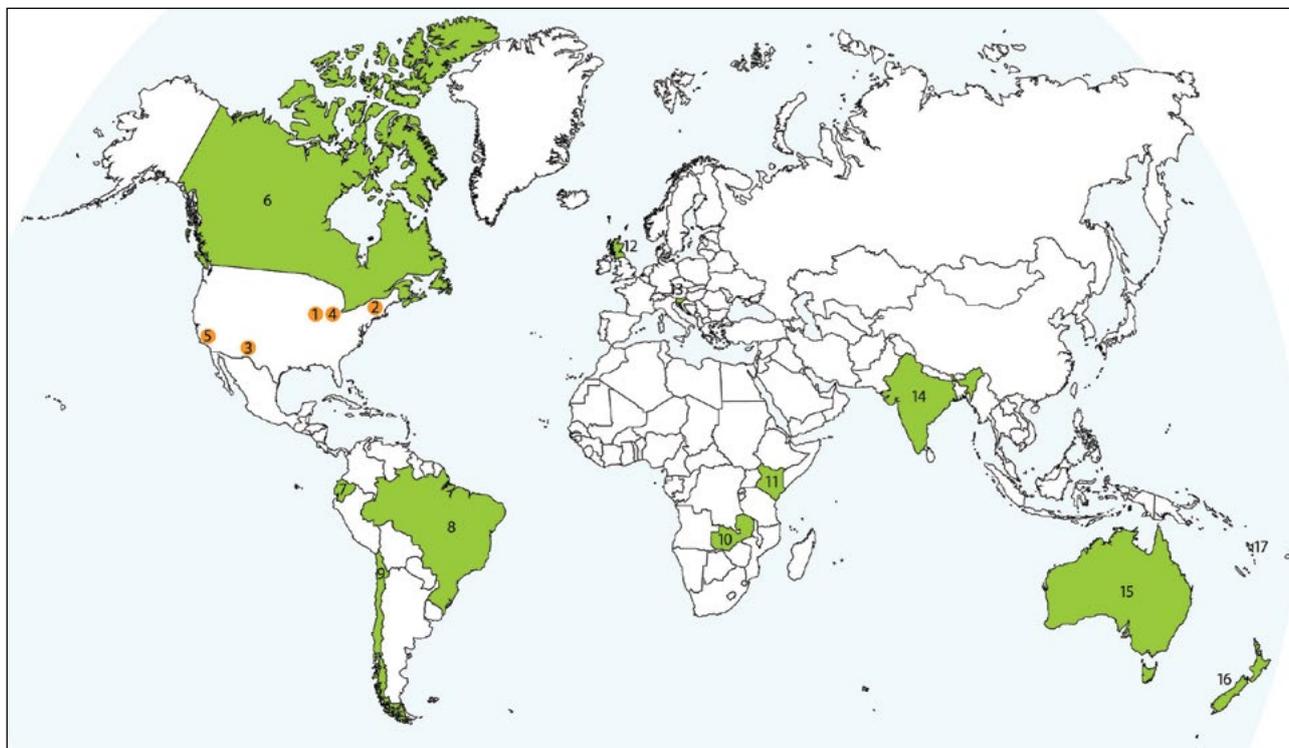
El proyecto, encabezado por el [Training and Research Support Centre](#), se implementó con socios de cinco sitios en Estados Unidos y de doce países, como se muestra abajo en la *Figura 1*. Éste se benefició del apoyo financiero brindado por la Charities Aid Foundation of America del fondo de recursos [Robert Wood Johnson Foundation](#).

Este artículo sintetiza las experiencias y el aprendizaje obtenido durante el trabajo para abordar cuatro preguntas:

1. ¿Por qué es necesario construir poder y participación en la salud?
2. ¿Cómo se organiza la participación social en la salud, con qué herramientas y con qué recursos?
3. ¿Qué ideas y principios se pueden compartir sobre las formas para hacer posible la participación y el poder social?
4. ¿Hace alguna diferencia la participación social?

Este artículo se basa en varios documentos producidos en el proyecto. Debido al deseo de presentar un documento conciso desde un cuerpo de trabajo significativo y que continúa en curso en el proyecto, el texto contiene hipervínculos que redirigen hacia materiales originales para dar información más profunda sobre las cuestiones y las prácticas que surgieron. El artículo retoma un [marco conceptual \(1\)](#) [una bibliografía anotada \(2\)](#) y un [reporte inicial de la reunión \(3\)](#). Se basa en informes sobre el trabajo y la gestión de cambio de los cinco sitios de los Estados Unidos (4, 5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15). Se basa en experiencias reportadas en estudios de caso de doce países (16,17,18,19,20,21,22,23,24, 25,26,27), con resúmenes de su trabajo en el [Volumen 1](#) and [Volumen 2](#) (28;29) así como de los intercambios entre participantes del foro de discusión del sitio web del proyecto *Shaping health*.

Figura 1: Mapa de los sitios en EUA y otros países de *Shaping health*



KEY

#	Site	Country
1	Athens City-County Health Department, Ohio	USA
2	Blueprint For Health, Vermont	USA
3	Centro Sávila, New Mexico	USA
4	11th Street Family Health Services, Pennsylvania	USA
5	PIH Health, California	USA
6	Bridge for Health, Vancouver	Canada
7	Metropolitan District of Quito	Ecuador
8	Cidade Tiradentes, São Paulo	Brazil
9	Ovalle, La Reina, La Bandera, Pte Alto, Biobio	Chile
10	Lusaka district health office, Lusaka	Zambia
11	African Mental Health Foundation, Makueni County	Kenya
12	Aberdeen City, Grampian region	Scotland
13	CHD Murska Sobota, Pomurke Region	Slovenia
14	Sahbhagi Shikshan Kendra, Varanasi, Uttar Pradesh	India
15	Youth mental health service, Gosford, NSW	Australia
16	Ngāti Porou Hauora	New Zealand
17	Wan Smolbag, Port Vila	Vanuatu

2. ¿Por qué es necesario construir participación en la salud?

Cada vez más, se reconoce que la gente tiene derecho a participar en las decisiones sobre su salud y los servicios de salud y que su participación tiene valor tanto para las comunidades como para los servicios (1).

En el proyecto **Shaping health** nos estamos enfocando en formas de participación en las que las comunidades, ejerciendo su derecho, han obtenido la evidencia y desarrollado su voz, capacidad, y pensamiento y la acción auto-determinadas para participar, influenciar y co-determinar las acciones y los servicios para su salud y su bienestar.

Ya sea de manera orgánica o inducida de forma externa, esta forma de participación "significativa" involucra un crecimiento "ascendente" en el poder social dentro de las comunidades afectadas para transformar las condiciones que afectan su salud.

La literatura y los estudios de caso de los Estados Unidos y otros sitios apuntan a un número de factores que motivan el reconocimiento y la acción en la participación social en la salud, tanto como para los sitios de EUA como para otros países (28;29;5;7;9;11;12;13):

- 1. Las normas, los valores y los derechos socio-políticos desempeñan un papel central para mejorar la salud.** Éstos definen la ciudadanía activa y la co-determinación como derechos en los sistemas democráticos. Surgen de la cultura histórica o como resultado del



Marcha en defensa de los derechos "Adelaida", Los Angeles, Chile © Biobío Health Service, 2016

activismo social. Si bien estos valores se pueden consolidar dentro de marcos legales, tales como el [Community Empowerment Act Scotland](#) (2015) (18) o las constituciones y estatutos de Brasil y Ecuador (17;22), no dependen de ellos. Más bien, son intrínsecos al sentido de identidad, de pertenencia, de ciudadanía y de autodeterminación de las personas, en donde la gente no espera "... a que el sistema proporcione o responda a la invitación a participar y más bien moviliza una corriente colectiva para hacer y crear oportunidades para la participación" (B4H, 25 p. 8)

- 2. El cambio social trae oportunidades y retos para la salud.** Las condiciones socioeconómicas cambiantes, el incremento de la educación y la conectividad están generando posibilidades y expectativas para el mejoramiento de la salud y de los servicios de la salud. Sin embargo, mucha gente se ve privada de dichas oportunidades para el mejoramiento de la salud debido a las desigualdades socioeconómicas y a los prejuicios, lo cual genera desconfianza y frustración, pero también activismo social en la salud y sus determinantes.
- 3. Las poblaciones se ven afectadas por múltiples cargas de salud que surgen de condiciones sociales prevenibles.** Los sitios de *Shaping health* reportan crecientes cargas de salud debido al alcoholismo y la adicción a opioides, a enfermedades crónicas, estrés y trastornos mentales, a la pobreza y la falta de alimento, a malas condiciones de vida, exclusión social y aislamiento de la gente mayor. Las comunidades de jóvenes, pobres, marginalizados e inmigrantes enfrentan barreras para el uso de servicios. Los desastres naturales, el cambio climático, los desplazamientos poblacionales, las epidemias, la violencia y las cuestiones de salud estigmatizadas o silenciadas, tales como trastornos mentales, elevan los riesgos de salud que, más allá de intervenciones de servicios, exigen cambios en las normas sociales, en la conciencia y la acción para prevenirlas y gestionirlas.
- 4. Los sistemas de salud enfrentan el desafío de desarrollar enfoques más equitativos y eficaces.** La multiplicidad de proveedores y de sistemas beneficiarios, a veces mal coordinados entre sí, generan frustración en el público, desigualdades en el servicio e ineficiencia. La gente se está organizando y adquiriendo alfabetización social para

entender, navegar y exigir sus derechos así como para usar los servicios. Sin embargo, el personal de servicio también suscita la necesidad de abordar de mejor manera los recursos a nivel comunitario y de desarrollar aproximaciones centradas en la gente para prevenir y gestionar cargas de salud, para asegurar el uso de servicios de forma relevante, a tiempo y justa, así como mejorar los resultados de la salud y reducir los costos tanto para los hogares como para los servicios. Un mejor conocimiento de los determinantes sociales de la salud está motivando enfoques intersectoriales y basados en la salud de la población que exigen un compromiso con las comunidades y con otros sectores.

Esta mezcla de valores, retos y oportunidades motiva esfuerzos para entender y facilitar el papel de las comunidades en la construcción de servicios y la contribución a ellos y para actuar con base en las prioridades de salud dentro de sus vecindarios, apoyados por la información, las capacidades, los mecanismos de diálogo y los recursos necesarios (1;2;5;7;9;11;13;28;29). Una de las perspectivas compartidas por los sitios de Estados Unidos establece que en este país un Marco de Cultura de Acción en la Salud identifica que la participación social es clave para la construcción de valores compartidos, para construir la alfabetización, las prácticas y las capacidades comunitarias, para entender prioridades y necesidades comunitarias y para construir la toma de decisiones compartida y la rendición de cuentas social necesarias para aprovechar oportunidades que permitan comunidades más sanas y equitativas (30).

Hay diferencias sobre cómo se percibe la aspiración para fortalecer el poder social, ya sea que se considera *solamente* como un *medio* para mejorar la salud y el funcionamiento del servicio de salud, o si se percibe *también* como un *fin* en sí.

Si se considera únicamente como un medio, en un contexto de austeridad común y de bajos recursos en los servicios públicos, la “participación social” puede desplazar cargas y papeles injustos a las comunidades y sus organizaciones (18). En contraste, en contextos diversos, la participación social se ve como un fin en sí mismo, como algo intrínseco a la identidad de la gente y de la humanidad, como una cuestión de justicia social y como un derecho fundamental. Esto puede ser, como es para Ngāti Porou Hauora (NPH) en Nueva Zelanda, un resultado de las creencias, los valores y la cultura histórica. En este caso, el servicio de salud y no la comunidad es el “partido externo” que asume la responsabilidad de participar como un socio igualitario en los procesos comunitarios (23). En otros lugares, el poder social se ha exigido como un derecho por medio de activismo socio-político para después formalizarse en la constitución y la ley (17;18;19).

En *Shaping health* vemos a la participación y al poder social como medio y como fin. Son fundamentales para la salud, intrínsecos a la identidad de la gente, un derecho y una meta democrática de la sociedad. Son, asimismo, un medio para mejorar la acción sobre la salud así como sus servicios.

Esta forma sostenida y auto-determinada de participación parece facilitar y exigir una visión más holística de la salud tanto para las comunidades como para sus servicios. Reemplaza un modelo de servicio reactivo, enfocado en lo biomédico, con uno proactivo basado en la comunidad y en la salud de la población. Los servicios integrales basados en la población y orientados en la [atención primaria de la salud](#) pueden ser, entonces, tanto catalizadores como beneficiarios del poder y la participación social (28;29;31).



Mural de sensibilización a la violencia contra las mujeres, Chile © Fundación EPES, 2016

“Nuestra visión de la salud abrió un amplio espectro de acción. Debido a que nosotros entendemos que la salud no es sólo enfermedad, la cual es limitada, sino también entendemos la salud como una visión del mundo, de la vida, como una preocupación que tiene que ver con los derechos humanos, con viviendas decentes, con espacios libres, con ambientes saludables, con una vida libre de violencia... con el trabajo, la salud, la educación” - KI. Grupo de Salud Llareta 2017 (7 p20).

Los estudios de caso internacionales reflejan este marco más amplio de los servicios de salud. Para muchos sistemas de salud, los enfoques de salud de la población proactivos y basados en la comunidad implican un cambio de paradigma, tal y como se demostró en [el cambio en Chile a un modelo de salud familiar biopsicosocial y comunitario](#) a nivel de atención primaria (7).

Esto toma tiempo para implementarse y necesita estar respaldado por planes estratégicos, por incentivos al desempeño y por recursos. También requiere construir apoyo informado por equipos de salud, gestores de la salud, comunidades y líderes políticos, incluyendo los resultados conseguidos (7;22;27).

3. Facilitando el poder social en la salud

Los intercambios en *Shaping health* sugieren que la pregunta que muchos se hacen no es tanto ¿Por qué construir la participación social? Si no, más bien, ¿Por dónde empezar y cómo hacerlo de manera que se construyan ciclos de logros, confianza y aprendizaje tanto para las comunidades como para los servicios? Esta sección muestra nuestras prácticas y observaciones sobre esta interrogante.

La participación social puede estar enraizada en la historia y la cultura, o puede derivar de activismo socio-político para la salud (28;29). Ambos cimientos construyen una cultura política en la que la gente “... no se percibe a sí misma como meros beneficiarios de servicios proporcionados por el Estado, en los que están exigiendo el derecho a participar. Más bien, se perciben en control de su propio destino” (23 p13).

En los sitios de EUA, se observó que la ausencia de un sistema de salud universal, basado en derechos y de pagador único, así como la incertidumbre legal actual establecieron un contexto menos fructífero para los esfuerzos por fortalecer la participación social. No obstante, los sistemas universales basados en los derechos que promueven la co-determinación no siempre estuvieron presentes en otros países y se tuvo que luchar por ellos (17;19). Los estudios de caso de Brasil y Chile describen las luchas locales, incluyendo las que se llevaron a cabo durante tiempos difíciles, que contribuyeron a estos contextos nacionales (17;19). En la Zona Central de Chile, la comunidad del grupo Llaretta junto con actores no estatales se aliaron con movimientos sociales de los años 80, utilizando la [educación popular de Paulo Freire](#), para organizar a las comunidades y capacitar a los trabajadores de salud comunitaria durante la dictadura para defender y fomentar los derechos de la salud que ahora son parte de la política nacional (19).

El cambio, por tanto, puede iniciar de forma local, dentro o fuera del sistema formal de la salud, y evolucionar de forma orgánica con el paso del tiempo (25;26).

Los enfoques participativos se han iniciado por redes comunitarias y de sociedades civiles, tales como Bridge for Health (B4H) en Canadá (25) y Sahbhagi Shikshan Kendra (SSK) en India (21) y por organizaciones y mecanismos informales que se involucran con los procesos formales, tal como fue el caso de Regional Action Group (RAG) de Pomurje en Eslovenia (16). Ellos se han instigado en foros para la capacitación y para el diálogo, como en Makueni, Kenia (24), o Lusaka, Zambia (20). Mientras que las comunidades mismas son diversas, con niveles de voz y poder distintos, estos esfuerzos usualmente se benefician de un fuerte sentido de comunidad y pertenencia, identidad compartida, historia y valores (19;22;23). Las organizaciones con liderazgo cimentado en valores y con habilidades técnicas también han asumido un papel para estimular la participación. A través de su trabajo y de relaciones honestas, estas organizaciones han obtenido la confianza de las comunidades y de las autoridades (20;21;22;25).

De manera colectiva, los sitios de EUA tienen un número de soportes para la participación, incluyendo: una comunidad que comparte historia e identidad; grupos locales de acción ciudadana y empleados de servicio residentes que comparten el propósito de mejorar las condiciones locales; mandatos organizacionales y de política para la participación asociados con oficiales electos y otros sectores; confianza de organizaciones facilitadoras adquirida a través del intercambio de información; sensibilidad a las preocupaciones de la comunidad e inversiones en roles sociales a lo largo del tiempo; y una organización local de beneficiarios, asociaciones y recursos para conseguir el apoyo para los papeles sociales (5;7;9;11;13).

A partir de estos puntos iniciales, las siguientes sub-secciones detallan cómo se ha organizado la participación social y cómo se han aplicado las herramientas y los recursos.

En Vanuatu, por ejemplo, el grupo de teatro se auto nombró [Wansmolbag](#), que significa ‘una mochila pequeña’ en Bislama (la lengua de los Vanuatu), para mostrar que puede ir a cualquier parte. Esto refleja los orígenes de Wans Smolbag (WSB) como un grupo de teatro pequeño de quince actores voluntarios que realizaban un recorrido en el país y utilizaban el teatro para abordar cuestiones sociales. Ahora [WSB se ha desarrollado a lo largo de 25 años](#) en una organización con múltiples actores que aborda diversos temas y que tiene alcance en muchos países (26 p. 3).



Serie de estampillas por el trabajo de WSB a lo largo de 25 años, Vanuatu

3.1 ¿Cómo se organiza la participación social en la salud?

La forma en la que se organiza la participación afecta de qué modo la gente obtiene poder. [El poder es central a la participación](#), y se refiere a la capacidad para hacer la diferencia y transformar, ya sea a través de acción individual o colectiva.

Frecuentemente escuchamos acerca del “poder sobre” como una forma de dominación y control, pero existen otras formas de poder: la confianza en uno mismo y la conciencia para apoyar las decisiones y las acciones es una forma de “poder interior”. La habilidad de actuar, de influir en el cambio, se conoce como el “poder para”, mientras que el poder creado a través de la acción colectiva se denomina “poder con” (1). Si bien es posible facilitar estas formas de poder, éstas se exigen, más que otorgarse.

Las experiencias en *Shaping health* proporcionan una perspectiva sobre cómo se está organizando la participación en la salud para fomentar el desarrollo de conciencia, o “poder interior”, el “poder con” colectivo y el “poder para” actuar.

Organización dentro de escenarios comunitarios:

En muchos países, la participación se encuentra organizada en espacios de los que [la comunidad es propietaria o con los cuales está familiarizada](#) (19), incluyendo escuelas, lugares de trabajo y mercados, donde el personal de servicio va a esos lugares familiares (22:25). En NPH Nueva Zelanda, donde el poder social deriva de la cultura indígena, los trabajadores de la salud se reclutan y viven en los asentamientos comunitarios. Estas interacciones propician la comunicación y permiten que se genere confianza entre los servicios y la comunidad (23).

Organizar e interactuar con los servicios *dentro de su propio escenario* parece ser importante para la inclusión de distintos grupos sociales y, junto con otros procesos que se describen en este artículo, ayuda a enfrentar los desequilibrios de poder comunes entre las comunidades y los profesionales. Asimismo, ofrece la oportunidad de *establecer una conexión más directa con los determinantes sociales de la salud* y con las oportunidades económicas para promover la salud, tal como es el caso de Escocia (18), India (21), o la experiencia en Eslovenia, descrita a continuación.

En la región de Pomurje en Eslovenia, la salud se abordó en un diálogo social que involucró asociaciones comunitarias y varios sectores como elementos clave de la agenda económica y de desarrollo y se retomó a través de un mecanismo informal llamado [Regional action group \(RAG\) Mura](#). Los bienes, las capacidades y los intereses de todos los involucrados se usaron para identificar y priorizar las acciones que pudieran mejorar la equidad en la salud. Esto obtuvo el interés así como las acciones de la comunidad, de las escuelas, de consejos preescolares, ayuntamientos y municipalidades. Por ejemplo, la comunidad local agrícola ahora provee a las escuelas y los preescolares en el área de productos de consumo local. Esta práctica se incentiva por los sistemas nacionales públicos de “contratación ecológica”, los cuales fomentan opciones más saludables, especialmente en los servicios de educación y de salud donde una dieta saludable es más importante. En el programa *un turista saludable* (healthy tourist offer), se venden comidas locales en sitios turísticos, lo que genera empleos en lugares de procesamiento de alimentos y restaurantes. Trabajando junto con asociaciones de la sociedad civil, empresas y el municipio, este programa incluye cocina que promueve la salud y programas de actividad física que han creado empleos locales y una infraestructura que beneficia tanto a los turistas como a los habitantes de la zona. (16).



Caminata nórdica, Pomurje, Slovenia. © CHD 2012

Movilización por activistas de la salud en espacios informales:

Si bien las organizaciones externas a la comunidad pueden desempeñar un papel de apoyo o catalizador, *la participación y la organización comunitaria se moviliza y facilita a través del activismo de miembros de la comunidad, voluntarios y líderes ciudadanos* (19;21). Pueden ser facilitadores de educación en materia de salud, líderes de la comunidad local (17;20;21), voluntarios y equipos

comunitarios (22) o pacientes expertos en redes entre pares, tal como el apoyo de pares que se brindó a jóvenes con enfermedades mental en Nueva Gales del Sur, Australia (27).

Los trabajadores de salud comunitaria (CHW por sus siglas en inglés), elegidos por los residentes y reconocidos por los servicios, también pueden actuar como activistas de la salud.

Además de su papel como un vínculo entre la comunidad y los servicios, pueden concientizar y movilizar a las comunidades en lo que respecta a la salud (17;21). *Al ser elegidos por los residentes es importante que éstos tengan relaciones cercanas y que rindan cuentas a la comunidad, para que los miembros de la comunidad los vean como canales para expresar sus necesidades, exigencias e ideas (21). Tener un papel en el cuidado familiar y en la salud comunitaria así como reconocimiento por parte de los servicios de salud ayuda a fortalecer su credibilidad local, siempre y cuando reciban el apoyo adecuado de los servicios*

y que los procesos no los hagan rendir más cuentas a los servicios que a las comunidades de las cuales provienen (1;2). Por lo tanto, los trabajadores de salud comunitaria se deben vincular, complementar y no reemplazar otras formas de organización y liderazgo ciudadano tal como es el caso en Varanasi, India, a continuación.

Las empresas sociales y los modelos de cooperativa, aunque usualmente se catalizan por organizaciones fuera de la comunidad, también han facilitado el liderazgo colectivo y la propiedad compartida.

En Varanasi, India, las comunidades excluidas forman organizaciones basadas en la comunidad (CBO por sus siglas en inglés) con el apoyo de [Sahbhagi Shikshan Kendra](#), una organización no gubernamental. Las organizaciones comunitarias proporcionan un espacio crítico que facilita diversas actividades, como se muestra en un [video](#), las cuales incluyen compartir información sobre los derechos para establecer sus beneficios, fortalecer las habilidades mercadotécnicas en grupos de tejedores, y desarrollar habilidades musicales, deportivas, educativas y vocacionales para niñas adolescentes para abordar el matrimonio temprano, la salud reproductiva y el acceso a los servicios de salud. El Programa de Liderazgo Ciudadano (Citizen Leadership Programme) crea líderes ciudadanos en pueblos y organizaciones comunitarias para facilitar estas acciones y para comprometerse con las *panchayats*, departamentos de estado y servicios de salud, mientras se reúnen en sus propios foros para establecer redes y compartir ideas (21).



Discusión con mujeres y servicios de salud en una aldea de Castas Registradas, Munari-Burkaini, India, © SSK 2017

[Bridge for Health](#) Canadá, por ejemplo, inició como una red y se convirtió en una asociación cooperativa para permitir que diversos miembros de distintos contextos participaran en la toma de decisiones sobre la salud y que encontraran soluciones para sus preocupaciones sobre la salud (25). En Escocia, las empresas sociales generan recursos que han apoyado actividades económicas y de creación de redes a nivel comunitario para gente sin hogar y para aquellos que viven en situación de pobreza alimentaria (18 y véase ejemplo en la página al dorso).

Muchas de estas organizaciones basadas en la comunidad (CBO por sus siglas en inglés), empresas, asociaciones y redes proporcionan un vehículo para formas de participación sostenibles a través del tiempo. Éstas proporcionan apoyo social, asesoría o ayudan a que las personas exijan sus beneficios. También pueden organizar enfoques más transitorios o ad hoc (18;19;21), incluyendo eventos y actividades creativas (murales, teatro, música, deportes), reuniones, talleres de construcción de habilidades, campañas de promoción de la salud específicas para cada tema, foros (19;21; 24; 25), auditorías sociales y audiencias públicas (21).

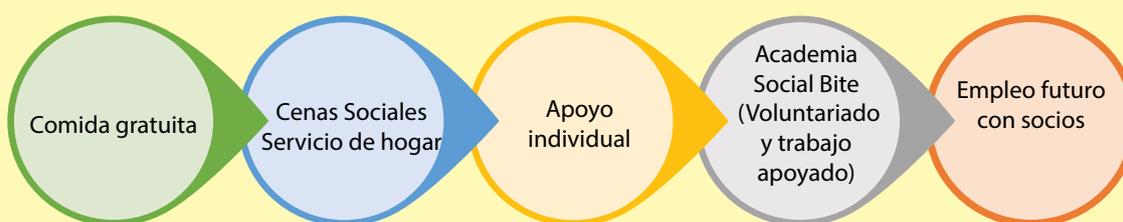
Las redes sociales proporcionan maneras útiles de compartir información más allá del enfoque usual

de “persona a persona”. Extienden el alcance de la información, a través de blogs, páginas web, Whatsapp, boletines informativos comunitarios y radio (28;29).

En Nueva Zelanda, por ejemplo, los pacientes crearon una página [Huringa Pai en Facebook para apoyar las actividades que promueven la salud en personas con diabetes y enfermedades cardíacas](#), con el apoyo de NPH. Los miembros de la comunidad integraron sus propias ideas con la información de NPH para elaborar mensajes de comunicación y usaron una página de Facebook para alcanzar a otras personas para que registraran las acciones que habían realizado buscando inspirar a otros (23). Social Bite también ha compartido las historias de gente sin hogar en las redes sociales para poner en cuestión los estereotipos negativos que afectan las decisiones (18).

Los métodos en línea pueden proporcionar espacios que permitan la participación en circunstancias en las que el estigma y los factores físicos disuaden a las personas a reunirse o para fomentar la participación de grupos que encuentran accesibles las redes sociales. Por ejemplo, esto se aplicó en redes de jóvenes y para apoyar enlaces entre pares sobre la salud mental de los jóvenes (YMH por sus siglas en inglés) en Gosford, Australia (27).

Social Bite es una empresa social que apoya a la gente a salir de situaciones de hambruna y de falta de vivienda. Los cafés y las tiendas de sandwiches de Social Bite sirven al público y utilizan las ganancias y las comidas donadas (en un esquema de *cadena de favores*) para proporcionar un espacio social para que la gente sin hogar pueda sentarse a comer. Las cenas sociales también son un vehículo para asesorar, desarrollar habilidades y asistir individualmente respecto a la vivienda y el cuidado de la salud. La empresa se dirige por voluntarios y gente en las mismas condiciones, incluyendo gente sin hogar, y se invita a los que atienden a las cenas a ser voluntarios. La gente sin hogar ve estos lugares como espacios en donde reunirse, espacios menos segregados y con menos estigma. Sus [historias sobre la falta de vivienda](#) su presencia en las [redes sociales](#) han dado “voz” a la comunidad de gente sin hogar y han cuestionado los estereotipos, como se muestra en el [video](#) sobre su trabajo. Social Bite tiene una academia que ofrece a la gente sin vivienda un proceso de empleo apoyado, brindando ayuda en su alojamiento, entrenamiento, cualificaciones, experiencia de trabajo y finalmente un trabajo remunerado de tiempo completo. Proporciona habilidades para escribir el CV, buscar trabajo y obtener referencias y ofrece empleo en los cafés y cocinas de Social Bite, así como posiciones en cafés, grupos hospitalarios y tiendas minoristas. Por lo tanto, proporciona ‘ductos de apoyo’ para superar las desventajas que se resumen a continuación:



Fuente: Social Bite, 2017 en(18)

En Gosford, Australia un sitio físico y central, [un sitio web específico para la salud mental de los jóvenes \(YMH por sus siglas en inglés\)](#), y un equipo móvil YMH proporcionan apoyo a jóvenes desde trabajadores de salud y personas de su edad en lugares convenientes para ellos dentro de su comunidad, tales como escuelas, departamentos de emergencia, centros de salud comunitarios y sus hogares (27).

Interacción con los servicios por medio de mecanismos formales: Las interacciones entre las comunidades y los servicios también ocurren dentro de *mecanismos formales*. Usualmente, éstos se establecen dentro de un gobierno o sistema de salud local. Generalmente se encuentran respaldados por la ley y la política nacional como espacios sostenidos e institucionalizados para facilitar aportaciones públicas a los servicios, tal como los [Comités Locales de Salud](#) (CLS) en Ecuador (22), los Comités de salud de vecindario en Zambia (20), los consejos ciudadanos en Chile (19) o las instalaciones de consejos locales en Brasil (17). Éstos involucran múltiples partes interesadas, incluyendo trabajadores de la salud y representantes de la comunidad, y están organizados desde niveles comunitarios o de atención primaria hacia arriba (17;19;20;22;24). Generalmente, los residentes locales eligen a sus representantes comunitarios.

Estos mecanismos no siempre son parte de la estructura del sector salud. Pueden tener papeles de desarrollo más amplios, como es el caso de las instituciones Panchayati Raj en India (21) o los comités de desarrollo en Kenia (24), introduciendo cuestiones de salud a una coordinación de gobierno local más amplia (22;24).

En su calidad de espacios formales, ofrecen varias oportunidades para la co-determinación. No obstante, sus procesos no entran necesariamente bajo los “términos comunitarios” a menos que los procesos para estas distintas formas de voz y evidencia sean negociados de forma especial y a menos que los representantes tengan fuertes vínculos con sus comunidades.

La presencia de tales espacios formales puede generar participación significativa, mas no puede generarla por sí misma. La toma de decisiones en “consenso” puede disfrazar desequilibrios de poder. Los miembros de la comunidad involucrados pueden no representar el espectro de necesidades e intereses de la comunidad. Pueden no ser elegidos y las comunidades pueden tener autoridad real limitada. Incluso donde las comunidades han exigido su inclusión en estos mecanismos y han elegido a sus representantes (20;21;22), los procedimientos y las herramientas usadas para la satisfacción de sus necesidades necesitan estar organizadas de manera que se permita dar voz, se reconozcan y se respeten las diferentes experiencias, conocimientos y papeles y se facilite la co-determinación (25). Esto se discutirá con más profundidad en la siguiente sub-sección.

Como mecanismos formales de participación institucional, los consejos de instalaciones locales (LFC por sus siglas en inglés) en Cidade Tiradentes, Brasil representan a los ciudadanos, trabajadores de la salud y gestores de la salud. Tienen reuniones frecuentes con una agenda colectiva acordada. Aunque cualquiera puede asistir a estas reuniones, solo los miembros del consejo pueden votar y las decisiones usualmente se toman en consenso. Si bien las elecciones de concejales siempre se difunden, el número de votantes siempre es bajo lo cual merma la representatividad, especialmente de los grupos más marginados. Los miembros del consejo pueden participar en cursos cortos de construcción de habilidades que abordan los derechos ciudadanos y la estructura, políticas, financiamiento y procesos en el sistema de salud. Los concejales interactúan de forma directa con los miembros de la comunidad para conseguir aportaciones que también se pueden realizar a través de: buzón de sugerencias, invitaciones para aportaciones sobre temas específicos en la agenda o por peticiones. El papel del consejero parece ser crucial para movilizar a la comunidad y para hacer efectiva la voz de la comunidad en las LFC. Los concejales que participan fuera de las LFC en asociaciones comunitarias y en movimientos sociales parecen construir una voz social y agencia más fuerte tanto dentro como fuera de estos mecanismos formales (17).



Reunión del consejo local de salud en Cidade Tiradentes, Brasil © A Calandrini

Usualmente estos retos son mayores para la gente que se ve estigmatizada o discriminada, tal como es el caso de las personas con problemas de salud mental (24;27), mujeres de grupos sociales específicos (21) y migrantes indocumentados o que migraron recientemente (12;19). Se pueden necesitar medidas adicionales para alcanzar a estas comunidades a través de gente de confianza en lugares que se perciben como seguros para trabajar dentro de su propio lenguaje y cultura y para construir apoyo en los servicios para estas interacciones y para el establecimiento de redes y el crecimiento de liderazgo en estos grupos (19;21;24; 27). La experiencia de la CESFAM Juan Pablo II en Santiago, abajo, refleja las características de dichos enfoques con gente que migró recientemente de Haití (19).

Generación de sinergías entre mecanismos formales e informales: Los mecanismos formales proporcionan una plataforma clave para la co-determinación. Sin embargo, sus limitaciones, descritas anteriormente, significan que participar en éstos no excluye la posibilidad de que los miembros de la comunidad tomen otras formas de acción fuera de ellos. Tales acciones pueden incluir la construcción del poder y conocimiento colectivo para compromisos formales, o pueden ser detonados por insatisfacción respecto a cómo se han abordado algunos temas. En São Paulo, por ejemplo, cuando un alcalde recién

electo declaró sus intenciones de cerrar las farmacias de cuidado primario que proveen los medicamentos gratuitos para, de esta manera, favorecer a las farmacias privadas, concejales a nivel comunitario, miembros de la comunidad y dueños de farmacias llevaron sus protestas ante dichas medidas a las calles (17).

De hecho, como se precisa en el [video sobre la experiencia en Brasil de CEBRAP](#), existe una *dinámica bidireccional importante entre los espacios e instrumentos de participación social del ámbito formal y aquellos del ámbito informal* (17). Los mecanismos formales institucionales interactúan con los procesos informales ascendentes descritos anteriormente (16;17;18;19;21;24;25;26).

En Chile, por ejemplo, los consejos formales de ciudadanos, los trabajadores de salud comunitaria, los [procesos de contabilidad pública](#), las actividades piloto de presupuesto participativo en ocho servicios de la salud y los sistemas de información formales interactúan con medidas y espacios más informales.

En Chile, se han desarrollado programas interculturales, tales como los que se muestran en el cuadro anterior, en conjunto con [comunidades indígenas](#), inmigrantes, y grupos de [género](#) empleando distintas modalidades de consulta y reuniones de diálogo. (19).

La CESFAM Juan Pablo II en Santiago, Chile, se ubica en un área de carencias económicas y sociales con una población migrante en incremento. Muchos migrantes son indocumentados, sin redes de apoyo social o sin el conocimiento sobre cómo acceder a los servicios. Los grupos de la CESFAM buscaron aproximarse a esta comunidad para apoyar sus derechos de salud y responder a sus necesidades. Registraron clientes indocumentados y consultaron representantes de la comunidad inmigrante, la sociedad civil, equipos de atención primaria de salud y otros sectores municipales para entender mejor las necesidades de los migrantes. Se priorizaron los migrantes Haitianos en su calidad de grupo con crecimiento acelerado con necesidades específicas sociales y de lenguaje. Los trabajadores de la salud recibieron entrenamiento de sensibilidad intercultural. Se tradujeron materiales al Creole sobre cómo acceder a los servicios y se contrató un facilitador comunitario Haitiano para favorecer el alcance. Después de estos pasos y trabajo de alcance con la comunidad, la comunidad migrante ahora manda representantes a los consejos locales sobre la salud. Se instituyó un día anual de la *No Discriminación*, construyendo mayor solidaridad con los migrantes (19).



Mapeando la salud familiar con usuarios de Haití, Chile © I Riquelme, CESFAM JP II, 2016

Los espacios informales proporcionan un lugar para innovar y construir nuevas relaciones y enfoques para la participación social.

En Eslovenia, un mecanismo informal constituido de forma local, descrito más adelante, proporcionó un espacio para nuevas interacciones y propuestas compartidas que podrían llevarse al consejo regional de desarrollo formal (RDC por sus siglas en inglés) (16).

En el 2001, el [Programme Mura](#) inició una inversión en un enfoque de salud para apoyar la economía de la región y reducir las desigualdades de salud. Si bien las instituciones que brindarían las intervenciones del programa estaban en marcha, los mecanismos de coordinación para propiciar que esto ocurriera no lo estaban. Con la salud como una prioridad regional, respaldada por apoyo nacional, se fundó el Centro para la Salud y el Desarrollo (CHD por sus siglas en inglés) y se estableció un [Grupo de Acción Regional \(RAG por sus siglas en inglés\) Mura](#) para la participación de todos los grupos locales y sectores estatales. Los participantes son delegados por sus instituciones a través de una carta de intención y todos participan como miembros plenos. La estructura se mantiene informal para evitar barreras legales y otro tipo de obstáculos para la co-operación. El cuerpo de toma de decisiones del RAG es la asamblea, donde cada miembro tiene voto. Grupos de trabajo sobre problemas específicos deciden sus propias reglas de procedimiento y la CHD proporciona el apoyo secretarial. Las decisiones del cuerpo informal del RAG se desarrollan en propuestas formales y se presentan a la agencia de desarrollo regional formal (RDC por sus siglas en inglés) para integrarlas en el plan de desarrollo regional y al financiamiento público (16)



Reunión inaugural de RAG, Eslovenia © CHD

Los sitios de los EUA cuentan con diversos recursos que se pueden aplicar a dichos enfoques para organizar la participación, tales como el intercambio de información con redes y asociaciones comunitarias (5;6;9; 13); grupos de acción ciudadana guiados por la comunidad, coaliciones, redes y trabajadores de salud comunitaria (5;8;12); interés y liderazgo de consejeros y líderes electos (5;11); espacios comunitarios como escuelas, lugares de trabajo, bibliotecas, centros de fe, foros

públicos y reuniones creativas (5;6;12;13); y cuerpos de gobierno y consultivos que incluyen miembros de la comunidad (6;12).

Como se mencionó anteriormente, incluso donde existen espacios y mecanismos inclusivos, los procesos y las herramientas empleadas afectan qué tan significativo es el proceso para las comunidades. Esto se discutirá con más profundidad en la siguiente sub-sección.

Por ejemplo, [Centro Sávila](#) se ha unido a un [programa agrícola apoyado por la comunidad local](#), un [programa de organización comunitaria](#), una [colaboración de artistas](#) y miembros de la comunidad para participar en talleres de diseño y para construir una mesa comunitaria, donde la comida y las historias pueden ser compartidas. La mesa comunitaria se ubica junto a un jardín terapéutico. Los miembros de la comunidad y sus proveedores de cuidado de la salud interactúan en las actividades para el jardín, y utilizan el espacio para discutir sobre los retos que enfrentan en sus vidas y las cuestiones relacionadas la inseguridad alimenticia, nutrición y vida saludable. Este enfoque une a la tierra, la comida y la comunidad en un escenario. Tales enfoques no sólo abordan las necesidades de la salud, sino también construyen y nutren los espacios donde los actores comunitarios participan en la recolección, análisis e interpretación de la evidencia que se puede usar para informar la política de la salud pública, mientras que al mismo tiempo se involucran con los procesos políticos que moldean las intervenciones de la salud (12 p9).



Captura de pantalla del sitio web de Centro Savila, 2017

3.2 ¿Qué procesos, herramientas y recursos se utilizan?

Los sitios de EUA ya aplican una variedad de procesos y herramientas para apoyar la participación, incluyendo varias formas de intercambio de información en persona o en línea (5;6;9;13) y en idiomas locales (12). Implementan el mapeo y la realización de encuestas a las partes interesadas y sobre las necesidades, los bienes y los obstáculos en la recepción de servicios de la comunidad (5;8;12); entablan diálogo social para identificar prioridades de acción utilizando diversas fuentes de evidencia, lo que incluye la evidencia de las comunidades y apoyan la transparencia en la toma de decisiones y en las acciones (4, 5).

Uno de los instrumentos para esto es la herramienta [Creating Health Assessment and Group Evaluation \(CHANGE\)](#) en el condado Atenas en Ohio (5) (también utilizada en Ecuador). En algunos sitios de EUA las prioridades que se identificaron en el diálogo social con las comunidades se implementan con el apoyo de fondos de subsidio o se incentivan a través de certificados y reconocimientos por las mejoras en la salud guiadas por la comunidad. Por ejemplo, el Departamento de Salud del condado de Atenas otorga un premio llamado *Creating Healthy Community Award* (5) que se [implementa en Ohio](#) con otras políticas estatales, tales como el requisito en el 2018 de demostrar colaboración con la comunidad para lograr la acreditación de salud pública (5). Las experiencias en otros países pueden enriquecer y aportar a las iniciativas existentes en los sitios de EUA.

Informar y consultar a las comunidades

generalmente se consideran los procesos más básicos en la participación y, aunque son necesarios, no son suficientes para dar a la comunidad mayor voz en las decisiones o mayor control sobre los procesos (16). Aunque es posible que aumenten el poder, no necesariamente contribuyen a construir el poder para actuar. La información se comparte de diferentes maneras: frente a frente en reuniones, foros comunitarios y talleres, de forma indirecta a través de varios medios o de forma electrónica a través de Facebook, WhatsApp y otras redes sociales (28;29). Los procesos pueden ser *ad hoc* o regulares, como, por ejemplo, en el [Discurso y Foro del Estado del Condado](#) en Makueni, Kenia, para dar un informe sobre las actividades de salud mental locales (18). En Biobío, Chile, consulta en línea y en redes sociales como el [CCDMulchen, Red provincial de la discapacidad, participación ciudadana SSBB](#) y la radio conecta incluso a comunidades aisladas con intercambios de información que fomentan la participación (19).

La manera en la que se comparte la información puede otorgar o quitar el poder. Más allá de comprometerse con el escenario comunitario, el proceso mismo debería facilitar las aportaciones sociales. Las interacciones NPH en Nueva Zelanda presentan un formato tradicional. Encabezados por el Pakeke (anciano), con procesos que reconocen la historia y la cultura local antes de que se inicien las discusiones, están coordinados con otras consultas para evitar cansar a la comunidad (23). *Usar idiomas y términos locales ayuda a establecer un lenguaje común* para el intercambio de información, tal como se aplicó con practicantes comunitarios rurales en Kenia y en el trabajo con los migrantes en Chile

(19;24). Formas visuales del intercambio de información pueden vencer las barreras del analfabetismo (20), y las actividades artísticas, teatrales y creativas en general pueden ser medios de comunicación poderosos dentro de la comunidad, incluyendo temas de alta sensibilidad (19;26).

El conocimiento y la evidencia que se usa y de quién proviene al establecer las prioridades y tomar decisiones es un reflejo clave del poder de distintos actores. Muchos sitios, por tanto, organizan distintas formas de reconocer y organizar la experiencia comunitaria como una fuente clave de evidencia.

[Wan SmolBag \(WSB\)](#) utiliza el teatro, la radio, TV, el cine, talleres participativos y educación de iguales para comunicar la información y concientizar sobre las capacidades de acción. [Una discusión sobre las cuestiones que se trataron en las obras de teatro locales ocurre después de éstas](#), y las publicaciones se distribuyen a las comunidades después de la obra. Los actores entrevistan a las personas sobre sus problemas y experiencias para informar los guiones y son resumidos por expertos para poder encabezar talleres después de la obra. En el teatro juvenil, jóvenes que no estudian se reúnen para una noche de teatro, realizando improvisaciones sobre problemas y experiencias que ellos enfrentan e interactúan con trabajadores de la salud. El material recopilado se utiliza en el guión (26).



El teatro principal: un público de escuela matutina, Vanuatu © D Ragonmal 2017

En Quito, Ecuador (22), y Pomurje, Eslovenia (16), los datos de los sistemas de información de la salud y otros sistemas se presentan de formas accesibles. Los datos se discuten involucrando a las comunidades y a los trabajadores de la salud para integrar los puntos de vista y las aportaciones de la comunidad a la evidencia y al establecimiento de prioridades. Se usan varias herramientas: en Quito, el Instrumento de evaluación y respuesta en materia de equidad en salud en medios urbanos (Urban HEART) de la OMS guió el proceso, el cual se describe más adelante (22), mientras que el RAG en Pomurje utilizó los [Instrumentos de Health Equity 2020](#) (16).

En Pomurje, Eslovenia, la evidencia sobre las tendencias de salud está relacionada con la evidencia respecto a lo económico, lo social y el desarrollo de recursos en la región. Esto posiciona a la salud más que como una carga, como un punto de entrada para mejorar conjuntamente la salud y los aspectos económicos y sociales. En esta forma de indagación apreciativa, las ideas, los bienes y los recursos se utilizan en la comunidad para decidir acciones estratégicas (16).

El programa [Barrio Saludable](#) del departamento de salud de la municipalidad de Quito (DMQ) reúne y analiza información sobre la salud y sus determinantes sociales con los residentes. La evidencia de varios departamentos y encuestas se analizan por DMQ utilizando la herramienta [Urban HEART](#) el programa US Healthy Communities y el Programa Nacional para Municipios Saludables del Ministerio de Salud Pública de Ecuador. La evidencia y los problemas son identificados por las comunidades y discutidos en talleres comunitarios. Un plan de acciones se desarrolla para abordar temas de prioridad, con enfoque en aquellos con mayor necesidad de salud. DMQ está dirigiendo fondos incentivos competitivos de US\$2 000-\$5 000 para apoyar la implementación de estos planes de salud comunitarios (22).



La comunidad identifica los principales determinantes y las cuestiones sobre la salud, Quito © LJ Cárdenas 2016

Al partir de la evidencia del sistema, se fundamentan las discusiones y los planes con evidencia formal. Sin embargo, se puede romper el contacto con comunidades menos familiarizadas con estas formas de evidencia o comunidades que desconfían de éstas. En algunos sitios, por lo tanto, los procesos se centran primero en la evidencia de la comunidad misma. En los sitios en Canadá, Vanuatu y Zambia, las comunidades realizan su propia investigación y encuestas para recolectar evidencia, con el apoyo de agencias locales estatales y no estatales (20;25;26). El B4H en Canadá establece un diálogo entre la evidencia comunitaria sobre las causas de los problemas de salud en el trabajo y los negocios locales para co-planificar ambientes saludables, para diseñar y probar el “Wellbeing @ Work innovation labs” (25). En Aberdeen, Community Food Initiatives North East (CFINE) ha cotejado evidencia sobre experiencias locales respecto a la pobreza alimentaria para propiciar que oficiales electos busquen soluciones a dichos determinantes (18).

Algunos sitios utilizan los métodos de [reflexión y acción participativa \(PRA por sus siglas en inglés\)](#) para mapear, identificar y priorizar las áreas de acción en la salud (20;25;26). En los procesos de reflexión y acción participativa, aquellos afectados por las condiciones de manera más directa son la fuente principal de información y los actores principales al producir y utilizar el conocimiento para la acción y el cambio. La reflexión y acción participativa hace esto a través de una espiral de ciclos repetidos que:

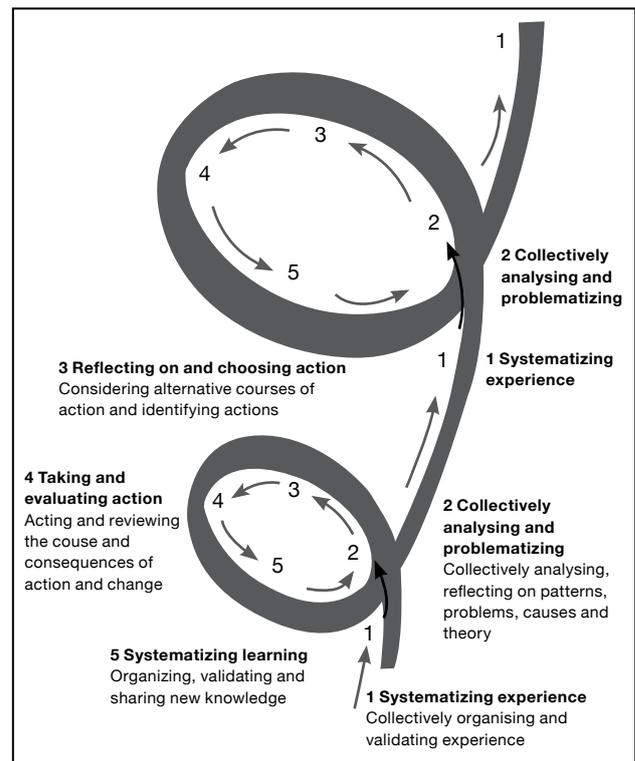
1. Sistematizan la información compartida sobre las experiencias y situaciones de vida de la gente.
2. Analizan de forma colectiva estas experiencias e identifican los problemas y sus causas.
3. Reflexionan sobre los hallazgos para decidir las acciones que solucionarán los problemas.
4. Adoptan medidas y revisan los cambios para aprender por medio de la acción (32).

Al iniciar con la experiencia vivida de la comunidad y su análisis así como al agregar evidencia de otras fuentes, el proceso desplaza el poder hacia las comunidades y estimula el pensamiento crítico y el diálogo (20;25). Se utiliza una variedad de herramientas y [recursos](#) para apoyar a los facilitadores y organizar la evidencia, mucha de la cual es visual. En Zambia (LDHO) y Canadá (B4H), los procesos de reflexión y acción participativa se complementaron con PhotoVoice, en los cuales se entrenaron a las comunidades en tomar fotografías para crear narraciones digitales como una forma de evidencia para su compromiso con las autoridades (20;25).

Los sistemas de salud difieren a lo largo de diversos contextos en los tipos y los medios de evidencia que se utilizan en la toma de decisiones y en la variedad de actores involucrados en la interpretación de la evidencia. Sea cual sea el enfoque, las experiencias en *Shaping health* indican que para que exista una participación significativa, las comunidades necesitan desempeñar un papel en la producción de evidencia y en la interpretación de la misma para la toma de decisiones.

La co-determinación es central para una participación significativa: Estos procesos y herramientas para compartir la información, para organizar y analizar la evidencia de las necesidades de la salud, son importantes y necesarios, pero también insuficientes para una participación significativa si no se les da continuidad. Para que la participación y el empoderamiento social en la salud sean significativos, éstos necesitan ser usados de forma que involucren a las comunidades en la priorización, la planeación y la co-decisión de intervenciones y en la co-producción del cambio.

El proceso cíclico y espiral de la investigación acción participativa (32).



Fuente: Loewenson et al., 2014

Una descripción simple del proceso no muestra la verdadera complejidad de lo que ocurre en los espacios de toma de decisiones. Éstos se encuentran influenciados por intereses, pensamiento estratégico, procesos y prácticas.

En Lusaka, miembros de la comunidad, trabajadores de la salud y la oficina distrital de salud de Lukasa (LDHO por sus siglas en inglés) utilizaron [herramientas participativas](#) en enfoques PRA para identificar y solucionar las necesidades de la salud y las barreras para usar los servicios de la salud, descrito en un [video](#). Los trabajadores de salud y las comunidades se reunieron, inicialmente por separado, luego en conjunto, para compartir sus experiencias, análisis y prioridades para el cambio y para identificar las prioridades compartidas. Las acciones acordadas se implementaron y se hicieron reuniones de revisión con regularidad para reflexionar sobre el progreso. El proceso generó un amplio lente sobre la salud. Las acciones involucraron a la salud y muchos otros sectores con el apoyo de recursos locales y fondos públicos. Incluyeron campañas de limpieza, con el apoyo del gobierno local; mejor salubridad, vivienda y molinos de maíz; gestión de residuos sólidos. Algunas acciones se enfocaron directamente en el desempeño y consumo, tales como la realización de citas por teléfono y el seguimiento de madres con VIH positivo o la distribución y monitoreo utilizando redes contra mosquitos. Una disminución en los niveles de enfermedad, particularmente en casos de cólera y muertes, y un ambiente local comunitario mejorado generó confianza en el enfoque (20)



Presidentes de HCC planificando a nivel de distrito, Zambia © M Daka 2013

En varios sitios, el personal de los servicios y las comunidades tienen un estatus y una relación de poder desequilibrado a pesar de los intercambios de evidencia e información. Incluso *dentro* de los sistemas de salud, los servicios a nivel local y el personal del gobierno local que busca innovar pueden carecer de poder sobre los recursos para hacer efectivas las decisiones. Asimismo, otros actores con influencia pueden bloquear las decisiones que no consideren “racionales” bajo sus propios términos (1). Las comunidades generalmente tienen representación indirecta en los cuerpos de toma de decisiones, a través de sus representantes electos.

Se pueden aislar en tales cuerpos si no interactúan en foros de consulta más amplios y si no se comunican de forma activa con su electorado. La toma de decisiones indirecta y representativa, aunque es una opción viable, hace que los procedimientos y las reglas aplicadas sean importantes para la práctica participativa.

Las reglas y los procedimientos para la toma de decisiones, así como los principios y criterios que gobiernan las decisiones, necesitan ser transparentes y creíbles para aquellos involucrados y para las comunidades.

Los servicios de Salud Mental de los Jóvenes (YMH por sus siglas en inglés) en Gosford, Australia, desarrolló en diálogo con jóvenes una serie de principios que aplicarían al desarrollar servicios y programas de salud mental de los jóvenes. Se produjo un borrador por medio de una revisión de la documentación y la retroalimentación dada por gente joven, sin hogar, Aborígenes, lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, intersexuales y queer (LGBTIQ) así como partes interesadas relevantes en la salud mental. Los principios se discutieron en un Foro en Nueva Gales del Sur sobre la salud mental de los jóvenes en el 2007. Se adoptó una serie de principios común, detallada al lado derecho. Los principios fueron aprobados por el Consejo del Programa de Salud Mental y se usaron para reportar sobre el desempeño del servicio (27).

Principios de los servicios de salud mental de los jóvenes

1. Compromiso a un marco de promoción y de prevención para la atención de la salud mental
2. Mejora al acceso temprano
3. Gobernanza clínica sostenible de la salud mental de los jóvenes y control de calidad
4. Promoción de “mejores prácticas” en los servicios clínicos de salud mental de los jóvenes
5. Desarrollo de asociaciones estratégicas efectivas
6. Concentración en la recuperación y la esperanza
7. Mejorar la participación de las familias y los cuidadores en los servicios de salud mental
8. Mejorar la participación de familias y cuidadores en los servicios de salud mental.
9. Capacitación de personal de salud mental de los jóvenes

Los [Estándares Nacionales para la Participación de la Comunidad](#) de Escocia son principios de buena práctica utilizados para informar y mejorar el proceso de participación de la comunidad en la planeación de la salud. Éstos son aceptados ampliamente por sus practicantes.

Una revisión en los años 2015 y 2016 de los estándares trajo contribuciones de la comunidad, organizaciones no estatales y sectores públicos, lo que llevó a los estándares del 2017 mostrados por medio de un diagrama elaborado por el [Centro de Desarrollo Comunitario Escocés](#), en la imagen contigua (2017) (18).



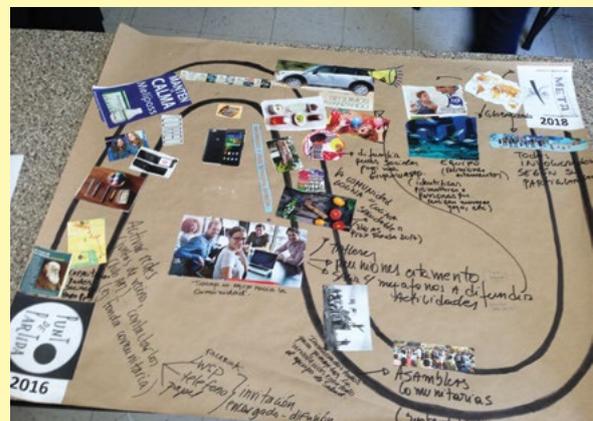
En varios espacios formales estas reglas están asentadas “de arriba hacia abajo” dentro del sistema. Éstas pueden discutirse con las comunidades para conseguir su compromiso. Sin embargo, es posible desarrollar las reglas con la comunidad, como se ejemplifica a continuación.

En Escocia, los principios de buena práctica han sido diseñados a través de la consulta y el diálogo para apoyar e informar dichas interacciones (18).

En Pomurje, Eslovenia, se acordó que las mejoras en la equidad de la salud (o la distribución de beneficios de la salud) se utilizarían como criterio para priorizar y seleccionar acciones entre la variedad de opciones a discutir (1;14). Se usó un [conjunto de instrumentos](#) para guiar el proceso de aplicación de criterios, con revisión del [aprendizaje que surgió de su uso en diversos procesos](#) a niveles locales y [regionales](#) (16).

En Ecuador, las comunidades tienen un papel al decidir sobre la certificación de “espacios saludables” para instituciones tales como mercados de alimentos frescos y escuelas. Si bien los criterios para la certificación actualmente se encuentran en desarrollo, se pretende que con el tiempo se deleguen a equipos comunitarios de salud, mientras adquieren más experiencia. La certificación proporciona un punto de entrada para planes de mejora de la salud y para inversiones en espacios públicos saludables. La certificación y la priorización de áreas a mejorar realizadas por equipos comunitarios proporciona una voz para que los administradores y los usuarios de espacios públicos decidan juntos cómo invertir de manera más eficaz recursos limitados para promover la salud (22). También los *propios* planes de la comunidad pueden adquirir cierto peso y recibir recursos, tal como lo muestra la experiencia en Chile a continuación (19).

El CESFAM (centro de salud familiar) de Santiago, Chile Madre Teresa de Calcuta se desarrolló a través de diagnósticos participativos y un plan de participación ciudadana para conseguir una meta nueva de desempeño en la atención primaria de salud para la participación comunitaria. En un taller grupos de trabajo de la comunidad prepararon un “itinerario” de actividades para “viajar durante los años 2017 y 2018 para alcanzar la meta de una comunidad que es más activa y consciente de su salud con relaciones estrechas al centro [CESFAM].” Utilizando dibujos e imágenes, los grupos identificaron sus estrategias y actividades para las metas, construyendo un plan para CESFAM y la asociación comunitaria. Esto incluyó vínculos e intercambio de información con iniciativas específicas tales como cuentas públicas participativas, el establecimiento de un consejo de la salud electo, diálogos y consultas ciudadanas. El borrador del plan se discutió y se adoptó por una comunidad más amplia, con información regular, disseminación sobre la implementación y una mecanismo de evaluación trimestral y anual (19 p14).



Itinerario para fortalecer la participación © CESFAM MT Calcuta, Santiago, Chile 2016

La experiencia en Chile también subraya la importancia de la *responsabilidad social a través de la comunicación con las comunidades sobre la implementación de las decisiones* (19). En los procesos de reflexión y acción participativa, las comunidades están involucradas de forma directa en la elección, implementación y revisión de las acciones. En formas más indirectas de toma de decisiones, la responsabilidad social se consigue de otras maneras. Por ejemplo, el SSK en Varanasi, India, utiliza [auditorías sociales](#) y [tarjetas de reportes](#). Los líderes ciudadanos implementan auditorías sociales a través de la observación durante sus visitas a los servicios y durante el diálogo con las comunidades. Realizan audiencias públicas sobre los resultados para reportar a las comunidades los descubrimientos y para discutir su desempeño con los proveedores (21).

Los procesos que construyen co-determinación en el uso de los recursos públicos profundizan el poder social. No sólo brindan voz social en la toma de decisiones, sino también proporcionan los medios para dirigir los recursos hacia las áreas que las comunidades priorizan.

La [elaboración de un presupuesto participativo](#) (PB por sus siglas en inglés) es un proceso que se ha extendido de forma global como una manera inclusiva de toma de decisiones sobre la asignación de los fondos públicos. Una red creciente de sitios y organizaciones lo implementa, incluyendo 20 sitios en América del Norte. [Es un proceso democrático de elaboración de presupuesto](#) en el cual miembros de la comunidad deciden de forma directa cómo gastar parte de un presupuesto público.

El Aberdeen City Council (ACC) introdujo la elaboración de presupuesto participativo en el 2015, en consonancia con el Community Empowerment Act del 2015 (Escocia) y la intención del gobierno de asignar 1% del presupuesto nacional a presupuestos participativos. Se introdujo para permitir la participación en la planeación de los servicios locales. Hasta ahora se han realizado dos rondas de presupuestación en áreas desfavorecidas. La [primera ronda](#) se introdujo en escuelas, en su carácter de espacios familiares comunitarios. [Estudiantes de escuelas primarias y secundarias votaron](#) sobre las propuestas producidas por grupos comunitarios. Las propuestas se enfocaron en condición física, salud, medios digitales, tecnología, ciudadanía, el ambiente y las artes. Una quinta parte de éstas se basaba en la condición física y la salud. La segunda ronda se expandió a tres "localidades" urbanas a través de una plataforma digital [UDECIDÉ](#), difundida y administrada en línea en una plataforma participativa, [Participare](#). Las propuestas se hicieron sobre habilidades digitales, salud, deportes y ejercicio, proveedores de alimentos, habilidades de cocina, higiene y salubridad, jardines comunitarios y áreas verdes. El proceso concluyó con un foro deliberativo donde los votantes podían interactuar con los participantes. El proceso se está revisando con más detalle para enfrentar retos tales como la accesibilidad a grupos menos organizados y más vulnerables (18).



Muchas experiencias aquí descritas también demuestran la variedad de formas en que las comunidades se involucran en **la co-producción de acciones acordadas y de intervenciones en la salud**, especialmente cuando se involucran en el diseño y cuando las acciones forman parte de sus vidas y sus contextos. *La co-producción ha ayudado a alinear los programas y los materiales con la cultura local*, tal como es el caso del co-diseño de un manual de salud sexual realizado por los adolescentes de seis preparatorias en Santiago: [Construyendo ambientes saludables en Santiago: 100 Preguntas sobre la sexualidad en la adolescencia](#) (19). La intensidad de los enfoques persona a persona que usualmente se aplican en estos procesos y los enfoques de pares que involucran a la comunidad afectada en el cuidado de la salud ayudan a enfrentar los prejuicios, tales como los asociados con enfermedades mentales (24;27).

Los papeles de la comunidad en la co-determinación, el diseño y la implementación de los programas de salud ha integrado la salud de forma más directa con la vida y los procesos de la comunidad. En [Santiago Sano](#), Chile, por ejemplo, el co-diseño comunitario de las iniciativas de la salud ha resultado en una [red de carritos y kioscos de comida saludable](#) para aumentar la disponibilidad de productos saludables; el programa [Espacios saludables en Santiago](#) para remodelar espacios públicos; la campaña [Hagamos un Trato por el Buen Trato](#) y una estrategia de comunicación para promover los derechos de los niños (19). En Vanuatu, el grupo WSB co-ubicó los servicios de salud comunitarios en lugares donde hay actividades creativas y en campos de deportes, fomentando que la juventud se involucrara. El grupo WSB también trabajó con servicios y con granjeros locales para introducir nuevos alimentos resistentes a las sequías (26).

En Aberdeen, puntos de venta comunitarios venden frutas y verduras a un precio razonable en las comunidades desfavorecidas para ayudar a mejorar su nutrición (18). En Lusaka, el conocimiento sobre la salud y la co-determinación de los planes ha llevado a mejorar el saneamiento y el manejo de residuos sólidos (20). En Eslovenia, las acciones han abordado determinantes sociales tales como la producción de comida saludable y el uso de energía renovable, así como medidas sociales como la promoción de la actividad física (16). *Por tanto, se reporta que la voz de la comunidad en la toma de decisiones ha tenido “tracción en la salud pública” mejorando el enfoque de las intervenciones en la salud de la población.*

Este compromiso entre las comunidades y los proveedores de servicio usualmente exige de ambos nuevas habilidades y capacidades.

Los trabajadores de la salud, especialmente aquellos que están fuera de la comunidad, pueden necesitar nuevas competencias en comunicación, facilitación, habilidades de lenguaje y culturales, trabajo en equipo, gestión de programas y metodologías participativas.

Para las comunidades, *informarse sobre procesos de la salud puede construir conocimiento comunitario sobre la salud y los servicios de la salud de manera que se fortalecen las capacidades sociales para organizar y actuar de forma local sobre la salud y para comprometerse con los servicios y exigir sus derechos.* En Varanasi, India, SSK implementó un programa de educación con enfoque funcional con los miembros de la comunidad, incluyendo mujeres y adolescentes. El programa construye capacidades para apoyar a las organizaciones locales colectivas, para formar organizaciones basadas en la comunidad y para conocer y exigir sus derechos (21). El [programa de educación sobre la salud](#) de LDHO en Lusaka, Zambia, aplica enfoques de reflexión y acción participativa, introduciendo información y nuevo conocimiento

para apoyar el análisis y las acciones por parte de la comunidad en los procesos que [ahora han alcanzado un nivel nacional](#) (20). El programa [Engaging the Leaders of Tomorrow](#) del B4H en Canada facilitó que los jóvenes se comprometieran en los procesos de difusión de la salud a través de actividades participativas co-diseñadas con miembros jóvenes del B4H (25). *La educación sobre la salud se puede incorporar a otros procesos de construcción de habilidades*, tales como la incorporación de educación sobre nutrición en el entrenamiento de habilidades culinarias en Escocia (18), de cuestiones de la salud en los [talleres de teatro del WSB Vanuatu](#) descrito anteriormente (26) o en los talleres de [Psircutopia en Ovalle](#), Chile, en circos, cines, teatros, terapia artística y en hacer instrumentos musicales para los jóvenes involucrados en el abuso de drogas (19).

Los programas de entrenamiento formal también desarrollan capacidades para papeles representativos y para interacciones con los sistemas de salud.

El servicio de salud de la [Unidad de Participación Ciudadana](#) en Biobío, Chile trabaja con equipos de salud para entrenar a miembros de la comunidad y a organizaciones para sus papeles en el diseño, la implementación y la evaluación de planes y programas municipales (19). Después de realizar pruebas para ver la relevancia cultural, el enfoque de [La Guía de intervención del Programa de acción para superar las brechas en salud mental \(mhGAP-IG\) de la OMS](#) se utilizó en Makueni, Kenya para entrenar a trabajadores de salud comunitaria o a proveedores de la salud tradicionales sobre trastornos mentales. Lo anterior desarrolló habilidades y ayudó a superar brechas en la comunicación y la remisión que debilitan el cuidado de salud mental (24). Entrenar al mismo tiempo a trabajadores de la salud y a miembros de la comunidad, como es el caso de Lusaka (20), puede fortalecer la comprensión mutua y el respeto por el conocimiento y el papel del otro.



Capacitación de profesionales de salud tradicionales para detectar enfermedades mentales Makueni, Kenia
© D Ndeti 2017

4. Pero, ¿hace alguna diferencia la participación?

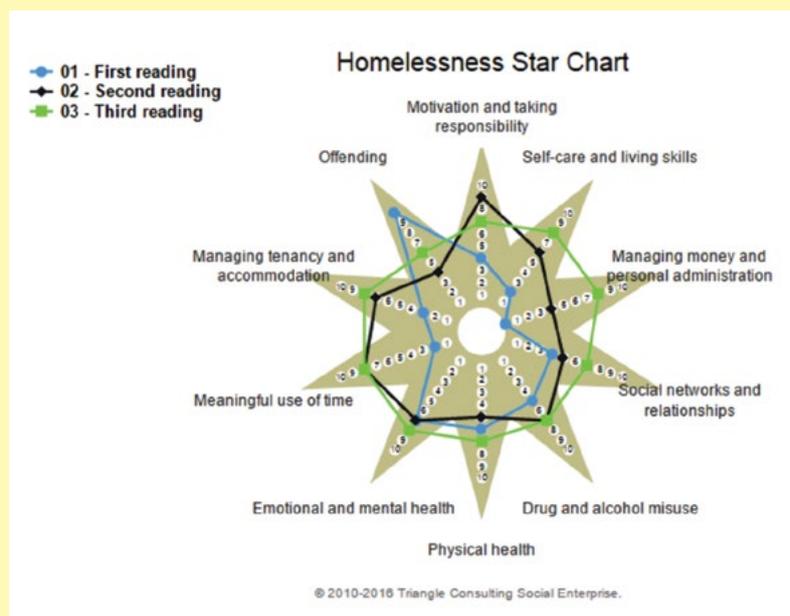
La documentación sobre la participación en los sistemas de salud usualmente se enfoca en lo que se realizó, con una consideración sistemática limitada respecto al impacto que se tuvo en la salud, en los servicios de salud o en el costo-beneficio (16). A pesar de esto, existe evidencia documentada sobre el impacto en aumentar el conocimiento respecto al consumo, la eficacia, el alcance y la equidad en los servicios de salud, así como impacto en la acción en determinantes sociales de la salud y en una percepción social de la salud positiva (1;16). Varios estudios reportaron mejoría en los comportamientos de autoeficacia y promoción de la salud así como un incremento en la confianza y el consumo de servicios cuando la gente está informada e involucrada en las decisiones sobre las intervenciones y servicios (1).

Al mismo tiempo, surgen advertencias respecto a lo que se evalúa, cuándo se evalúa y cómo se evalúa. Es complicado atribuir directamente los impactos en salud a la participación por la naturaleza contextual y temporal de estos procesos y por muchos factores que yacen en los procesos participativos y sus posibles resultados. Con frecuencia, los sistemas de información ordinaria carecen del tipo de información desagregada

para evaluar muchos de los resultados que se desean obtener. Al asignar un valor monetario a los beneficios, se pueden perder los impactos cualitativos y, de forma más importante, puede que no se reconozca el valor inherente de la participación como una meta por sí misma (1;28;29). *Las evaluaciones deberían, por lo tanto, ser capaces de rastrear y monitorear el cambio incremental a lo largo del tiempo, dar el tiempo adecuado para que emerjan resultados y evaluar los resultados a partir de la variedad de recursos sociales, intelectuales y materiales involucrados* (1;16;20;25).

Pocos sitios en *Shaping health* han realizado evaluaciones formales cualitativas de resultados para evaluar el impacto de sus actividades, pero han implementado evaluaciones de procesos, revisiones estratégicas y otras aproximaciones reflexivas de investigación. Éstos se consideran más apropiados para la revisión y la rendición de cuentas (15;16). Social Bite en Escocia y LDHO in Zambia utilizan métodos participativos para involucrar de forma directa a las comunidades en dichas revisiones, complementadas por evidencia cuantitativa para apoyar tanto la revisión interna como el reporte externo (18;20).

En Escocia, Social Bite está poniendo a prueba un “[outcomes star](#)”, un diagrama de resultados, para mapear y confrontar el progreso con las metas a través de diez dimensiones, como se muestra en la figura de al lado. La estrella se puede usar de forma temporal como una representación visual para la discusión y revisión de progreso individual y colectivo, así como para el reporte externo. Social Bite también utiliza métodos cualitativos, tales como historias. Éstas son mejores para las narraciones de la gente sobre cómo las acciones realizadas y los servicios de apoyo proporcionados han afectado el cambio en la confianza y la dignidad de aquellos involucrados (18)



Outcomes Star © Triangle Consulting 2010-2016 en (3)

En Lusaka, Zambia, el personal comunitario y de servicio estableció [marcadores de progreso](#) de sus acciones para proporcionar un marco de revisión. El método se adaptó de [enfoque de Mapeo de resultados](#), una herramienta de monitoreo cualitativo. Los marcadores de progreso son identificados por los participantes a partir de las acciones que:

- 'Esperan ver' (situación usual)
- 'Les gustaría ver' (situación mejorada)
- 'Les encantaría ver' (situación ideal) (véase ejemplo adyacente).

Mientras trabajaban en planes de acción, aquellos involucrados se reunieron de forma periódica para cotejar su trabajo con los marcadores de progreso. En las fases tempranas, se enfocaron principalmente en los marcadores que "les gustaría ver", ya que lo que "les encantaría ver" toma más tiempo para lograrse. Los marcadores de progreso se pueden completar por otros procesos de evaluación participativa, tales como un [volvelle](#), un diagrama en forma de rueda, para trazar y cotejar los cambios con resultados identificados (20).

Problema: Información y Comunicación inadecuada en el Proceso de Planeación

		Monitoreo de Progreso					
		CLÍNICA A			CLÍNICA B		
		1	2	3	1	2	3
<i>Marcadores de progreso que ESPERAN ver</i>							
1	Reuniones de personal de atención a la salud con miembros de la comunidad con horarios, agendas & minutas		■	■	■	■	■
2	Diseminar y compartir información del personal de atención a la salud con miembros de la comunidad sobre la planeación y otras cuestiones actuales		■	■			
3	Retroalimentación del personal de atención a la salud a los miembros de la comunidad al planear actividades y otras cuestiones actuales tan pronto como se reciba		■	■	■	■	■
4	Respeto de los puntos de vista de los otros durante las reuniones y discusiones		■	■	■	■	■
5	Asistencia de los participantes al taller de orientación PRA 2007 para compartir la información y sensibilizar a sus compañeros de trabajo y colegas al respecto		■	■	■	■	■
<i>Marcadores de progreso que les GUSTARÍA ver</i>							
1	Materiales necesarios y lineamientos simplificados del personal de atención de salud para los miembros de la comunidad sobre procesos de planeación		■	■			
2	Inicio de la planeación del ciclo de actividades por parte del personal de atención de salud y miembros de la comunidad y no por un nivel más alto						
3	Información a miembros de la comunidad sobre la asignación de presupuesto y gastos para el cuidado de la salud proporcionada y compartida por el personal de atención a la salud			■	■	■	■

Llave: Hecho Comenzado / En curso No iniciado / no hecho

Fuente: Mbwili Muleya et al., 2008

A pesar de las advertencias mencionadas anteriormente, los sitios señalaron **una variedad de resultados sociales** relacionados a su trabajo, incluyendo:

- El intercambio y uso de información, conocimiento y habilidades de los participantes (18;21;22;25;26), así como el crecimiento de una variedad de capacidades para una salud mejor y para aumentar su poder, especialmente en comunidades desfavorecidas. Esto incluye un mejor conocimiento sobre la salud y un crecimiento en su liderazgo y sus habilidades para la facilitación, el trabajo en equipo, la comunicación, la gestión financiera, la negociación de reclamos de beneficios y la auditoría de los servicios (18;22;26;27).

- El desarrollo de redes comunitarias y profesionales, asociaciones, equipos de trabajo colaborativos y relaciones que facilitan o proporcionan apoyo social (18;21;22;25), mejora en la interacción entre trabajadores de la salud y miembros de la comunidad (17;19;20;24) y un uso más eficaz de espacios seguros para que los grupos vulnerables se reúnan, obtengan información, dialoguen y aborden sus necesidades y comuniquen sus ideas sobre necesidades relacionadas a la salud (20;26;27).
- Un cambio en las perspectivas comunitarias sobre la salud y sus papeles en el mejoramiento de la salud: “Los miembros de la comunidad se han vuelto parte del proceso de cambio... y ven la salud no sólo como el consumo de medicamentos sino como la obtención de un ambiente y relaciones saludables” (20 p9).

- El cambio en la gobernanza institucional y una gobernanza más inclusiva y participativa, con:
 - ▶ Mayor trabajo en equipo, vínculos e inclusión de la voz de comunidades marginadas (21;22;26;27)
 - ▶ Asociaciones y vínculos con otros sectores (28;29)
 - ▶ Fortalecimiento en la representación y de los papeles comunitarios, involucrando a las comunidades locales en la toma de decisiones, el diseño, la implementación y la vigilancia de los servicios (28;29)
- Comunidades que se sienten valoradas y empoderadas, con más confianza en sí mismas, con mayor sentido de propiedad sobre los planes y los presupuestos y que defiende de manera activa los servicios que valoran (28;29).

“Ahora tenemos una representación positiva de todos los grupos dentro de las comunidades, para jóvenes, mujeres, jefes y niños...Ahora hay grupos responsables de distintas áreas, lo cual hace más fácil que la gente reporte sus problemas y que se planteen al grupo representante” (Pastor Lulu Fula, Sarete Village, Santo in (26 p8).

Los sitios reportan **mejoría en los resultados en los determinantes de la salud, los servicios y el estatus de la salud**, en:

- Inversión en sistemas de información y análisis de datos, incluyendo versiones electrónicas interactivas y modos que dan acceso público a la información sobre la salud (16;22).
- Uso de procesos participativos en distintas funciones de los sistemas de salud (28;29).
- Acciones para mejorar el ambiente de la salud y las prácticas en las comunidades y para mejorar la experiencia y el desempeño de los servicios de salud; en relación con las prácticas alimenticias, ambientes comunitarios; infraestructura recreacional para la salud, y acceso a la rehabilitación para adultos mayores y refugio para grupos desfavorecidos (28;29).
- Mejor empleo local, particularmente para jóvenes y grupos desfavorecidos (16;19;23;26).
- Consumo de los servicios mejorado, incluyendo el regreso a la escuela de jóvenes no escolarizados (Vanuatu; 26), uso del seguro médico, inscripción a la escuela, partos atendidos en instituciones (Varanasi; 21), consultas de servicios de la salud infantil y de la familia (NPH New Zealand, 23) y cobertura de servicios de atención primaria (Sao Paulo, Brasil, 17). Sin embargo, se distinguieron otros factores que contribuyeron a estas mejoras en el uso de los servicios.
- Las prioridades de los servicios cambiaron de ser principalmente clínicas a incluir componentes sociales y los aspectos culturales y sociales de la salud (17;23), apoyando a los trabajadores de salud comunitaria, las visitas al domicilio y el uso de servicios en comunidades excluidas (17;21;22;26), con mejor cuidado de gente con problemas mentales y apoyo a sus familias: “...como los que nunca solían trabajar porque estaban enfermos ahora puede hacer algo por sus vidas... incluso las familias se unieron” (KI trabajador de la salud Kenia, 2017, en 24 p. 16).
- Prácticas y protocolos de servicios que integran la voz comunitaria, con mejor colaboración entre proveedores formales e informales y las comunidades para el cuidado de la salud mental, en Kenia (24) y en los lineamientos del NPH para la investigación genómica que informan los lineamientos nacionales en Nueva Zelanda (23).
- Incremento en la aplicación y el reconocimiento de los recursos por parte de las autoridades para estos papeles e intervenciones, así como niveles considerables de derechos de seguridad social reclamados (21;25).
- Contribución de prácticas participativas a la mejoría del estado de la salud, incluyendo la disminución en incidencias de cólera en Lukasa (20) y en síntomas de enfermedades mentales en Makueni, Kenia (24).

En Pomurje, Eslovenia, [se hicieron esfuerzos comprensivos para evaluar el impacto de las intervenciones participativas](#) sobre la salud y el desarrollo, utilizando evidencia de las encuestas de monitoreo nacional de la salud del 2001 al 2008. Encontraron cambios positivos en: consumo incrementado de frutas y vegetales frescos; uso reducido de grasas animales al cocinar; disminución en el consumo de tabaco y de comidas no saludables (comida frita, dulces, bebidas y sales), y un incremento en actividad física. Esto fue respaldado por reportes cualitativos de los servicios y miembros de la comunidad sobre las mejoras en la consciencia y las prácticas de tanto la gente local como los responsables políticos y por cambios percibidos en prácticas institucionales hacia la coordinación intersectoral y la planeación y toma de decisiones participativa en el RAG (16).



Produciendo comida de forma sustentable © CHD 2014

5. ¿Qué conocimiento compartido y cuáles principios comunes?

Los contextos de los estudios de caso internacionales de *Shaping health* varían de la misma manera que varía la organización de sus sistemas de salud. Sin embargo, éstos han respondido a factores socio-políticos, institucionales, de salud y de servicios de la salud. Muchos países tienen políticas que apoyan la participación social de forma explícita y útil. No obstante, éstas pueden no traducirse en los niveles más bajos y pueden presentar exenciones cuando los recursos están restringidos (23) o cuando las condiciones políticas son cambiantes. La participación social, por tanto, depende de forma importante en las conexiones que hay y en lo que ocurre a nivel local. Muchas de las experiencias que aquí se describen se han mantenido por periodos relativamente largos, desgastándose o creciendo en contextos difíciles o favorables. Al ser enfoques que dependen del contexto, no es posible simplemente transplantar las prácticas de un lugar a otro. Los procesos y las herramientas descritas anteriormente, así como las ideas y el aprendizaje pueden compartirse y, en los casos en los que sea relevante, pueden adaptarse. Sin repetir el detalle en secciones previas sobre estos enfoques, procesos y herramientas, esta sección esquematiza diez ideas o principios de práctica amplios que han surgido del trabajo y las discusiones en *Shaping health* que pueden inspirar o informar los esfuerzos para fortalecer la participación social y el poder en la salud.

5.1 La participación es intrínseca a la identidad de las personas, un reflejo de los valores, los derechos y la justicia y es fundamental para la salud

La participación social y el crecimiento del poder social en el cuidado de la salud son tanto un medio para el mejoramiento de la salud como un fin por sí mismos. La participación social es intrínseca a la identidad de las personas, un derecho y una meta democrática de la sociedad, así como un medio para mejorar la acción y los servicios de la salud. Ya sea que se encuentre arraigada en la cultura histórica o sea un resultado del activismo socio-político, este entendimiento motiva y apunta muchas de las experiencias descritas en *Shaping health*. Se basa en y refuerza un sentido de pertenencia y de identidad colectiva en las comunidades. Cuestiona la discriminación y exclusión, posiciona a los miembros de la comunidad como portadores de sus derechos y promueve los derechos sociales, la equidad y la solidaridad. Cimenta los niveles significativos del

activismo voluntario que los miembros aportan a la salud y las exigencias de la gente por participar en las decisiones que afectan sus vidas.

En los servicios de salud, la participación se hace evidente en las intenciones de política explícitas de los servicios de salud para suministrar los beneficios de salud como responsables, para superar las desigualdades injustas en la salud y en el acceso a los servicios. Implica un compromiso con el fortalecimiento del funcionamiento democrático *dentro* de los servicios, lo que incluye comprometer al personal de nivel comunitario y de cuidado primario que anteriormente no era partícipe en el proceso de planeación (20;22;23;24). Los estudios de caso sugieren que *entre más se integren y se exijan los procesos dentro de la comunidad, los involucrados serán más capaces de mantenerlos, defenderlos y fortalecerlos con el tiempo*, lo que sirve de apoyo al personal de servicio y forja modelos más fuertes que cuando la participación se organiza únicamente como una necesidad funcional de los servicios de salud.

Como se notó en el caso de Zambia: “Los procesos toman tiempo y necesitan estar sostenidos por valores, compromiso y persistencia, especialmente durante los tiempos menos conductivos para que puedan avanzar cuando se presenten oportunidades” (20 p9).

Esto genera una variedad de cuestiones estratégicas para la práctica participativa: ¿Cómo construir solidaridad cuando algunos grupos están siendo discriminados? ¿Cómo evitar una respuesta a las demandas de apoyo



La comunidad revisando los lineamientos del comité de salud del barrio, Lusaka Zambia, A Zulu 2017

inmediato por parte de comunidades vulnerables, una respuesta que reemplaza medidas a largo plazo que construyen autonomía social? ¿Cómo gestionar los conflictos y la resistencia cuando las comunidades exigen sus derechos? ¿Cómo organizar las interacciones consistentes necesarias para cambiar las normas sociales o crear confianza en un contexto de financiación incierta? (28;29).

Muchos sitios hacen explícitas estas cuestiones, comparten información y discuten con aquellos involucrados para construir soluciones colectivas. *Adquiriendo o construyendo a través del proceso un reconocimiento compartido de la participación como intrínseca en la gente y en la salud. Por tanto, el compartir valores y visiones entre comunidades, los actores políticos y de servicios y el diálogo sobre cómo superar los retos son factores importantes para lograr iniciar, apoyar y sostener la práctica participativa* (7;9;11).

5.2 La experiencia y el conocimiento comunitario, el activismo comunitario y el liderazgo son conductores de la práctica participativa

La práctica participativa inicia a partir de la experiencia, el conocimiento, la cultura y las percepciones comunitarias y las involucra de forma temprana como una aportación para la evidencia, el análisis y el establecimiento de prioridades para la toma de decisiones y para el diseño de las intervenciones en servicios (13;28;29). Los activistas de nivel comunitario de grupos afectados desempeñan un papel crucial en esto y en formas de participación ascendentes y

orgánicas. Por lo tanto, necesitan ser identificados y nutridos. Usualmente, ya se encuentran activos dentro de la sociedad civil y las comunidades. Pueden también ser motivados por los nuevos procesos, ya sea como jóvenes en los servicios de salud mental, actores en grupos de teatro, como líderes ciudadanos, consejeros o facilitadores de educación sobre la salud (28;29). Los trabajadores de la salud de la comunidad pueden también asumir papeles de “activistas” si son electos por la comunidad o entrenados para eso. *Cualquiera que sea su “etiqueta”, la conexión que tienen estos líderes comunitarios y activistas con la comunidad así como en procesos locales socio-políticos, su elección por las comunidades en cualquier proceso representativo y su legitimidad, experiencia y capacidad, son bienes clave en sus papeles* (17;19;20;21;27).

Esto precisa de una inversión en el desarrollo de capacidades para el activismo y el liderazgo, tales como la facilitación, comunicación, poder de convocatoria, negociación y habilidades de defensa así como diversas habilidades funcionales como en el arte, el teatro, la producción de alimentos o la mercadotecnia y en educación sobre la salud, determinantes de la salud, servicios y sistemas de exigencia de beneficios (28;29). Éstos pueden ser, mas no siempre son, proporcionados en talleres. Los intercambios, las redes y los foros también proporcionan un medio para conocer, compartir y discutir la experiencia a través de distintas áreas, como lo hacen las organizaciones comunitarias y las asociaciones de la sociedad civil.

Si bien muchos activistas comunitarios de la salud desempeñan papeles voluntarios, éstos también necesitan ver los beneficios, dado que varios provienen de grupos desfavorecidos. Los beneficios pueden ser económicos, del sector salud como un actor



Taller de divulgación del centro de nutrición © WanSmolbag 2016

económico y empleador (16;22;23;25), por medio de vías hacia el empleo, tal como en el surgimiento de [Vanua Fire](#) a partir de las actividades de salud del WSB (26), o por medio de actividades de iniciativas sociales en Escocia (18). No obstante, un beneficio no sólo se ve en términos económicos. También puede ser recibirse al obtener reconocimiento por los cambios, como, por ejemplo, en el fondo formal de los planes de RAG en Pomurje RAG (16), la ampliación de actividades para la educación sobre la salud en Lusaka (20) o el respaldo estatal en Gosford, Australia de los principios que jóvenes co-desarrollaron respecto a los servicios de salud mental. En todos estos casos, *se vio un mayor reconocimiento después de que se realizó el activismo local y se obtuviera evidencia del éxito de prácticas locales, en lugar de ser su causa. Se sugiere, entonces, que el reconocimiento no detona el activismo comunitario, pero sí ayuda a sostenerlo.*

5.3 Es más probable que los procesos participativos en salud florezcan dentro de un escenario comunitario...

Las experiencias internacionales indican que las interacciones con el activismo y los procesos a nivel comunitario parecen recibir mayor apoyo y aumentar sus posibilidades de superar los desequilibrios de poder que los inhiben cuando los servicios y otros interactúan dentro de escenarios y procesos comunitarios, tales como escuelas, mercados, lugares de trabajo, campos deportivos y reuniones tradicionales, incluyendo los funerales. *Esto centra los procesos en la comunidad en lugar de en los servicios.* Los procesos familiares y más accesibles incluyen “espacios seguros” para grupos discriminados y vulnerables, tales como las “cenas sociales” para la gente sin hogar. Coloca al personal de servicio fuera de sus papeles y ámbitos tradicionales, pero proporciona oportunidades para entender las condiciones, las perspectivas, los procesos y los recursos de la comunidad, dado que éstos son bienes clave para los enfoques de la salud de la población. Si bien no impide que las comunidades entren en los escenarios de los servicios en papeles representativos, lo cual se discutirá más adelante, la importancia de la participación dentro de escenarios comunitarios para la práctica participativa hace que ésta sea una característica común de varios sitios, incluso como ley, como en el Community Empowerment Act en Escocia 2015, asegurando que los procesos inicien en espacios familiares y comunitarios (18).

5.4 ... apoyados por y suscitando modelos de salud más holísticos

Las experiencias reportadas en *Shaping health* indican que *es más probable que los procesos participativos en la salud florezcan cuando los sistemas de salud están*

organizados alrededor de enfoques más holísticos, centrados en la gente, en la salud de la población y en la atención primaria de salud integral (PHC por sus siglas en inglés). Esto parece permitir que los servicios de la salud sean más receptivos y competentes al interactuar con las comunidades. Algunos ejemplos incluyen el enfoque biopsicosocial de Chile (19) o el enfoque integral del equipo de salud familiar en Brasil (17). El apoyo para las intervenciones de la salud pública y las interacciones con otros sectores sobre los determinantes sociales de la salud, como en Quito y en Pomurje, también facilitan los papeles sociales (1;14).

Una tarea clave para los servicios es reforzar la orientación hacia estos enfoques, incluyendo en cuanto a las capacidades y la preparación del personal y su capacidad de facilitar y responder a procesos y papeles comunitarios (5;11;23). Esto implica trabajo en equipo, comprometer al personal de atención primaria y de nivel comunitario en la planeación participativa y en las decisiones, invertir y proveer incentivos para procesos y competencias sociales y culturales, como se discute más adelante, estableciendo y observando indicadores factibles de cambio para construir apoyo (28;29).

Con frecuencia, estos enfoques implican co-ubicación de servicios y trabajo en conjunto con organizaciones no estatales y otros sectores, con planeación e indicadores de éxito que no comprometan las metas de cada uno (16;22;28;29). El liderazgo usualmente surge de, y necesita ser fomentado por, el gobierno local. Incluso los sitios con experiencias prometedoras en dichos enfoques holísticos y multi-sectoriales reportan retos



Reunión del comité técnico de MDMQ, Quito LJ
Lurado 2016

por financiamiento inadecuado, vertical y específico a una enfermedad, por aislamiento administrativo entre sectores, por compromisos contradictorios del personal de salud y por brechas en las capacidades a nivel de atención primaria (16;17;19;20;24). Por tanto, el personal de servicios locales ha encontrado maneras creativas de movilizar los recursos y los incentivos de presupuestos ordinarios o de patrocinadores externos y ha logrado construir asociaciones, base para evidencias y apoyo político para implementar las innovaciones (14;15;28;29). Al mismo tiempo observa el ciclo de retroalimentación positiva que la participación social trae consigo para estos esfuerzos y enfoques holísticos.

5.5 Los espacios y procesos formales e informales son clave y su interacción bidireccional los enriquece a ambos

Los estudios de caso esquematizan diversos tipos de espacios formales e informales (mecanismos/foros) y de procesos dentro de los cuales el poder y la participación social se organizan. Ambos son importantes para el poder y la participación social en la salud.

Los espacios y los procesos informales ocurren fuera de mecanismos legales o definidos por el estado. Éstos son variados, incluyendo foros, teatro, arte, festivales, comidas, procesos entre iguales, actividades de educación y desarrollo de habilidades, audiencias, redes sociales, campañas y protestas. Pueden ser ad hoc y transitorios, pero pueden también estar organizados, estructurados y sostenidos, y pueden construir redes y organización social.

Usualmente, los espacios informales son más flexibles, más inclusivos, más capaces de usar medios y expresiones accesibles para la comunidad. Generan oportunidades para el diálogo social y el intercambio entre iguales así como enfoques para la inclusión de grupos excluidos o despojados de poder en procesos formales. Pueden establecer sus propias reglas y procesos de forma que construyan confianza, poder colectivo y seguridad, incluso la base, para interacciones más formales (28;29). Al construir el poder colectivo y las capacidades de los derechos habientes para presentar reclamaciones, incluyendo auditorías sociales y audiencias públicas, fortalecen los enfoques basados en los derechos (21).

Al mismo tiempo, los espacios formales, tales como los servicios de salud, las juntas del gobierno local o los comités del nivel local hacia arriba, se constituyen por leyes o lineamientos. *Los espacios formales proporcionan un medio para el diálogo, la co-determinación y la vigilancia de las políticas, planes, presupuestos, asignación de recursos y prácticas*

de gestión entre representantes de la comunidad y los servicios, como formas de poder social para transformar los sistemas. Los espacios formales hacen posible que la práctica se institucionalice, incluyendo la certificación y los procesos presupuestales (28;29). En qué medida pueden hacerlo depende de su mandato, puesto que algunos sólo son consultivos y no toman decisiones; de su representatividad, dado que algunos designan más que eligen los representantes; de su inclusividad de distintos grupos sociales, de la evidencia, de los procesos y de las reglas que utilizan y de cuánto reportan a su electorado.

Sea formal o informal, varias medidas prácticas influyen en la posibilidad de que sus procedimientos y procesos superen los desequilibrios de poder y construyan participación significativa, incluyendo:

- Mapear grupos y redes sociales y el diálogo sobre los planes dentro de las comunidades para asegurar que las comunidades y las partes interesadas sean incluidas.
- Posicionar las actividades comunitarias (talleres, teatro, cenas, cafés) como puntos de entrada seguros, que no estigmaticen, para involucrar a los grupos poco representados, integrando los procesos dentro de los procesos, contextos y cultura de la comunidad, con una lengua en común, con términos locales y métodos visuales para facilitar las diferentes culturas, experiencias y voces de aquellos involucrados.
- Definir con las comunidades y con el personal involucrado la composición, el papel, los mandatos, los objetivos, las reglas de procedimiento, los tiempos establecidos, la ubicación y los resultados previstos de los foros, asegurando que no inhiban o sean parciales a la participación de grupos particulares.
- Apoyar las capacidades de aquellos involucrados.
- Adoptar un enfoque comunitario basado en un área, en lugar de en una instalación, para abordar los temas.
- Reconocer, fomentar y utilizar distintas formas de conocimiento y evidencia, combinando la evidencia comunitaria (narrativas, mapeo social y familiar, reflexión y aprendizaje de las acciones participativa, auditorías sociales) con información de los servicios, así como establecer junto con aquellos involucrados los criterios que informan la toma de decisiones sobre prioridades, acciones y recursos.
- Vincular los foros representativos con las actividades en la comunidad, incluyendo las actividades en línea, para involucrar y cimentar la responsabilidad en la comunidad en general (28;29).

La práctica participativa involucra una dinámica bidireccional entre mecanismos formales e informales, permitiendo el diálogo y las relaciones, el análisis y la acción que se construirá a través de distintas realidades y perspectivas de las comunidades y los servicios.

Las oportunidades para compartir información, construir poder social, proponer e innovar sobre las acciones en procesos informales puede ayudar a apoyar la inclusión y a enfrentar las barreras y los desequilibrios de poder que existen en los procesos formales. Como lo observó la CEBRAP en Brasil, “la interacción de formas de participación ciudadana institucionalizadas y no institucionalizadas con las actividades profesionales conjuntas ayuda a crear una zona de diálogo y mediación entre dos realidades y experiencias diferentes” (17 p. 14). Asimismo, como se observó en Varanasi, es probable que se necesite una multiplicidad de espacios formales e informales “...para articular los intereses y las exigencias para la negociación y para enunciar y lidiar con la resistencia, a través de canales estratificados para interactuar con proveedores de servicios” (21 p11).

5.6 El intercambio de información y la organización de la evidencia comunitaria son necesarios, pero no suficientes, para la participación significativa

En el nivel más básico, los procesos participativos comparten información dentro y entre comunidades y servicios, a través de teatro, radio y otros medios, dentro de reuniones ordinarias y extraordinarias, a través de plataformas en línea y redes sociales, en materiales desarrollados con la comunidad, en actividades de entrenamiento y procesos de igual a igual. Esta comunicación bidireccional apoya la transparencia y la confianza entre aquellos involucrados. Involucrar a miembros de la comunidad en el desarrollo de estos medios ha permitido que el formato (usualmente visual), el lenguaje y los mensajes sean relevantes y apropiados para la circunscripción a la que intentan apelar y ha facilitado su alcance.

Más allá del nivel básico de intercambio, que por sí solo puede tener poco impacto para el empoderamiento, la evidencia y las diversas formas de conocimiento que se consideran en la toma de decisiones desempeñan un papel crucial en formas de participación más significativas. Impulsan la definición de problemas y el establecimiento de prioridades, informan cómo se juzgan las exigencias sobre los derechos e informan las decisiones en la planeación y asignación de presupuestos y la supervisión del progreso.

La falta de reportes sobre condiciones estigmatizadas en comunidades excluidas, la demanda de evidencia sobre determinantes sociales, recursos y puntos de partida para mejoras precisan de diferentes formas de evidencia (10;13;24).

Una variedad de métodos, tales como el mapeo participativo, social y familiar, el periodismo fotográfico, las encuestas y narrativas comunitarias y en línea se utilizan para reunir y organizar de forma colectiva las experiencias, condiciones y percepciones. Si bien a las comunidades se les pide frecuentemente que identifiquen sus necesidades de salud, la participación significativa va más allá de esto. *Los procesos colectivos de reflexión participativa varían desde discusiones sobre teatro y árboles de problemas, hasta “clasificar y apuntar” para identificar problemas, analizar causas y priorizar a aquello sobre los que se debe actuar e involucrar comunidades en el análisis de evidencia para priorizar intervenciones.* Estos descubrimientos se pueden revisar en conjunto con la evidencia de servicio a través de herramientas descritas anteriormente, como Urban HEART. Esto implica que los criterios para las elecciones y decisiones, tales como qué conseguiría mejor salud conjunta y mejora económica o qué mejorará de forma más eficaz la equidad en la salud, también son co-decididos.

5.7 La participación precisa de procesos accesibles para la co-determinación vinculando las decisiones a las acciones y a los recursos

La toma de decisiones en conjunto (co-determinación) es central para la participación significativa en la salud. Los procesos para compartir información y para revisar la evidencia, los espacios y la organización de los actores alimenta los procesos que deciden cómo se enfrentarán los problemas, cómo se harán valer los derechos, cómo se organizarán los servicios y cómo se distribuirán los recursos para apoyar las mejoras en la salud. Asimismo, ésta es un punto de lucha de diferentes intereses y poderes. Los supuestos, las reglas y los procesos que gobiernan la toma de decisiones pueden permitir o bloquear la participación y el poder social. Al construir sobre las características de los primeros siete principios, varias características y prácticas en la co-determinación facilitarían la participación significativa:

1. Voz inclusiva y representativa, donde los representantes indirectos de la comunidad son electos y están obligados a comunicar sus planes a las comunidades para obtener retroalimentación antes de su implementación.

2. Transparencia en los compromisos, reglas, criterios y principios que gobiernan la toma de decisiones, acordado, donde sea posible, con las comunidades, con transparencia sobre dónde se tomaron en verdad las decisiones y apoyo en guiar y capacitar a aquellos involucrados.
3. Procesos para la toma de decisiones que:
 - a. sean accesibles para todos, tales como itinerarios visuales, permitiendo las decisiones colectivas;
 - b. definir metas y establecer indicadores para evaluar el progreso, tales como marcadores de progreso, para orientar los distintos actores a los mismos resultados compartidos;
 - c. establecer procesos de cambio paso a paso, con victorias a corto plazo para adquirir confianza;
 - d. estén respaldados por el monitoreo y el reporte de mejoras para ampliar el apoyo comunitario y de servicio.
4. Métodos para vincular la toma de decisiones con las acciones que involucren a las comunidades y a los recursos, tales como certificación, subsidios comunitarios, fondo de incentivos y presupuestos participativos.
5. Inversión en procesos para la rendición de cuentas social en las decisiones, tales como auditorías sociales y audiencias públicas, con monitoreo y evaluación participativa para mantener un registro y reportar sobre el progreso así como para apoyar la revisión estratégica, discutida más adelante (1;7;9 ;11;13;28;29).

Si bien la co-determinación usualmente se concibe como algo que ocurre en espacios formales y en procesos racionales, en realidad, la toma de decisiones también se ve influenciada por los procesos informales descritos anteriormente, ya sea en diálogo, negociaciones, campañas, medios o protestas, reforzando más el entendimiento de que la participación social involucra múltiples estrategias, espacios y procesos.

5.8 Los facilitadores institucionales e individuales desempeñan un papel crucial

Cualquiera que sean sus orígenes, *las experiencias internacionales sugieren que es crucial el papel de uno o más facilitadores estratégicos y consistentes que apoyen estos procesos, considerados por las comunidades, los servicios locales y las autoridades como confiables y competentes.* Tal institución puede ser parte de los servicios de salud del sector local público (17;19;20;22;23;27), de otras autoridades locales o de instituciones estatales (16;18); o puede ser un servicio no estatal, una iniciativa o una institución social (18;21;24;25;26). Asume los papeles de secretaria, facilitador, entrenador, corredor, mediador y comunicador. En los estudios de caso, tienen un número de características que permiten este papel: una gestión visionaria y que hace las cosas posibles al tener el personal adecuado como empleados o voluntarios; experiencia de trabajo en conjunto con otras agencias, una base de financiamiento o estrategias de recursos que permitan y sostengan los programas, apoyo desde otros niveles de servicio y de otras instituciones, y cierto grado de libertad de organización para probar, desarrollar y sostener nuevas prácticas (28;29).



Infografía de Revisión de las Estándares, (c) Intercambio comunitario sobre la salud, Escocia 2016

El papel trae consigo oportunidades para un nuevo aprendizaje y práctica en interacciones creativas, sociales e institucionales. Asimismo, precisa de reflexión y gestión estratégica, incluyendo poder navegar en las relaciones verticales y locales. Toma su tiempo y compromiso "...acompañar a gente a la que se le dificulta navegar los sistemas que parecen ser hostiles con ellos..." y facilitar su poder (18 p. 10).

También es posible que gente que cruza estas fronteras institucionales o de circunscripción electoral contribuya en este papel de catalizador y mediador que facilita la interacción entre las comunidades y los servicios. Esto lo pueden lograr trabajadores que viven y trabajan en sus propias comunidades (23), practicantes tradicionales de la salud (24), trabajadores de la salud comunitarios (promotoras, ASHAs, Kaiawhinas) (9;12;21), pacientes expertos (27), o líderes de organizaciones basadas en la comunidad que trabajan para la salud. Éstos facilitan la comunicación y el intercambio entre servicios y comunidad. Sin embargo, se tiene que advertir que en condiciones debilitantes, pueden desvincular a las comunidades y usar su papel para construir su propio poder como "élites" locales (17;25).

Al establecer metas obtenibles y monitorear y progresar de forma que sea visible para todos los involucrados al abordar las preocupaciones compartidas se desempeña un papel importante a aumentar la convicción y la confianza en la credibilidad del proceso y en la habilidad de causar un cambio positivo.

[Al documentar y atraer la atención a buenas prácticas y logros](#) no sólo se influye de manera positiva en la auto-percepción de los participantes, sino que también se proporcionan ideas para otras áreas y se construye reconocimiento de autoridades de altos niveles, expandiendo y sosteniendo el trabajo (16;20;27).

5.9 Profundizar la participación toma tiempo y capacidades

Cualquiera que sean las prácticas, construir un sistema e interfaz participativo entre las comunidades y los servicios de manera que empoderen a las comunidades no es algo que se consiga en un solo paso. Toma tiempo dejar que los modelos evolucionen, identificar dónde y cómo contribuir de mejor manera, que el trabajo se mantenga bien cimentado y se extienda de forma horizontal y entender y trabajar con los bienes sociales que están presentes (20;22;25;28;29).

Las diferentes maneras de construir capacidades que apoyan la participación usualmente se encuentran incorporadas a los procesos de implementación. Esto significa que aquellos involucrados deben planear cómo gestionar, proporcionar recursos, sostener y expandir los procesos y los cambios a lo largo del tiempo (7;9) ¡Es un reto! Por ejemplo, existe la preocupación común respecto a los flujos escasos e impredecibles de recursos en un contexto de expectativas comunitarias. Una manera clave de lidiar con esto ha sido establecer discusiones participativas con aquellos involucrados, incluyendo empleados y miembros de la comunidad,



Actividades comunitarias de jardinería con adolescentes © 11th St Servicios de salud familiar, Filadelfia 2016

sobre cómo enfrentar los retos, construyendo estrategias colectivas y enfoques para sostener los procesos a través de revisiones estratégicas (16;22;26).

Si bien la participación social puede requerir tiempo e interacción extensa y a veces intensiva, el crecimiento de las capacidades sociales, la responsabilidad y el involucramiento también incrementa los medios y ayuda para sostener el trabajo: “El poder social y la confianza en las comunidades al articular los procesos y sus beneficios se convierte en sí mismo en un factor de sostén. En Zambia, las comunidades usualmente son quienes explican la naturaleza y el valor del proceso a otras comunidades y distritos y a los líderes nacionales y locales, así como a las autoridades de la salud. Ellos han mantenido viva la demanda por los procesos para cambiar contextos institucionales” (20, p9).

5.10 Rastrear diversas formas de progreso construye aprendizaje de la acción y demuestra los beneficios a la salud

Los procesos descritos en *Shaping health* han surgido a través de revisión estratégica y aprendizaje obtenido de la acción y la experiencia. *Por tanto, éstos demandan de oportunidades para que todos los involucrados reflexionen sobre el progreso alcanzado y lo que esto significa para sus análisis, métodos y acciones.* Algunas herramientas apoyan esto, tales como los marcadores de progreso, diagramas y gráficos (como *volvelle* y *outcomes star*), discutidos anteriormente, tomando en consideración el momento en que se espera el cambio y dando tiempo suficiente para los cambios (18;20). *Al mismo tiempo, se necesita evidencia que construya políticas y apoyo a la gestión, haciendo notar desde el comienzo que esto incluye resultados sociales, del sistema, de servicio y de la salud, que todos éstos importan y que se miden de distintas maneras.*

Los estudios de caso muestran evidencia de la contribución del poder y la participación social a una variedad de resultados positivos de la salud y sociales. Puede que éstos no se midan con indicadores cuantitativos, por lo que es necesario reconocer desde el inicio el valor de la evidencia cualitativa y de los métodos participativos, incluso para la revisión estratégica.

Finalmente, este trabajo precisa de una apertura a la crítica constructiva (23; 26 “Tienes que decirle todo a la comunidad, con todo y sus defectos. Algunas veces recibirás una palmada en la espalda, otras recibirás patadas. Al final del día la gente aprecia la transparencia y nosotros terminamos en sintonía cuando la información está ahí, porque a la larga compartimos el mismo kaupapa (principio)” – *KIs Nueva Zelanda, 2017* (23).

6. Bibliografía

1. Loewenson R (2016) '[Understanding and organising evidence on social power and participation in health systems](http://tinyurl.com/ya7jzrc)', TARSC, April 2016. <http://tinyurl.com/ya7jzrc>.
2. Simpson S and Loewenson R (2016) '[Annotated bibliography of literature on evidence on country experiences of social participation and power in health systems](#)', TARSC, May 2016.
3. Training and Research Support Centre (2016) 'Exchanging learning on social participation in health: Project meeting report', Henley on Thames, UK, September 30-October 1 2016, TARSC with support from RWJF and CAFA.
4. Dudding R (2016) 'Site brief', Athens City-County Health Dept (ACCHD): ACCHD: Ohio.
5. Dudding R (2017): 'Management of change: Site brief', ACCHD: Ohio.
6. Gerrity P (2016) 'Site brief: 'Stephen and Sandra Sheller, 11th Street Family Health Services (11th St)' Drexel University: Philadelphia.
7. Gerrity P, Green M, Kirby J, Monroe D, Ballard A (2017)): 'Management of change: Site brief', Stephen and Sandra Sheller, 11th Street Family Health Services: Site brief', Drexel University: Philadelphia.
8. Ivie V (2016) 'PIH Health (PIH): Site brief', PIH Health, Whittier, CA.
9. Ivie V with PIH team (2017) 'Management of change: site brief', PIH Health: Whittier.
10. Tanzman B, Gilbert M (2016) 'Site brief', Blueprint for Health' Burlington Health Service Area, University of Vermont Medical Center Family Medicine, Dept of Vermont Health Access (DVHA): Burlington.
11. Tanzman B, Gilbert M, Farnham P (2017) 'Management of change: Site brief', Blueprint for Health: Burlington.
12. Wagner B (2016) 'Site brief', Centro Sávila: Albuquerque/South Valley.
13. Wagner B (2017) 'Management of change: Site brief', Centro Sávila: Albuquerque/South Valley.
14. Loewenson R (2017) 'Strengthening social power in health: Reflections from US site work', mimeo, TARSC, June 2017.
15. Simpson S (2017) 'Brief: Summary of issues raised by US sites on managing change towards strengthening social participation', mimeo, TARSC, June 2017.
16. Beznec P, Maučec G, Nemeš S, Nemeš D (2017) '[Case study: Pomurje Region, Slovenia](http://tinyurl.com/y9q74yc4)' in the *Shaping health programme on Learning from international experience on approaches to community power, participation and decision-making in health*, Centre for Health and Development: Murska Sobota, TARSC July 2017, <http://tinyurl.com/y9q74yc4>.
17. Coelho VS, Calandrini A, Waisbich LT (2017) '[Case study: Voices from Cidade Tiradentes, São Paulo, Brazil](http://tinyurl.com/yaddlr74)' in the *Shaping health programme on Learning from international experience on approaches to community power, participation and decision-making in health*, CEBRAP, TARSC, July 2017, <http://tinyurl.com/yaddlr74>.
18. D'Ambruso L, Abbott P, Douglas F, McPherson E, Okpo E (2017) '[Case study: Empowerment approaches to food poverty in NE Scotland](http://tinyurl.com/y7s55jeh)' in the *Shaping health programme on Learning from international experience on approaches to community power, participation and decision-making in health*, University of Aberdeen, TARSC, July 2017. <http://tinyurl.com/y7s55jeh>.
19. Frenz P, Alfaro T, Mazzei M, Sgombich X (2017) '[Case study: Citizen participation and co-management for health in Chile](http://tinyurl.com/y78y6jvn)' in the *Shaping health programme on Learning from international experience on approaches to community power, participation and decision-making in health*, Universidad de Chile, TARSC, July 2017. <http://tinyurl.com/y78y6jvn>.
20. Loewenson R, Mbwili Muleya C, Zulu Lishandu I (2017) 'Short case study: Lusaka district health office, Zambia', TARSC, March 2017. <http://tinyurl.com/yaasxj8k>.
21. Loewenson R, Mohanty R, Lal U (2017) 'Short case report: Sahbhagi Shikshan Kendra', Varanasi, Uttar Pradesh, India, March 2017. <http://tinyurl.com/y9mzhbby>.

22. Loewenson R, Obando F (2017) 'Short case study report: Metropolitan District of Quito, Ecuador', TARSC, March 2017. <http://tinyurl.com/y9k3afas>.
23. Matheson D, Matheson K (2017) 'Case study: Ngāti Porou Hauora, New Zealand' in the *Shaping programme on Learning from international experience on approaches to community power, participation and decision-making in health*, in association with NPH, TARSC, July 2017. <http://tinyurl.com/ydbkwzsl>.
24. Ndeti D, Musyimi C, Musau A, Matoke L, Mutiso V (2017) '[Case study: Mental health in Makueni County, Kenya](#)' in the *Shaping health programme on Learning from international experience on approaches to community power, participation and decision-making in health*, AMHF, TARSC, July 2017. <http://tinyurl.com/yaq97rxg>.
25. Simpson S, Ardiles P, Zapelli R (2017) 'Short case study: Bridge for Health, Vancouver, Canada', TARSC, April 2017. <http://tinyurl.com/yd5npaa9>.
26. Simpson S, Dorras J, Walker P (2017) 'Short case study: Wan SmolBag, Port Vila, Vanuatu', TARSC, April 2017 <http://tinyurl.com/y7xre294>.
27. Simpson S, Howe D (2017) 'Short case study report: Youth participation in a local mental health service, Gosford, NSW, Australia', TARSC, April 2017. <http://tinyurl.com/y9lnmdkj>....
28. Loewenson R, Simpson S with Ardiles P, Zappelli R, Obando F, Howe D, Mohanty R, Lal U, Mbwili-Muleya C, Zulu-Lishandu I, Dorras J, Walker P (2017) *Experiences of social power and participation in local health systems-Volume 1: Key features of the short case studies*. Training and Research Support Centre (TARSC), June 2017. <http://tinyurl.com/y8w8tu9b>.
29. Loewenson R, Beznec P, Coelho V, D'Ambruoso L, Frenz P, Matheson D, Ndeti D et al., (2017) *Experiences of social power and participation in local health systems- Volume 2: Key features of the deep case studies*', TARSC, August 2017. <http://tinyurl.com/y8yauy8l>.
30. Robert Wood Johnson Foundation (RWJF) (2015) '[From vision to action: Measures to mobilise a culture of health](#)', discussion document, RWJF: New York.
31. Magnussen L, Ehiri J, Jolly P (2004) 'Comprehensive versus selective primary health care: Lessons for global health', *Health affairs* 23(3):167-176, doi: 10.1377/hlthaff.23.3.16.
32. Loewenson R, Laurell AC, Hogstedt C, D'Ambruoso L, Shroff Z (2014) '[Participatory action research in health systems: A methods reader](#)', TARSC, AHPSR, WHO, IDRC Canada, EQUINET, Harare.

La diversidad de condiciones sociopolíticas y económicas y las desigualdades sociales en el bienestar dentro de cada país y entre los países afectan la salud de tal forma que se requiere de acción y liderazgo colectivo y estratégico.

Los servicios de salud necesitan elaborar aproximaciones que prevengan y atiendan comorbidades complejas y que promuevan la salud en poblaciones diversas, educadas y socialmente conectadas. La participación en la salud y en la toma de decisiones se reconoce cada vez más como un medio para una mejor salud y, de forma más importante, como un derecho democrático.

¿Cómo están organizando los sistemas de salud locales la participación y el poder social para abordar estas oportunidades y desafíos?

Hay muchas experiencias y prácticas innovadoras y aportes de las que podemos aprender.

Shaping Health, un proyecto internacional, está reuniendo y compartiendo evidencia y aprendizajes sobre cómo la comunidad participa en las decisiones y acciones de los sistemas de salud en un amplio rango de países de bajo, mediano y alto ingreso. Se busca establecer diálogo e intercambio entre pares sobre las aproximaciones y las prácticas que se pueden adaptar en los Estados Unidos y otros países.



Exchanging on social power in health

TARSC 2017