



Participación comunitaria en salud: sistematización de las experiencias de la Mesa en Salud de Moravia, Medellín 2017-2021*

Community participation in health: systematization of the experiences of the Moravia Health Roundtable, Medellín 2017-2021

Participação comunitária em saúde: sistematização das experiências da Mesa Redonda de Saúde Moravia, Medellín 2017-2021

Román Orlando Restrepo Villa¹; Gloria Marcela Gómez Builes²

¹ Maestría en Salud Pública. Universidad de Antioquia, Colombia. roman.restrepo@udea.edu.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3989-2136>

² Doctorado en Salud Pública. Universidad de Antioquia, Colombia. gloria.gomez@udea.edu.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6278-753X>

Recibido:21/02/2022. Aprobado: 20/12/2022. Publicado: 23/12/2022

Restrepo-Villa RO, Gómez-Builes GM. Participación comunitaria en salud: sistematización de las experiencias de la Mesa en Salud de Moravia, Medellín 2017-2021. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2023;41(1):e348891. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e348891>

Resumen

Objetivo: Comunicar los resultados de la sistematización realizada entre 2017 y 2021 en torno a las experiencias de participación comunitaria de la Mesa en Salud de Moravia, una organización comunitaria de la ciudad de Medellín.

Método: Se efectuó una sistematización de experiencias comunitarias, modalidad de investigación cualitativa, bajo el paradigma histórico-hermenéutico, llevada a cabo en Medellín con hombres y mujeres de la Mesa en Salud, colaboradores barriales y aliados externos, a partir de 2 entrevistas grupales, 28 entrevistas individuales, observación, revisión documental y un taller de validación de resultados. **Resultados:** Se describen

los contextos y las realizaciones del devenir histórico de la Mesa en Salud de Moravia, identificando las grandes líneas de acción y los frentes de trabajo, la red de instituciones y las organizaciones públicas y privadas con las cuales han construido su práctica social. Asimismo, se presentan las motivaciones y desmotivaciones frente a la participación en la Mesa y las reflexiones de crítica y autocrítica en torno al contexto, el papel del Estado, las dinámicas comunitarias, los liderazgos y las alternativas de transformación a partir de la resignificación de la experiencia vivida. **Conclusiones:** La Mesa en Salud de Moravia se constituye en una experiencia de participación social

* Artículo derivado de la investigación del proyecto titulado “Sistematización de una experiencia de 20 años de participación social en salud. El caso de la Mesa en Salud del barrio Moravia de Medellín, 2016”, financiado mediante recursos del Fondo de Apoyo a la Investigación Docente y aprobado en el acta 424 del 26 de julio de 2017.

en salud desde la subalternidad. Sus dinámicas dan cuenta de los cambios contextuales comunitarios, sociales y sectoriales. Sus luchas han reivindicado, con otros actores, la posibilidad de dignificar la vida y habitar un territorio de altas complejidades en la ciudad. La visión del derecho a la salud, como derecho a la atención y a condiciones de vida digna, es la plataforma desde

donde la Mesa proyecta su visión de ciudadanía, de comunidad, de participación y responsabilidad estatal.

-----*Palabras clave:* derecho a la salud, investigación cualitativa, salud pública, participación de la comunidad, sistematización de experiencias, territorio sociocultural.

Abstract

Objective: To communicate the results of the systematization carried out between 2017 and 2021 around the experiences of community participation of the Mesa en Salud de Moravia, a community organization in the city of Medellín. **Method:** A systematization of community experiences was carried out, a qualitative research modality, under the historical-hermeneutic paradigm, carried out in Medellín with men and women from the Health Roundtable, neighborhood collaborators and external allies, based on 2 group interviews, 28 individual interviews, observation, documentary review and a results validation workshop. **Results:** The contexts and achievements of the historical development of the Moravian Health Board are described, identifying the main lines of action and work fronts, the network of institutions and the public and private organizations with which they have built their social practice. Likewise, the motivations and demotivations regarding

participation in the Roundtable and the reflections of criticism and self-criticism regarding the context, the role of the State, community dynamics, leadership and transformation alternatives based on the resignification of the community are presented. Lived experience. **Conclusions:** The Moravian Health Table constitutes an experience of social participation in health from subalternity. Its dynamics account for community, social and sectoral contextual changes. Their struggles have claimed, along with other actors, the possibility of dignifying life and inhabiting a highly complex territory in the city. The vision of the right to health, as the right to care and decent living conditions, is the platform from which the Board projects its vision of citizenship, community, participation and state responsibility.

-----*Key words:* right to health, qualitative research, public health, community participation, systematization of experiences, sociocultural territory

Resumo

Objetivo: Comunicar os resultados da sistematização realizada entre 2017 e 2021 em torno das experiências de participação comunitária da Mesa en Salud de Moravia, organização comunitária da cidade de Medellín. **Método:** Foi realizada uma sistematização de experiências comunitárias, modalidade de pesquisa qualitativa, sob o paradigma histórico-hermenêutico, realizada em Medellín com homens e mulheres da Mesa Redonda de Saúde, colaboradores do bairro e aliados externos, a partir de 2 entrevistas em grupo, 28 entrevistas individuais entrevistas, observação, revisão documental e oficina de validação de resultados. **Resultados:** Descrevem-se os contextos e conquistas do desenvolvimento histórico do Moravian Health Board, identificando as principais linhas de ação e frentes de trabalho, a rede de instituições e as organizações públicas e privadas com as quais construíram sua prática social. Da mesma forma, são apresentadas as motivações e desmotivações quanto à participação na Mesa

Redonda e as reflexões de críticas e autocríticas em relação ao contexto, papel do Estado, dinâmica comunitária, liderança e alternativas de transformação a partir da resignificação da comunidade. **Conclusões:** A Mesa Moravia de Saúde constitui uma experiência de participação social em saúde desde a subalternidade. Sua dinâmica responde por mudanças contextuais comunitárias, sociais e setoriais. Suas lutas têm reivindicado, junto com outros atores, a possibilidade de dignificar a vida e habitar um território de alta complexidade na cidade. A visão do direito à saúde, como direito ao cuidado e a condições dignas de vida, é a plataforma a partir da qual o Conselho projeta sua visão de cidadania, comunidade, participação e responsabilidade do Estado.

-----*Palavras-chave:* direito à saúde, pesquisa qualitativa, saúde coletiva, participação comunitária, sistematização de experiências, território sociocultural.

Introducción

La Mesa en Salud de Moravia (MSM) de Medellín es una organización comunitaria comprometida con el mejoramiento de las condiciones de vida y salud del barrio y sus áreas de influencia, que sirve de puente entre la comunidad y la administración municipal, y en alianza con organizaciones privadas, sociales y del sector académico. Esta organización ha logrado conservar su carácter popular y se ha sostenido en un territorio reconocido por la complejidad de sus dinámicas sociales, económicas, culturales y políticas.

Moravia es un barrio densamente poblado, localizado en la zona nororiental, a dos kilómetros del centro de Medellín, registrado en los estratos socioeconómicos bajo y bajo-bajo. Su característica pluriétnica se explica por la historia de poblamiento, a partir de la llegada de personas desplazadas forzosamente, provenientes de diversas regiones, asentadas alrededor del antiguo botadero de basura de la ciudad [1,2]. En las últimas cuatro décadas, este espacio social ha sido transformado en medio de planes institucionales de reordenamiento territorial, luchas y resistencias por el derecho a la ciudad, y de expresiones locales del conflicto sociopolítico armado.

La MSM surge en 1998, fruto de un proceso de organización comunitaria en el barrio y un proceso de intervención estatal en Medellín desde principios de los años noventa del siglo xx, luego del recrudecimiento de la violencia en Colombia en la década de los ochenta, del cual esta ciudad fue el más cruento epicentro. En 1990, el Gobierno nacional instala la Consejería Presidencial para Medellín, iniciándose, a instancias de una mesa de conciliación, un proceso de concertación que produce acuerdos de paz con las Milicias Populares y estrategias de intervención social [3]. Además de la desmovilización, la concertación implicó el reconocimiento de las necesidades de los territorios y los compromisos de solución de estas por los Gobiernos local y regional, involucrando a las comunidades atípicamente, como lo califican Paz y Valencia, bajo la organización de “mesas de trabajo paralelas, conformadas por organizaciones cívicas y populares de la zona, para ayudar a proponer y discutir diversos temas sociales como el empleo, la salud, la participación política” [4, p. 270].

Así, se conforma en Moravia la Mesa Jesús Hernán Ramírez (MJHR), tomando el nombre del líder comunitario asesinado. En su interior, se organiza por comités temáticos, para tramitar con la municipalidad las problemáticas específicas. Uno de ellos es el Comité de Salud. Paralelamente, se da la implementación de la reforma al sistema de salud en el país (Ley 100 de 1993), lo que

permite, en Moravia, la creación de Comsalud, una empresa solidaria de salud, organización comunitaria administradora de subsidios en salud para la población más pobre. El Comité de Salud asume la gestión social de dicha empresa, hasta su liquidación en 1998. En ese momento, los integrantes del comité acuerdan seguir trabajando bajo el nombre de “Mesa en Salud de Moravia”, como organización comunitaria independiente, sin ánimo de lucro, que cuenta hoy con una trayectoria de más de dos décadas, digna de ser reconocida, pese a que su tradición de acción ha estado invisibilizada.

En 2016, durante un encuentro de sus integrantes con profesores de la Universidad de Antioquia, nace la idea de recuperar y visibilizar su historia desde una reflexión crítica, a partir de las preguntas que se hacen quienes la han mantenido viva, mujeres y hombres comprometidos que quieren aprender de su experiencia de participación y proyectar el futuro de la MSM. Para uno de sus integrantes, es “El deseo de no quedar en el olvido, la necesidad de contar esta historia, agradecer a las personas que han defendido su comunidad desde la Mesa, dejar un aprendizaje para las nuevas generaciones y que la experiencia de la Mesa les sirva de espejo para que puedan repetir lo bueno y no cometan los errores que se han cometido [...]” (MSM-ES).*

Surge, entonces, el proyecto que tuvo por objetivo sistematizar la experiencia de participación de la MSM, a través de un recorrido histórico desde la perspectiva de sus actores. Igualmente, esta sistematización quiso buscar, en estas prácticas populares, nuevas fuentes de inspiración y de conocimientos que amplíen los horizontes de la salud pública, tomando como centro de análisis una experiencia concreta. La sistematización fue asumida como modalidad de investigación social, alternativa para la producción de conocimientos desde la reflexión crítica de la práctica, la comprensión de las experiencias vividas y la proyección de propuestas transformadoras [5].

La sistematización de experiencias surge en Latinoamérica a partir de la década de los sesenta del siglo xx, ligada al trabajo social, la educación popular y la investigación acción participación [5], configurando una amplia trayectoria alimentada de procesos sociales y diversas áreas de acción social. En salud, esta ha ganado espacio al estar vinculada a la participación comunitaria, la evaluación de programas, proyectos y políticas, y a la investigación del quehacer de los profesionales de la salud [6-9].

Este artículo tiene por objetivo comunicar los resultados de la sistematización realizada entre 2017 y 2021 en torno a las experiencias de participación comunitaria

* Los códigos que acompañan cada fragmento de relatos corresponden al siguiente sistema: MSM-ES alude al equipo de sistematización; H o M: hombre o mujer; EG: entrevista grupal; EI#: entrevista individual, con su correspondiente número, según orden en que se efectúa la entrevista

de la MSM. De esta manera, se hace un reconocimiento a la labor de quienes han sostenido el trabajo inagotable por dignificar la vida y la salud en el territorio, y se contribuye al campo de la salud pública con evidencia en torno a realizaciones y desafíos concretos de la participación en salud, que se logran visibilizar con la sistematización, como lo reclaman algunos autores [10].

Metodología

El *paradigma epistemológico* adoptado para la investigación fue el histórico-hermenéutico. En este, de acuerdo con Maita, “el significado no se descubre, sino que se construye; emerge a partir de la interacción con la realidad y se apoya en las experiencias específicas, las ideas o representaciones mentales variadas e intangibles, que dependen de los individuos o grupos que interactúan” [11, p. 388]. Como lo señala Pérez, “la hermenéutica se constituye como un elemento esencial en la labor investigativa a la luz de la implicación vital de quien la realiza [...]. En la tarea de la interpretación es necesaria una apropiación de la realidad investigada sobre la cual sea posible comprender aquello que representa, el lugar en el cual está situada y su intencionalidad y/o devenir” [12, p. 28].

En coherencia con lo anterior, la investigación se asumió desde el *enfoque cualitativo*. Este hace referencia a un proceso de negociación y construcción de la pluralidad de interpretaciones, que privilegia la dimensión cualitativa de las experiencias, en tanto busca comprender desde la cotidianidad, el modo de vivir y de interactuar de los sujetos de una comunidad determinada, las prácticas y discursos que los rigen [13,14]. La comprensión, el contexto y la articulación, como pilares reconocidos de este enfoque [15], sustentaron el desarrollo del presente estudio. En este sentido, se quiso comprender una práctica social situada, a partir del reconocimiento de los actores sociales y el conjunto peculiar de redes que tejen. La reflexividad, característica del enfoque cualitativo, reconoce que los actores sociales no solo experimentan su propia realidad, sino que además la reflexionan, producen significados y discursos alrededor de ella.

La *metodología* fue la *sistematización de experiencias*, entendida como “praxis recontextualizada que reconoce y sistematiza la acción humana, señalando cómo ésta debe emerger con todos sus sentidos y significados acumulados en la memoria de la experiencia (archivo, personas, documentos, etc.) y en los actores, con una perspectiva de futuro; la sistematización es una investigación sobre una acción” [16, p. 21]. En coherencia con lo anterior, la sistematización fue asumida como diálogo de saberes, en el que el investigador es un actor más que participa en la dinámica de intercambios culturales, sin

que se impongan conocimientos estructurados desde el saber científico [13,17].

Al ser investigación cualitativa, la ruta metodológica se fue configurando de manera flexible, emergente y reflexiva, a partir de la conformación del equipo de sistematización. Este contó con dos integrantes de la MSM: uno, quien ha liderado los procesos de esta organización desde 1998, y el otro, su compañero de trabajo comunitario, integrante de la Mesa desde 2004. Por parte de la Universidad de Antioquia, se integraron un profesor y una profesora salubristas, quienes han participado de actividades de la MSM, y una comunicadora social salubrista.

Los momentos metodológicos de la sistematización, como recomiendan Lopera *et al.* [18], fueron:

Delimitación del objeto de sistematización. Más de veinte años de trabajo en contextos de alta complejidad dan a esta experiencia una gran riqueza de asuntos para conocer y potenciar con la sistematización. El equipo decide focalizar las reflexiones en torno a un tema de gran interés para los integrantes de la MSM: *la participación*. Los objetivos que orientaron el proyecto fueron: sistematizar la experiencia de participación de la MSM desde la perspectiva de sus actores; explorar sus motivaciones para participar, permanecer o retirarse, y acordar un plan de mejoramiento con base en los resultados de la sistematización.

Construcción de la información. Con la elaboración de una *línea de tiempo*, se reconstruyó la trayectoria histórica de la organización: antecedentes, acontecimientos, actores internos y externos (de otros procesos comunitarios del barrio, de organizaciones sociales o instituciones gubernamentales y no gubernamentales), realizaciones, hitos que llevaron a distinguir momentos diferenciados en su historia. Esta reconstrucción se efectuó inicialmente con los miembros de la MSM integrantes del equipo de sistematización; luego, se fue ampliando con otros participantes, y mediante la contrastación de distintas fuentes de información, hasta configurar un relato histórico de la MSM.

Además, la línea de tiempo sirvió para hacer mapeo de actores y planear estrategias de construcción de información. Se identificaron dos períodos desde 1998 hasta 2021. Por cada uno se llevó a cabo una *entrevista grupal*, que posteriormente sirvió para identificar personas a entrevistar, lo que se tradujo en la realización de 28 *entrevistas semiestructuradas individuales*, respondiendo a criterios que llevaron a incluir: hombres y mujeres integrantes (actuales y antiguos) de la Mesa y de otros procesos comunitarios, y trabajadores de instituciones gubernamentales y no gubernamentales considerados como externos.

Las entrevistas se llevaron a cabo en espacios de vida cotidiana de los entrevistados (viviendas, lugares de trabajo, el Centro de Desarrollo Cultural del barrio) o en la Universidad de Antioquia, por solicitud de la persona.

Estas conversaciones fueron grabadas previo consentimiento, respetando las consideraciones éticas aprobadas en el Acta CI00241-2017 del 8 de junio de 2017, emitida por el Comité de Ética de la Investigación de la Facultad Nacional de Salud Pública, que incluye compromisos respecto a la protección de los participantes bajo el principio de confidencialidad, ejercicios de validación, inclusión de los resultados de la sistematización para el mejoramiento de la participación comunitaria en salud, visibilización de las realizaciones de la MSM, respeto y buen trato, y velar por el riesgo mínimo que significa la participación en esta investigación, entre otros.

Las entrevistas tuvieron como propósito desatar la narración de cada sujeto, a partir de preguntas elaboradas por el equipo de sistematización. Desde esta perspectiva, el *relato* es “un conector del recuerdo con el presente, y en cuanto se vuelve construcción colectiva puede operar como legitimador de la práctica cotidiana” [19, p. 75]. De igual forma, se resalta que “los relatos no buscan información para reconstruir los acontecimientos tal y como estos sucedieron, sino sobre cómo los sujetos y los grupos sociales de la comunidad investigativa, perciben e interpretan su historia o un determinado acontecimiento vitalmente experimentado” [19, p. 77].

Otra de las estrategias para la construcción de información fue la *observación* durante las entrevistas, las reuniones del equipo de sistematización y de los momentos de encuentro con la MSM. Cada silencio, gesto, intercambio, palabras que afloraban luego de apagar la grabadora o antes de iniciar la conversación, quedaron registradas en los cuadernos de sistematización, a modo de diario de campo.

También se hizo *revisión documental*. Con el archivo histórico de la Mesa fue posible conocer acciones concretas que se describían en los relatos, que quedaron registradas en actas, comunicaciones escritas, recortes de prensa, volantes para convocar a las actividades planeadas, entre otros documentos.

Interpretación, validación y comunicación. Cada entrevista fue transcrita, impresa y entregada a cada integrante del equipo de sistematización. Se hizo lectura individual y se puso en común el análisis de cada uno para, luego, identificar colectivamente “núcleos temáticos emergentes”. Así, se configuraron las categorías, pasando de un nivel descriptivo inicial, a un momento de mayor interpretación, con un ejercicio de triangulación de fuentes y estrategias de construcción de información.

Los resultados se presentaron y debatieron con integrantes de la MSM en un taller de validación, donde se acordó construir un plan de mejoramiento basado en estos resultados recontextualizados de manera dialógica.

Para la comunicación, se utilizaron diversas estrategias: presentación oral, discusión y apropiación de los resultados con los integrantes de la Mesa; escritura del

informe final de la investigación, dirigido al Centro de Investigación de la Facultad Nacional de Salud Pública y a la Mesa en Salud de Moravia, y el presente artículo, que se centra en aspectos relacionados con la participación comunitaria en salud desde la experiencia particular de la MSM.

Resultados

A continuación se presentan algunos hallazgos relacionados con las experiencias de participación de la MSM, en los cuales se destacan: 1) aspectos históricos y contextuales que se entrecruzan con realizaciones y núcleos de acción; 2) motivaciones y desmotivaciones para la participación comunitaria ligada a la Mesa en Salud, y 3) reflexiones y líneas estratégicas para la transformación de la MSM.

Devenir histórico de la Mesa en Salud de Moravia: contextos y realizaciones

En la construcción de la línea del tiempo se reconocen unos *antecedentes* que darán origen a la MSM en 1998. Estos se concretan en las historias y condiciones de poblamiento y configuración de Moravia como barrio de invasión alrededor del basurero municipal desde la década de los cincuenta del siglo xx [20], donde sobresalen intensas disputas por el territorio, miseria e insalubridad, graves problemas sociales en medio del conflicto armado, la desatención oficial y las formas de organización comunitaria para hacer frente a estas condiciones.

De este contexto inicial, la Mesa recoge una tradición de liderazgos desarrollados en su lucha por el derecho a la vida en la ciudad: comités populares, juntas de vivienda, juntas de acción comunal, una intensa actividad de partería popular, que luego contó con el apoyo de profesionales de la Universidad de Antioquia.

La búsqueda de alternativas ante la situación de las mujeres, los niños y las niñas congrega a algunas líderes del barrio, que se organizan y establecen alianzas con organizaciones como Profamilia y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. La atención de heridos y de emergencias producto de los momentos más agudos de la violencia y las condiciones ambientales en el territorio fue otra práctica cotidiana que originó, en su momento, la conformación de un comité de emergencias comunitario.

Como se expuso en la introducción, en este contexto surge la MJHR, con el acompañamiento de la organización no gubernamental Instituto Popular de Capacitación y el Comité de Salud, donde confluyen líderes comunitarios de la época, quienes apoyan las acciones de Comsalud en los procesos de identificación de los beneficiarios de subsidios en salud mediante el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Subsidios

del Estado (Sisbén) y su acción comunitaria, hasta el momento de su liquidación.

La voluntad de dar continuidad al trabajo comunitario en salud se traduce en la conformación de la MSM en 1998, inaugurando el *primer período* de esta organización, que se extiende hasta 2004, año que se marca como hito en el relato histórico, por cuanto la agudización del conflicto armado en el país y sus expresiones locales, con presencia y disputa de dos organizaciones paramilitares en el barrio [21], determinan un momento de inactividad de la MSM para proteger la vida de sus integrantes.

En el primer periodo, se potencia la conciencia de la salud como derecho y los aprendizajes sobre la estructura, la normatividad y el funcionamiento del nuevo sistema de salud. Asimismo, se despliegan acciones para acceder a los subsidios del Estado, a los servicios de salud y para dar continuidad a estrategias de prevención de enfermedades asumidas inicialmente por Comsalud, luego tramitadas por la MSM con la institucionalidad del municipio (secretarías de Salud y de Participación Social, y el Departamento Administrativo de Planeación de Medellín), y con organizaciones privadas, como Medicáncer. Así, los integrantes de la Mesa participan en la ejecución y el mejoramiento del instrumento del Sisbén, y en la estructuración del Comité Regulador de Urgencias y Emergencias y en el Comité Regulador de Atenciones Electivas; acompañan a la ciudadanía en la instauración de acciones de tutela ante restricciones en los servicios de salud y en acciones colectivas de movilización comunitaria para remodelar el Centro de Salud y para la reapertura de la farmacia barrial, que había sido cerrada por la municipalidad. De igual forma, y con el apoyo de la Corporación Universitaria Remington, se desarrollan programas de salud familiar con atención domiciliaria.

Bajo una mirada amplia de la salud y sus determinantes, la MSM participa de procesos de transformación territorial en la articulación a los planes de desarrollo local (con el acompañamiento de la Universidad Nacional de Colombia, sede de Medellín) e impulsa acciones para mejorar las condiciones de saneamiento ambiental. En este período, la MSM proyecta su liderazgo más allá de sus fronteras, acompaña la conformación de mesas de salud en otras zonas y se articula a la defensa de la institución pública de prestación servicios de salud de la ciudad (Metrosalud).

Luego del proceso de negociación del Estado con los grupos paramilitares en 2004 [21], se reactiva paulatinamente la participación comunitaria y se inaugura el *segundo período* de la MSM, que va hasta la actualidad, con mayor potencia de su accionar hasta el año 2019. En este período, se da continuidad a actividades de tipo preventivo, de mejoramiento de la infraestructura de salud del barrio, de participación en los planes de desarrollo y en la financiación de programas específicos, mediante la participación en el presupuesto de la ciudad. Se logra

incorporar a grupos poblacionales específicos, como las madres comunitarias, a programas de salud, y se participa de otras iniciativas, como las veedurías de salud.

A partir del 2020, año de la pandemia por la COVID-19, se vive un declive de los procesos colectivos y un recrudecimiento del empobrecimiento y deterioro de la salud, que afectó de manera diferencial a los sectores populares, como lo mostraron Lustig y Tommasi [22]. Esto se ha visto reflejado en la disminución del dinamismo de la MSM, según lo afirman quienes lideran ese proceso.

Motivaciones y desmotivaciones para la participación en la Mesa en Salud de Moravia

Las motivaciones narradas son diversas. Se han reconfigurado en el devenir histórico del territorio, a la luz de las trayectorias de vida de cada sujeto, arraigadas a las condiciones de existencia en Moravia, destacando cómo las necesidades de la gente fueron activadoras de la organización y participación comunitaria, desde un profundo sentido de solidaridad y cuidado:

A nosotras nos conmovía todo: que los niños no tuvieran vacunas, sin médico, la desnutrición; las madres tenían que salir a trabajar y dejar los niños ahí, había una comunidad muy sufriendo [...] La necesidad hace que uno se meta (MEI1).

Sentíamos lo de los demás, tratábamos de solucionar el problema [...] yo siento el dolor de la gente o la alegría de darle la mano a una persona [...] a mí me veían saliendo de los extramuros, de los rincones y me decían: “¿Cucha, para dónde va?”. “Vea, mijo, voy a salvar dos vidas, una que está en una cama con unos dolores horribles y otro que viene a este mundo” (MEI2).

Siempre he trabajado en salud, viendo la vulnerabilidad de nuestra comunidad en el tiempo del morro de basura, donde venían y acumulaban los desechos de la ciudad, viendo tantas enfermedades, contaminación, epidemias e infecciones, y que esto aporrea a los niños [...]. Luego veíamos la impotencia de la gente, el desconocimiento que tenían estas instituciones para atender a nuestra comunidad. [Nosotros] Afiliados a una institución, carnetizados y nos tocó estudiar, porque para nosotros era muy doloroso que alguien fuera a que lo atendieran y le dijeran: “Usted no tiene derecho a esta atención” (HEI1).

Algunas personas relataron cómo crecieron en familias y comunidades de origen donde la participación, desde la infancia, fue una constante para hacerse a un lugar en la ciudad y luchar colectivamente por mejores condiciones de existencia; coincidieron en manifestar “la alegría de ayudar” como principio de vida. Otras resaltaron especial vocación por la salud como derecho en disputa en el actual sistema, y como vida digna, con sus

múltiples dimensiones. En la MSM encontraron un espacio para aprender y compartir conocimientos, y la posibilidad de hacer parte de un colectivo donde se construyeron lazos de amistad, vínculos que han sido el conjuro para sobrevivir a momentos críticos del barrio y de la Mesa. Esto representa un reconocimiento social motivo de satisfacción, orgullo por lo realizado y blindaje ante los peligros que representa ser líder social en Colombia.

El tema de salud es vital. Volvemos a los orígenes, las condiciones infrahumanas en que se dio el asentamiento, eso no es digno. A la gente que llegó a Moravia y que vivió mucho tiempo en esa condición les tocó muy duro, sin salubridad. Es que, para mí, la Mesa en Salud en Moravia transversaliza todo, porque es casi la voz de la conciencia de la comunidad, porque a la sombra de la salud se gestionaron muchas cosas, que se volvieron determinantes (HEI4).

Lo que nos ayudó a sobrevivir esas épocas tan difíciles fue el compañerismo, un liderazgo muy fuerte y un reconocimiento que nos dio la comunidad. Éramos muchos los líderes. La Mesa en Salud se quebrantó, pero volvió a levantarse, gracias a los compañeros, a los que pudieron seguir (MEI4).

Entre las desmotivaciones, razones que llevaron a que algunas personas se retiraran de la MSM, se destacaron expresiones territoriales del conflicto sociopolítico armado del país y múltiples formas de violencia; situaciones familiares que riñen con dinámicas del trabajo comunitario; estilos de liderazgo y machismos al interior de la Mesa; necesidades económicas que requieren la búsqueda de ocupaciones remuneradas y se imponen sobre el amor por el servicio a la comunidad; cansancios, quebrantos de salud, procesos de envejecimiento y conciencia del relevo generacional; rumores en el barrio que desestiman la participación; procesos de reordenamiento territorial que han implicado la reubicación fuera del barrio; proyectos vitales, como la educación superior, que, en medio de la exigente vida familiar y el rebusque económico, ha sido un sueño cumplido para algunas mujeres.

Cuando matan un líder, ya la gente coge miedo. Uno hay veces que se quiere aplastar y otras veces quiere resucitar (HEG).

Casi todas éramos mujeres; se nos había desbaratado el hogar, se nos había ido el marido, todas pasamos por épocas difíciles. Igual, a unos hombres les pasó lo mismo (MEG).

Reflexiones y líneas estratégicas para la transformación de la Mesa en Salud de Moravia

La sistematización permitió aflorar representaciones sociales construidas sobre la participación, los liderazgos, el papel del Estado, los roles de la instituciona-

lidad y la comunidad, el contexto y el trabajo en salud, fruto de la reflexividad de quienes han vivido la experiencia, la resienten, la piensan, e imaginan alternativas de transformación.

[...] aprendimos a valorar lo que es el amor, la solidaridad; aprendimos a no ser insensibles [...] fuimos educadores en salud sin ser profesionales; les hablábamos como promotores de salud sin tener el cartón; le hablamos a la gente a qué tenían derecho (HEI1).

Esta reflexividad, vuelta crítica y autocrítica, reconoce el trabajo colectivo, sus realizaciones e identifica acciones que hoy se consideran equivocaciones a corregir. Reflexiones de unos que resuenan en otros y permiten colectivizar las miradas. Este proceso favoreció develar aprendizajes, transformaciones vividas como sujetos, como organización, como territorio y concebir el futuro.

Tenemos malas prácticas. La comunidad se acostumbró a que se lo merece todo y que nosotros les resolvemos todo. Malacostumbramos a la gente y no podemos permitir eso (HEI2).

Estoy convencido: la misión de la Mesa es educar [a] la gente, enseñarle, orientarla. Siempre he aspirado a dar esa vuelta, porque hay que cambiar esa escuela de que todo es qué me dan, qué hay para mí. No, porque educando [a] la gente, la gente toma conciencia y más cuando se le educa en derecho; es decirle: "venga, usted tiene derecho a la salud" [...] educar a la gente, que tome conciencia de que no es pidiendo, es reclamando, es gestionando, porque muchas veces las personas solo se acostumbran a pedir, eso es lo que hay que cambiar. Claro que nosotros nos movemos en un Estado perverso, que hizo del asistencialismo su modo de vivir; entonces, eso corrompe a la gente (HEI3).

La sistematización invita a comprender nuevamente los contextos de la participación y los elementos que la configuran, para transformarla. La complejidad de la vida y la salud en el territorio implica valorar las experiencias de momentos anteriores y exige hoy lecturas y prácticas pertinentes, que ofrezcan respuestas y nuevos caminos de acción frente a las cambiantes realidades sociales.

La mesa no se puede divorciar del medio en que vive, tiene que estar a la medida y ajustarse a la comunidad, a su entorno y a la legislación, porque muchas veces se quiere hacer, pero la legislación lo impide. Otras veces, el principal obstáculo es la misma administración, y el problema de salud es tan complejo que la Mesa tiene que aprender a navegar en ese mar de dificultades (HEI3).

Los tiempos han cambiado y llega un término en que la gente no se compromete y no tiene sentido de pertenencia. En ese entonces, nosotros salíamos

gritando por el derecho a la salud; ahora se van con el artículo de la ley (MEI4).

La sistematización fue la posibilidad para la generación de nuevos saberes y prácticas, para su revaloración y transformación. Se cuestionan palabras, se descubren nuevos sentidos, más allá de los discursos y las acciones comunitarias, académicas e institucionales tradicionales. Así, se analizaron concepciones del liderazgo, se revisaron las prácticas propias y ajenas, para generar alternativas. Conocimiento nuevo que no se queda en retórica, que se encarna como opción personal que nutre los procesos barriales.

La misma administración desnaturaliza los procesos del liderazgo por esa visión tan sesgada que cree que el líder es el que asiste a un taller y le dieron un cartón y ya es líder. El municipio crea líderes en serie, de a 200; pero uno mira y la ciudad cada vez peor [...]. Yo personalmente soy un gestor comunitario, no un líder y tampoco reclamo el título (HEI3).

Los liderazgos en Moravia son así, que se apropian de la organización, se casan con eso. Yo digo que un liderazgo sano, delega, va permitiendo, va soltando (MEI7).

Cuando yo ponía los temas, los problemas, las necesidades de la mujer y esperaba que tuvieran importancia, no lo lograba. Decían: “Ah, ya vas a hablar de las mujeres otra vez”. Y yo decía: “Estoy aquí en representación de las mujeres y entonces voy a hablar de la situación de las mujeres” (MEI7).

[...] yo me digo: ¿cuál es la necesidad de cada quién? En eso hay que poner cuidado, porque si no me doy cuenta, puede pasar que mi necesidad la convierto en la necesidad de la gente y no es así [...] los liderazgos a veces nos vamos acomodando, como que yo soy líder y ya, pero sería muy rico como otra forma de liderar (MEI7).

En coherencia con lo anterior y a manera de síntesis de las propuestas manifiestas en los relatos de los entrevistados (internos y externos a la MSM), el taller de validación y las reuniones posteriores con la Mesa, se logran identificar líneas estratégicas de mejoramiento para esta organización comunitaria y los procesos de participación en salud.

Pensando en el mejoramiento interno, se identificó una gran línea estratégica de *fortalecimiento organizacional*, con varios componentes: transformación de los modos de liderazgo, capacitación interna, sistematización y evaluación permanente de las acciones de la Mesa, relevo generacional. Para cualificar su misión y proyección social, la MSM se quiere potenciar como una *organización principalmente educadora en salud* para la comunidad, desde un enfoque de derechos, poniendo en el centro los

procesos de cuidado individual, familiar y colectivo de la salud y la vida en el territorio, intencionando con mayor decisión los procesos de comunicación.

Finalmente, una tercera línea estratégica para el mejoramiento de la MSM indica la necesidad de una mejor *articulación y reforzamiento de alianzas* con la institucionalidad de salud presente en el barrio y el ejercicio de una función veedora de su funcionamiento y del sistema de salud en general. Además, revitalizar la integración con otro tipo de iniciativas provenientes de instituciones de educación superior, organizaciones no gubernamentales, entre otras, que estén comprometidas con la dignificación de la vida en Moravia, desde una apuesta decidida por la intersectorialidad. Esto implica mantener reflexiones críticas permanentes sobre relaciones de asistencialismo, la promoción de la autonomía, el empoderamiento comunitario y la cogestión.

Discusión

Los hallazgos de la investigación, enfocados en las experiencias de participación comunitaria de la MSM, permitieron comprender los contextos, el dinamismo de los mismos y evidenciar cómo existe una doble implicación: el contexto afecta a la organización comunitaria, los procesos de participación en salud y sus logros; y estos, a su vez, inciden en la transformación de los contextos. En este sentido, las motivaciones y desmotivaciones para permanecer o retirarse de la MSM están transversalizadas por condiciones materiales de posibilidad o exclusión, y por razones subjetivas, en términos de las formas de liderazgo que se van instaurando y no se reflexionan críticamente. La sistematización ofreció una oportunidad para problematizar algunos de estos aspectos y fue un dispositivo para reflexionar la práctica, para proponer alternativas de transformación.

Aunque la idea de participación ha sido ampliamente difundida, es necesario reconocer tanto su carácter polisémico como su evolución histórica, conceptual y práctica [23-25].

La MSM recoge una tradición de acción gestada al compás del proceso de poblamiento barrial y de las dinámicas sociales que allí fueron emergiendo, como es el caso de su organización madre, la MJHR, escenario para tramitar las demandas de solución de las problemáticas de la comunidad. Estas acciones reflejan las condiciones iniciales de un asentamiento informal con población en situación de desplazamiento proveniente de otras regiones del país y con empobrecidos urbanos que históricamente se han disputado el derecho a la ciudad y, con el paso del tiempo, han conquistado procesos de transformación territorial y mejores condiciones de existencia, gracias a los procesos de organización y participación

comunitaria, como fue evidenciado con la construcción del relato histórico de la MSM.

En estas condiciones, más que participar en el desarrollo de iniciativas oficiales, estas realidades ponen en evidencia que en Moravia se ha desarrollado un tipo de participación en salud que ha superado la intervención estatal.

Efectivamente, en los marcos institucionales de los sistemas de salud a nivel global, a instancias de la Organización Mundial de la Salud, se ha hecho un llamado a la participación comunitaria en salud a partir de la promulgación de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) en 1978 y, posteriormente, con la Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud en 1986. Con la APS se reconoció la participación como un derecho y posibilidad para el fortalecimiento de la autonomía de las comunidades [26-28] y se concibió como un proceso en el que individuos, familias y comunidades asumen responsabilidades en cuanto a su salud, bienestar y desarrollo [29]. Posteriormente, la Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud, más allá de una participación como involucramiento en la gestión, convoca a un ejercicio real de poder, con un “carácter eminentemente político”, y que incluiría todos los esfuerzos que conduzcan a un verdadero cambio social [25,28].

No obstante, como lo describen diferentes autores [26,28,30], a pesar de estos lineamientos de política, en la práctica, la participación se ha instrumentalizado e institucionalizado, “limitando, desde todo punto de vista, la autonomía y el ejercicio del derecho de la gente para decidir y participar libremente en el proceso de la gestión del desarrollo social, la salud y la democracia” [26]. Como lo resaltan Bang y Stolkner [31], de esa manera, la participación es “una actividad decidida por otros desde una estructura vertical [...] utilizada para legitimar las políticas de vaciamiento y tercerización de servicios públicos, impulsando a las familias a hacerse cargo de su salud” [p. 126].

Contrariamente, la forma de participación que encarna la MSM, como afirma León [32], ha surgido de la misma comunidad, fruto de procesos sociales en los que se identifica como actor, que asume su realidad para transformarla y, desde ella, relacionarse con poder frente a la institucionalidad del Estado.

Así, esta participación, como dice Sopransi [33], sucede allí donde ocurren y se manifiestan las condiciones de exclusión, ante las cuales grupos comunitarios subalternos actúan para hacer frente a sus problemáticas, convirtiéndose la participación en una práctica social necesaria de los sectores sociales marginalizados, para asegurar la supervivencia.

Esta sistematización evidencia, con la historia de la MSM, otra participación surgida de las preocupaciones por sus indignas condiciones de vida, emergidas de

situaciones de pobreza extrema, plasmadas en paupérrimas condiciones ambientales y de hábitat, y con las consecuentes problemáticas sociales, en un ámbito de abandono institucional.

Situaciones de salud de niños y niñas y de mujeres son fuente de sensibilización para que decidan organizarse, asumir su situación, ideen creativamente alternativas de solución, desarrollen alianzas con actores externos y enfrenten la institucionalidad desde un principio de defensa de la vida en dignidad, del derecho a la salud, que parte de su componente de atención, pero que lo trasciende con su presencia en planes de desarrollo, transformación territorial y social. Como afirma Melucci, citado por Jiménez y Echeverri, “los actores definen en términos cognitivos, afectivos y relacionales el campo de posibilidades y límites que perciben, mientras que, al mismo tiempo, activan sus relaciones para darle sentido al estar juntos y a los fines que persiguen” [34, p. 94].

Esta forma de participación encarnada por la MSM contradice la concepción abstracta y simplista que sobre la comunidad reproduce la participación como una unidad homogénea exenta de conflicto, delimitada territorialmente, con intereses comunes, receptora y desprovista de actores sociales y relaciones de poder [23]. Por el contrario, la comunidad se asume como sujeto de derechos que, como señala León, desarrolla una acción directa sobre su realidad social para transformarla, mediante un proceso dinámico, dialéctico, con avances y retrocesos que reclama del Estado la garantía de derechos individuales y colectivos [32]. Igualmente, reconoce, en la comunidad, la presencia de diferentes actores sociales e institucionales con los cuales es necesario articularse, conformando redes de acción en ella [24].

Estos resultados cuestionan la forma como la comunidad y la participación comunitaria han sido asumidas en los sistemas de salud y llaman la atención sobre las posibilidades que genera una comunidad empoderada de su realidad, activa en la generación de significados renovadores y actuante por la transformación de sus condiciones de vida y salud. La conformación del equipo de sistematización con profesores de la Universidad e integrantes de la MSM posibilitó un reconocimiento directo de las condiciones de la misma, de sus prácticas y significados, y el logro de consensos en las interpretaciones de los mismos.

Finalmente, se señala la necesidad de seguir avanzando en investigaciones para evaluar los impactos de las acciones. Si bien esta sistematización puso el foco en las experiencias de participación y evidencia logros y resultados, es importante explorar otras dimensiones de la acción comunitaria que, en esta, constituyen sus limitantes, como la medición de impactos sociales y en salud, como lo sugieren otros estudios [4,10], lo mismo que incluir el enfoque de género en este tipo de estudios.

Conclusiones

La MSM constituye una experiencia de participación en salud generada y sostenida desde la subalternidad. Esta sistematización da cuenta de los cambios de los contextos de la comunidad y del sector salud. Las situaciones de los más débiles y la decisión de asumir su realidad, para transformarla y abrirse una posibilidad de ser y estar en la vida y el territorio, han sido su motor. La demanda del derecho a la salud, como derecho a la atención y como derecho a condiciones de vida digna, determinantes del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado, son su guía en la gestión de soluciones y su relacionamiento con la institucionalidad pública y privada de la ciudad.

La sistematización aquí reportada se constituyó en un dispositivo para reencuentros, reconocimientos, revalorización de lo realizado, con una mirada autocrítica respecto a los desaciertos y desafíos, y para la reconstrucción del sentido de la organización comunitaria y la composición conjunta de saberes iluminadores de nuevas prácticas populares y académicas. Sus resultados se revierten en el devenir de la MSM y son lecciones para la salud pública.

Agradecimientos

A Francisco Legarda y Aristóbulo Galofre, por el compromiso asumido con el proceso de sistematización desde el equipo coordinador del proyecto. A Margarita Díaz, por sus aportes al proceso de sistematización. A las y los integrantes de la MSM, por su trayectoria de lucha de participación en salud. Al Centro de Investigaciones de la Facultad Nacional de Salud Pública, por su apoyo y contribución al financiamiento del proyecto, a través del Fondo de Apoyo Docente.

Declaración de fuente de financiación

Fondo de Apoyo a la Investigación Docente.

Declaración de conflictos de intereses

Los autores expresamos que no tenemos conflicto de interés.

Declaración de responsabilidad

Los puntos de vista expresados en el artículo son de responsabilidad exclusiva de los autores y no comprometen a la institución de afiliación de los autores.

Declaración de contribución por autores

Román Orlando Restrepo Villa: concepción y diseño del estudio, interpretación de datos, escritura del artículo y

aprobación de la versión final del mismo. Se responsabiliza de todos los aspectos del trabajo.

Gloria Marcela Gómez Builes: concepción y diseño del estudio, interpretación de datos, escritura del artículo y aprobación de la versión final del mismo. Se responsabiliza de todos los aspectos del trabajo.

Referencias

1. Municipio de Medellín, Alcaldía Municipal. Perfil demográfico 2016-2020. Comuna 4 Aranjuez. Contrato interadministrativo N.º 4600043606 Municipio de Medellín – EMTELCO. Municipio de Medellín [internet]. 2015 [citado 2022 feb. 20]. Disponible en: https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_17/Indicadores-yEstadisticas/Shared%20Content/Documentos/ProyeccionPoblacion2016-2020/Perfil%20Demogr%C3%A1fico%202016%20-%202020%20Comuna%2004_Aranjuez.pdf
2. Municipio de Medellín, Alcaldía Municipal. “Decreto 0321, por medio del cual se adopta el Plan Parcial Moravia Polígono de tratamiento Z1_R_7 del Municipio de Medellín” (2018 may. 29).
3. Piedrahita Arcila I, Sánchez González E. Rostros de la estatalidad en Medellín, 1987-1995. Una aproximación teórica y metodológica para estudiar al Estado. *Estudios Políticos*. 2021;(61):23-46. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.espo.n61a02>
4. Paz Jaramillo L, Valencia Agudelo GD. Atipicidades del proceso de paz con las Milicias Populares de Medellín. *Estudios Políticos* [internet]. 2015 [citado 2022 oct. 13]; (46):263-82. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/estudiospoliticos/article/view/20469>
5. Jara Holliday O. La sistematización de experiencias: práctica y teoría para otros mundos posibles. Bogotá: Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano [internet]; 2018 [citado 2022 ene. 11]. Disponible en: <https://cepalforja.org/sistem/bvirtual/wp-content/uploads/2019/09/La-Sistematizaci%C3%B3n-de-Experiencias-pr%C3%A1ctica-y-teor%C3%ADa-para-otros-mundos-posibles.pdf>
6. Valencia González AM, Hincapié Zapata ME, et al. Tendencias de evaluación en promoción de la salud. Actualización del debate en la década 2005-2015. *Hacia Promoc. Salud*. 2019;24(1):123-37. DOI: <https://doi.org/10.17151/hpsal.2019.24.1.11>
7. Peña-Varón, J. F., Marín-Velásquez, P. A., y Mosquera-Becerra, J. Papel de la sistematización de experiencias en los procesos de evaluación de intervenciones de salud pública en la Comuna Saludable por la Paz, Cali - Colombia. *Prospectiva*. 2021;(31):299-313. DOI: <https://doi.org/10.25100/prts.v0i31.10572>
8. Salazar L de, Díaz Grajales C. La evaluación-sistematización: una propuesta metodológica para la evaluación en promoción de la salud. Un estudio de caso en Cali, Colombia. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2004;9(3):545-55. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000300009>
9. López-Bolaños L, Campos-Rivera M, Villanueva-Borbolla MA. Compromiso y participación comunitaria en salud: aprendizajes desde la sistematización de experiencias sociales. *Salud Publica Mex*. 2018;60(2):192-201. DOI: <https://doi.org/10.21149/8460>
10. Viola Casseti, JJ, Paredes-Carbonell, López Ruiz V, et al. Evidencia sobre la participación comunitaria en salud en el contexto español: reflexiones y propuestas. *Informe SESPAS 2018. Gac Sanit*. 2018;32(S1):41-47. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.008>
11. Maita M. Estilos de pensamiento y enfoques epistemológicos. *Revista Científica*. 2018;3(7):374-93. DOI: <https://doi.org/10.29394/Scientific.issn.2542-2987.2018.3.7.19.374-393>

12. Pérez-Vargas J, Nieto-Bravo J, Santamaría-Rodríguez J. La hermenéutica y la fenomenología en la investigación en ciencias humanas y sociales. *Civilizar: Ciencias Sociales y Humanas*. 2019;19(37):21-30. DOI: <https://doi.org/10.22518/usergioa/jour/ccsh/2019.2/a09>
13. Torres A. La sistematización como investigación interpretativa crítica. Entre la teoría y la práctica. Ponencia presentada al seminario Sistematización y Producción de Conocimientos para la Acción, Santiago de Chile [internet]; 1996 [citado 2021 dic. 18]. Disponible en: <https://cepalforja.org/sistem/bvirtual/?p=691>
14. González González M, Mitjans Moreno B, Díaz Ozuna Y. Árbol de decisión para establecer las pautas metodológicas en la sistematización participativa basada en experiencias comunitarias. *Serie Científica* [internet]. 2020 [citado 2022 oct. 13]; 13(7):111-21. <https://publicaciones.uci.cu/index.php/serie/article/view/611>
15. Sandoval J. Una perspectiva situada de la investigación cualitativa en ciencias sociales. *Cinta moebio*. 2013;(46):37-46. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-554X2013000100004>
16. Mejía MR. La sistematización empodera y produce saber y conocimiento sobre la práctica desde la propuesta para sistematizar la experiencia de Habilidades para la Vida. Bogotá: Ediciones desde abajo; 2008.
17. Ruiz Muñoz MM. Paulo Freire y su legado político pedagógico en la sistematización de experiencias emancipatorias. *Revista del ICE*. 2020(48): 31-42. DOI: <https://doi.org/10.34096/iice.n48.10200>
18. Lopera Uribe GE, Villa Vélez L, Castaño Pineda Y, et al. Sistematización de una sistematización: aprendizajes sobre el método. *Hacia Promoc. Salud*. 2022;27(2):144-60. DOI: <https://doi.org/10.17151/hpsal.2022.27.2.11>
19. Rincón Bonilla LH. El relato como texto polifónico de la Expedición Pedagógica Nacional. En: AA. VV., Expedición Pedagógica Nacional. Preparando el equipaje. 2.ª ed. Bogotá: Universidad Pedagógica Nacional, Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría de Educación del Distrito [internet]; 2018 [citado 2021 dic. 15]. pp. 73-80. <https://repositorios.educacionbogota.edu.co/handle/001/478>
20. Sánchez Mazo LM, Gutiérrez Tamayo AL. Potencialidades de la participación en la construcción de ciudad desde intervenciones urbanas en asentamientos precarios. *América Latina Hoy*. 2014;68:119-36 DOI: <https://doi.org/10.14201/alh201468119136>
21. Ruiz Romero G, Castaño Zapata D. "Aquí todos comen". Autoridad y corrupción en los márgenes de la Colombia posacuerdo. *Rev. de Antropol. Iberoam*. 2021;16 (3):513-35. DOI: <https://doi.org/10.11156/aibr.160304>
22. Lustig N, Tommasi M. El COVID-19 y la protección social de los grupos pobres y vulnerables en América Latina: un marco conceptual. *Revista CEPAL* [internet]. 2020 [citado 2022 oct. 13]; (132):283-95. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/46836>
23. Blandón-Lotero L, Jaramillo-Mejía M. Participación comunitaria en salud: una revisión narrativa a la producción académica desde las desigualdades sociales. *CS*. 2018(26):91-117. DOI: <https://doi.org/10.18046/recs.i26.2851>
24. Bang C. Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas*. 2014;13(2):109-20. DOI: <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol13-Issue2-fulltext-399>
25. Gil Forero J, Acosta Ramírez N. Participación social para la construcción de un modelo integral en salud con poblaciones rurales. *Rev. Ciencias Sociales* [internet]. 2021 [citado 2022 ene. 23]; 27(4):548-59. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8145540>
26. Restrepo O, Vega R. Participación social y comunitaria en Atención Primaria de Salud. Bogotá: para la muestra un botón. *Rev. Gerenc. Polit. Salud* [internet]. 2009 [citado 2022 feb. 20]; 8(16):153-64. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/1898>
27. Restrepo H. Participación social en salud: un reto para la promoción de la salud. *Rev. Fac. Nac. Sal. Pub.* [internet]. 2003 [citado 2022 feb. 13]; 21(2):119-26. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/764>
28. Martín SA. Participaciones entramadas. Discusiones en torno a la participación comunitaria. *Teoría y Crítica de la Psicología* [internet]. 2021 [citado 2022 oct. 13]; 16:100-14. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8080359>
29. Pinzón-Segura MC, Roth-Deubel AN, Mosquera-Pedrerros N, et al. Cabildo ciudadano sobre eutanasia: participación social en salud y formación ciudadana. *Rev. Latinoam. Cienc. Soc. Ninez Juv*. 2022;20(3):1-29. DOI: <https://doi.org/10.11600/ricsnj.20.3.5026>
30. Egaña D, Iglesias L, Cerda R, et al. Participación social en la atención primaria en salud: tensiones y contradicciones. *Aten Primaria*. 2020;52(10):690-6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.02.013>
31. Bang C, Stolkner A. Aportes para pensar la participación comunitaria en salud/salud mental desde la perspectiva de redes. *Ciencia, Docencia y Tecnología* [internet]. 2013 [citado 2022 feb. 15]; 24(46):123-43. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14527692005>
32. León J. Salud, participación comunitaria: hacia la ciudadanía plena. *Salus* [internet]. 2009 [citado 2022 feb. 15]; 13:51-54. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3759/375939011008.pdf>
33. Sopransi M, Lenta M. La participación social en salud desde la perspectiva de las organizaciones populares. III Congreso Regional de la Sociedad Interamericana de Psicología. Sociedad Interamericana de Psicología, Asunción [internet]; agosto de 2010. [citado 2022 ene. 20]. Disponible en: <https://www.teseopress.com/psicologiasocialcomunitaria/chapter/capitulo-3-la-participacion-social-en-salud-desde-la-perspectiva-de-las-organizaciones-populares/>
34. Jiménez Grande E, Echeverri González C. Movimientos sociales: lugares de lucha y construcción de sujeto. *El Ágora USB*. 2013; 13(1):91-154. DOI: <https://doi.org/10.21500/16578031.95>

