

Compromiso y participación comunitaria en salud: aprendizajes desde la sistematización de experiencias sociales

Lizbeth López-Bolaños, M en SP,⁽¹⁾ Marisol Campos-Rivera, M en SP,⁽²⁾
 María Ángeles Villanueva-Borbolla, M en C Prom Sal.⁽³⁾

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;60:192-201.
<https://doi.org/10.21149/8460>

Resumen

Objetivo. Reflexionar sobre el compromiso en el proceso de participación en salud empleando la herramienta de sistematización participativa de experiencias sociales. **Material y métodos.** Investigación-intervención de corte cualitativo, desde la concepción metodológica dialéctica. Las mujeres pertenecientes a un grupo de trabajo comunitario en Xoxocotla, Morelos, México, sistematizaron su experiencia utilizando como eje el compromiso. Con base en técnicas derivadas de la teoría fundamentada, se realizó un microanálisis para identificar y robustecer las categorías del contenido correspondiente al proceso de sistematización. **Resultados.** Las participantes identificaron los determinantes estructurales del compromiso en su proceso de participación y elementos relacionados con la dinámica grupal que lo influyen; asimismo, redefinieron la forma de entender y ejercer el compromiso y la participación, y extrajeron aprendizajes para mejorar su práctica futura. **Conclusiones.** El compromiso y la participación están determinados por factores estructurales como la condición socioeconómica y el rol de género, los cuales deben visibilizarse y comprenderse para generar propuestas que fortalezcan el involucramiento y la organización de grupos.

Palabras clave: participación social; salud de poblaciones indígenas; educación en salud; planificación participativa; promoción de la salud

López-Bolaños L, Campos-Rivera M, Villanueva-Borbolla MA.
 Commitment and community participation
 towards health: knowledge creation from
 the systematization of social experiences.
 Salud Publica Mex 2018;60:192-201.
<https://doi.org/10.21149/8460>

Abstract

Objective. To reflect on the process of committing to participation in the implementation of a health strategic plan, using Participative Systematization of Social Experiences as a tool. **Materials and methods.** Our study was a qualitative research-intervention study, based on the Dialectical Methodological Conception approach. We designed and implemented a two-day workshop, six hours daily, using Systematization methodology with a Community Work Group (CWG). During the workshop, women systematized their experience, with compromise as axis of the process. Using Grounded Theory techniques, we applied micro-analysis to data in order to identify and strengthen categories that emerged during the systematization process. We completed open and axial coding. **Results.** The CWG identified that commitment and participation itself is influenced by group dynamics and structural determinants. They also reconsidered the way they understood and exercised commitment and participation, and generated knowledge, empowering them to improve their future practice. **Conclusions.** Commitment and participation were determined by group dynamics and structural factors such as socioeconomic conditions and gender roles. These determinants must be visible and understood in order to generate proposals that are aimed at strengthening the participation and organization of groups.

Keywords: social participation; health of indigenous peoples; health education; participative planning; health promotion

- (1) Universidad de Quintana Roo. Quintana Roo, México.
 (2) Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Morelos, México.
 (3) Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

Fecha de recibido: 16 de diciembre de 2016 • **Fecha de aceptado:** 2 de octubre de 2017
 Autor de correspondencia: María Ángeles Villanueva Borbolla. Instituto Nacional de Salud Pública.
 Av. Universidad 655, col. Santa María Ahuacatlán. 62100 Cuernavaca, Morelos, México.
 Correo electrónico: mavillan@insp.mx

La participación comunitaria ha sido identificada como un elemento imprescindible para la transformación de las circunstancias que determinan la salud de las poblaciones,¹⁻³ especialmente de aquellos grupos en situación de vulnerabilidad como las mujeres.⁴ En este estudio se entiende la participación comunitaria (en adelante, participación) como un proceso organizado, incluyente y autónomo, orientado a transformaciones colectivas e individuales, donde las personas con diversos grados de compromiso comparten valores y objetivos.⁵

En Latinoamérica, los programas actuales de salud se caracterizan por la insuficiencia de elementos políticos, organizativos y poblacionales necesarios para generar procesos de participación.^{6,7} En México, esta última es medida a partir de indicadores de desempeño, y se considera al individuo como cliente receptivo de los servicios de salud y no como protagonista en el proceso salud-enfermedad.⁸

Este panorama urge a la generación y al mantenimiento de espacios de participación donde sea posible comprender y transformar las condiciones que determinan la salud, el acceso de los grupos marginados al poder y la coestión de los servicios de salud.⁹ Si bien existen algunos retos a ser tomados en cuenta, la participación en salud se fomenta al desarrollar la capacidad comunitaria,¹⁰ incrementar el grado de preparación para actuar (*readiness*) y fortalecer el liderazgo a través de la capacidad de organización.^{11,12} Asimismo, se construye a través de la reflexión y el compromiso, e implica redes de apoyo e intercambio de ideas y conocimientos entre quienes mantienen objetivos comunes.^{1,5,9}

Reconociendo lo anterior, durante 2012, en la localidad de Xoxocotla, Morelos, se conformó un grupo de trabajo comunitario (GTC) para impulsar la participación dentro del diseño de un modelo de salud. Aproximadamente 20 personas de la localidad, en su mayoría mujeres, conformaron el GTC. El modelo partió de un proyecto* fundamentado en la investigación-acción participativa (IAP),¹³ e impulsado por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), y en el marco de dicho proyecto se desarrolló el presente estudio.

La localidad de Xoxocotla, en el estado de Morelos, México, es semiurbana con un alto grado de marginación y tiene origen en la cultura nahua. En la región se caracteriza por ser referente de movimientos de resis-

tencia popular.¹⁴ El 21% de su población es indígena, y el grado promedio de escolaridad es de siete años cursados, el cual es menor en el caso de las mujeres.^{15,16}

El GTC definió su propio concepto de salud y realizó el diseño y la planeación de su modelo de atención, nombrado Plan Estratégico en Salud/*Michme*,[‡] (PES/*Michme*). Este plan tiene por objetivo la apropiación de la salud como un derecho, mediante la participación de la comunidad.¹⁷

El GTC concibe la participación y el compromiso como un binomio mutuamente influyente: la participación como resultado del compromiso; a su vez, este último consiste en responsabilizarse de las acciones dentro del proceso de participación. Este binomio se percibe como un valor necesario en el liderazgo, un componente del sentido de comunidad y una de las bases del trabajo en equipo.¹⁸ La figura 1 esquematiza lo anterior[§] y da cuenta de las reflexiones elaboradas por el GTC antes del taller de sistematización.

A partir de la evaluación de la capacidad comunitaria, el GTC identificó una insuficiencia en el compromiso de sus integrantes, que ponía en riesgo el logro de su propósito. El presente estudio tuvo como objetivo reflexionar en torno al compromiso en el proceso de participación del GTC, empleando la herramienta de sistematización participativa de experiencias sociales (denominada a partir de aquí "sistematización"),¹⁹ desde la perspectiva de la educación popular (EP).

Material y métodos

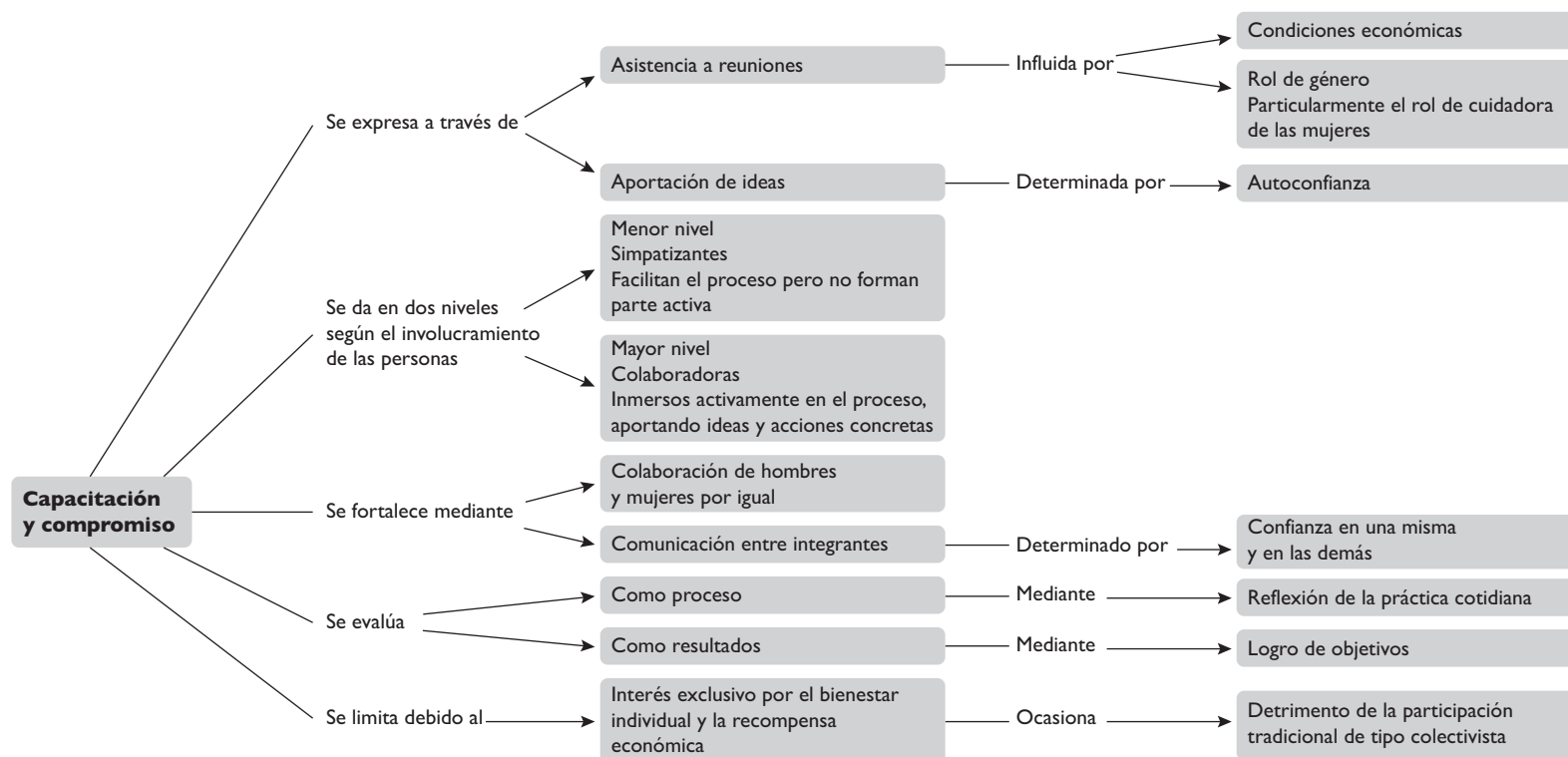
El diseño del presente estudio corresponde a una investigación-intervención de corte cualitativo, realizada desde el enfoque de la concepción metodológica dialéctica (CMD)^{19,20} y empleando la sistematización¹⁹ como herramienta.

La CMD entiende la realidad como un proceso histórico-social en permanente movimiento, donde los sujetos son partícipes de su construcción. También como una totalidad que implica que cada una de sus partes debe ser entendida en relación con el conjunto. Su método consiste en una ida y vuelta entre la teorización y la práctica, de tal manera que sea posible comprender la realidad dentro de un contexto en particular y la acción reflexionada.²¹ En la sistematización las personas parten de una experiencia concreta y transitan por su análisis

* Diseño y evaluación de un modelo de atención en salud sustentable y participativo dirigido a la prevención y adherencia al tratamiento de obesidad, diabetes e hipertensión en la localidad de Xoxocotla, Morelos (MASS-P), financiado por Fondos Mixtos CONACYT-Morelos (MOR-2009-C02-120654) y Fundación MAPFRE.

‡ *Michme* significa "peces" en náhuatl.

§ Como un primer acercamiento al tema de compromiso y participación, la autora principal de este artículo realizó una indagación previa a través de un registro etnográfico y del análisis secundario de informes de resultados correspondientes a talleres del MASS-P.



Fuente: elaboración propia de acuerdo con una indagación previa basada en un registro etnográfico y en el análisis secundario de informes de resultados correspondientes a los talleres del MASS-P

FIGURA 1. CARACTERÍSTICAS DEL COMPROMISO Y LA PARTICIPACIÓN EN EL GRUPO DE TRABAJO COMUNITARIO. XOXOCOTLA, MORELOS, MÉXICO, 2014

e interpretación para generar reflexiones, aprendizajes y propuestas que mejoren prácticas futuras.^{19,22}

Se diseñó un taller de dos sesiones, estructuradas de acuerdo con las diferentes etapas de la sistematización (cuadro I). Se emplearon técnicas participativas de EP para establecer las causas de la problemática identificada (insuficiencia de compromiso), analizar e interpretar hechos y formular conceptos, para luego proponer acciones concretas. Con el propósito de definir la forma de desarrollar el taller según las necesidades y características del GTC, se retomaron los hallazgos de la investigación previa ya referida y se partió del esquema de la figura 1.

En junio de 2014 se realizó el taller con 15 mujeres integrantes del GTC, y cada sesión tuvo una duración de seis horas. Como parte del proceso de sistematización, las mujeres condujeron el análisis y la interpretación crítica de su experiencia, generaron los aprendizajes obtenidos y establecieron la forma de comunicarlos.

En gabinete, se transcribió la información recopilada a través de audios, notas y papelógrafos generados durante las sesiones, y se le organizó de acuerdo con cada etapa de sistematización de donde fue obtenida. Para identificar y robustecer las categorías implicadas en el proceso de compromiso y participación, se llevó a cabo un microanálisis de datos, como técnica útil de la teoría fundamentada.²³

El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética en Investigación del INSP, y con cada participante se siguió el procedimiento de consentimiento informado.

Resultados

Para la sistematización, las participantes identificaron como eje el compromiso en el proceso de participación; como objeto, su experiencia colectiva en la realización de un huerto demostrativo (octubre 2012 a mayo 2014), y como objetivo, reflexionar sobre esta experiencia, para identificar lecciones aprendidas y oportunidades que favorecieran el PES/*Michme*.

En la reconstrucción histórica de su experiencia, las participantes identificaron tres etapas: la primera corresponde a sus expectativas y a la construcción colectiva; la segunda, a circunstancias que impidieron una colaboración equitativa y la obtención de los resultados deseados, y la tercera, al desenlace emocional y a la dinámica al interior del grupo (cuadro II).

Al analizar e interpretar críticamente la reconstrucción histórica, las participantes reconocieron que el compromiso y la participación no se definen exclusivamente por la voluntad personal, sino que ambos procesos están determinados por las circunstancias del entorno y la dinámica grupal.

En relación con las circunstancias del entorno, las participantes identificaron como temas relevantes la necesidad de priorizar el trabajo remunerado y la asistencia limitada por el rol de género (cuadro III).

Consideraron que la asistencia es vital, ya que evita los ciclos de desinformación y genera un espacio de encuentro que permite crear propuestas de acción al intercambiar opiniones, experiencias y conocimientos.

CUADRO I

DESCRIPCIÓN Y OBJETIVO DE LAS DIFERENTES ETAPAS DE SISTEMATIZACIÓN. TALLER DE SISTEMATIZACIÓN PARTICIPATIVA DE EXPERIENCIAS SOCIALES. XOXOCOTLA, MORELOS, MÉXICO, JUNIO DE 2014

<i>Etapas de sistematización</i>	<i>Descripción</i>	<i>Objetivo de la etapa</i>
Vivir la experiencia	Partir de la experiencia de quienes realizan la sistematización.	Reflexionar sobre las circunstancias y motivaciones que les llevaron a ser parte del GTC.
Eje	Hilo conductor de la experiencia, que permite observarla desde una óptica específica.	Reconocer el compromiso en su proceso de participación, como eje de la sistematización de su experiencia.
Objeto	Experiencia que se va a sistematizar, delimitada en tiempo, espacio y persona	Delimitar la experiencia a sistematizar.
Objetivo	Lo que se quiere obtener con la sistematización.	Identificar el objetivo del proceso de sistematización.
Reconstrucción histórica de la experiencia	Ordenamiento, en secuencia, de los hechos que definen la experiencia.	Representar la reconstrucción de la experiencia de la acción elegida.
Análisis e interpretación crítica de la experiencia	Ir a la razón de ser con respecto a un acontecimiento, mediante cuestionamientos.	Interpretar críticamente las contradicciones de la experiencia en torno al eje de sistematización.
Aprendizajes obtenidos y propuestas generadas	Conclusiones teóricas y prácticas del proceso de sistematización.	Exponer conclusiones teóricas y prácticas para mejorar su quehacer y pueda advertir lo que le afecta.
Comunicación de los aprendizajes	Establecer la manera de compartir lo aprendido.	Definir el público y la forma de compartir los aprendizajes obtenidos en el taller de sistematización.

GTC: grupo de trabajo comunitario

Cuadro II

RECONSTRUCCIÓN HISTÓRICA DEL GRUPO DE TRABAJO COMUNITARIO SOBRE LA EXPERIENCIA DERIVADA DE LA CREACIÓN DE HUERTOS, DURANTE EL TALLER DE SISTEMATIZACIÓN PARTICIPATIVA DE EXPERIENCIAS SOCIALES. XOXCOTLA, MORELOS, MÉXICO, JUNIO DE 2014

Descripción de las etapas identificadas por las participantes		
<i>Etapa 1</i> "Todas estábamos entusiasmadas al inicio."	<i>Etapa 2</i> "Poco a poco, como una lluvia, empezaron a caer todas esas cosas negativas."	<i>Etapa 3</i> "Todas en su momento caímos en uno de esos sentimientos negativos."
<p>La experiencia inició con la presentación del Proyecto PES/Michme a autoridades de salud, educación, cultura y de gobierno. En esta presentación se dio a conocer la propuesta para la realización de un huerto demostrativo.</p> <p>A partir de la propuesta se definió el lugar para su realización, se inició con capacitación y se continuó con el acompañamiento de un colaborador externo a lo largo del proceso.</p> <p>En esta etapa el GTC ya estaba integrado. La motivación principal para participar era la expectativa de obtener un huerto productivo que permitiera tener alimentos saludables y de bajo costo, así como conocer otras comunidades con experiencias similares exitosas.</p>	<p>Una vez iniciado el huerto, surgieron las siguientes problemáticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inasistencia e impuntualidad - Incumplimiento de los calendarios de riego - Insuficiencia de agua - Infertilidad de la tierra - Inseguridad en los alrededores del huerto - Enfermedad - Desatención del trabajo del hogar y de la familia - Tener que hacer acuerdos con sus parejas para poder asistir - Priorización del trabajo remunerado - Falta de confianza para trabajar en el espacio de casa de una de las participantes, y para expresar pensamientos y emociones. - Imprudencia en los comentarios, percibidos como agresión verbal. - Malos entendidos. - Falta de interés por las necesidades de las demás. - Dificultad de percibir la desintegración del grupo. 	<p>Las situaciones antes descritas produjeron:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desánimo - Frustración - Impotencia - Irresponsabilidad - Apatía - Intolerancia - Desinterés - División del grupo - Deserción

Para ellas la asistencia es la manifestación de la participación activa, junto con la aportación de ideas y la realización de actividades.

Las participantes identificaron tres elementos de la dinámica grupal que influyeron en la participación: comunicación, confianza y liderazgo (cuadro III).

Las integrantes conceptualizaron el compromiso como una responsabilidad asumida sin esperar retribución económica; éste es visto como un valor que surge a partir de la disposición de las personas y que está determinado por las circunstancias que las rodean. Identificaron que la sensibilidad para comprometerse se adquiere al mantener contacto con otros miembros de la comunidad y darse cuenta de sus necesidades y situaciones.

Reconocieron la pertinencia de la sistematización como un proceso que les permitió explorar sus limitaciones y posibilidades para fortalecer al GTC y cumplir con el objetivo del PES/Michme. Asimismo, la contemplaron como una herramienta útil para futuros proyectos.

Para afrontar las circunstancias del entorno y la dinámica grupal, las participantes establecieron las propuestas señaladas en el cuadro IV.

Discusión

A través de la sistematización, las mujeres indagaron más allá de sus propios conceptos y prácticas al

buscar nuevos elementos desde donde explicar su experiencia. Lograron profundizar en los aspectos estructurales que influyeron sobre el compromiso y la participación, tal como lo propone la CMD.¹⁹ A partir de la comprensión de estos aspectos generaron aprendizajes traducidos en propuestas prácticas que contribuyen al fortalecimiento del compromiso en el proceso de participación. Esto constituye un elemento fundamental para mejorar las condiciones de salud.⁴

Aun cuando la participación se identifica como crucial en la promoción de la salud,²⁴ existe la necesidad de documentar y comprender mejor su complejidad y los factores que la determinan.²⁴

El presente ejercicio de sistematización abona a un mayor conocimiento sobre las particularidades y determinantes del compromiso que intervienen en el proceso de participación de las mujeres en acciones encaminadas a promover la salud, tal como se explica a continuación.

Conceptualización del compromiso como un proceso dinámico y paralelo a la participación, y que puede darse en distintos niveles

El compromiso y la participación fluyen paralelamente y se afectan mutuamente. Según Montero,⁵ dicha relación interdependiente da sustento al proceso participativo en

Cuadro III

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN CRÍTICA SOBRE LAS DETERMINANTES DEL COMPROMISO Y LA PARTICIPACIÓN DURANTE EL TALLER DE SISTEMATIZACIÓN PARTICIPATIVA DE EXPERIENCIAS SOCIALES. XOXOCOTLA, MORELOS, MÉXICO, JUNIO DE 2014

Determinantes del compromiso y la participación

Circunstancias del entorno	a) Priorización del trabajo remunerado El trabajo remunerado puede anteponerse a la asistencia a las reuniones.	"[...] hubo mucha inasistencia por trabajo [...] es demandante [...] se elige el trabajo por esa sencilla razón de que tenemos que comer." Carolina
	b) Rol de género que limita la asistencia La asistencia se ve limitada por factores asociados con el rol de género, como el trabajo en el hogar, el cuidado de los hijos e hijas, de la pareja, de la propia salud y la de los familiares.	"[...] cada quien tiene diferentes experiencias, como dificultades económicas. Se prefiere trabajar o llegar tarde por no pagar mototaxi." Minerva "Algunas no se desanimaron, [la falta de asistencia] fue por cuestiones de trabajo [y] económicas; por ejemplo, el caso de una de las compañeras: ella sí quería seguir, pero por su trabajo no puede." Esther "Yo dejo todo para llegar ahí [...] dejas los hijos, la casa [...] eso te va desanimando [...] a veces no se puede ir por el pago del Programa Oportunidades o junta del Programa Oportunidades, o cita en el hospital [...]" Minerva
Elementos de la dinámica grupal que influyen sobre la participación	a) Comunicación La comunicación fue identificada como uno de los pilares del proceso de participación. Reconocieron que permite conocer las necesidades de las personas para comprender su actuar y evitar hacer prejuicios. La inadecuada comunicación puede representar una agresión y generar conflictos. Los limitantes de la comunicación son la falta de autoconfianza, de confianza en la otra persona y de tiempo, tanto para identificar los problemas como para dialogar al respecto.	"No teníamos tiempo para percibir que se estaba dividiendo [el grupo]; muchas llegamos corriendo y nos enfocábamos a la plantada [en el huerto], a la regada, y no teníamos ese tiempo de preguntarnos 'qué te pasó', 'cómo te pasó'; cada una con su tema, con sus intereses y como que ya no." Esther "Cuando ya no quieres, no es fácil decir la verdad, cuesta trabajo para decir las cosas, se dan pretextos para no quedar mal, porque tal vez ya no te vuelvan a invitar o pueda cambiar la relación que tienen." Merced "[...] no se preguntaba tranquilamente lo que les pasaba [cuando no asistían], no se analiza lo que les pudo haber pasado. [Quienes no asistían] se quedaban calladas para no seguir la discusión, ya que se veía como un reclamo o agresión, porque no nos conocemos, falta de comunicación y de comunicar los aprendizajes." Minerva
	b) Confianza Concibieron la confianza como fundamental para el trabajo en equipo. Le otorgaron la cualidad de un intercambio recíproco que se construye mientras se conoce y se empatiza con la otra persona; facilita la comunicación y permite actuar con seguridad. Identificaron tres tipos de confianza: 1) la confianza en uno/a mismo/a implica la seguridad de decir lo que deseas sin miedo al rechazo o la agresión; 2) la confianza en la otra persona involucra compartir situaciones del ámbito privado, y 3) la confianza con el grupo implica compartir sólo asuntos relacionados con el PES/Michme	"La falta de confianza es porque no las conoces." Leticia "O no hay confianza en uno mismo, porque piensas que voy a hablar y se van a burlar de mí, uno se limita". Paulina "No hay confianza en uno mismo para expresar, y también la confianza se va dando con el tiempo." Claudia
	c) Liderazgo El GTC inicialmente identificó la necesidad de un(a) líder(esa), concibiendo a dicha persona como alguien que pudiera facilitar o incluso condicionar la asistencia. Profundizando en su reflexión, reconoció que el liderazgo debe ser asumido y ejercido por todas(os).	"Querían hacer lo que una de las compañeras decía, si la compañera decía vamos a regar iban, cuando la compañera no iba tampoco ellas, o cuando ustedes del INSP no iban ellas tampoco, no sé si con ustedes se sentían más comprometidas porque cuando ustedes iban ellas iban y cuando solo iba la persona que estaba colaborando como facilitador...dejaron de ir....como si alguien les tenía que ordenar para hacer las cosas..." Merced

Nota: para salvaguardar el principio de confidencialidad, se utilizaron pseudónimos para nombrar a las autoras de las citas incluidas

GTC: grupo de trabajo comunitario

PES/Michme: Plan Estratégico en Salud

INSP: Instituto Nacional de Salud Pública

Cuadro IV
PROPUESTAS GENERADAS A PARTIR DEL TALLER DE SISTEMATIZACIÓN PARTICIPATIVA
DE EXPERIENCIAS SOCIALES. XOXOCOTLA, MORELOS, MÉXICO, JUNIO DE 2014

Compartir con el grupo sus motivaciones, limitaciones y expectativas concretas respecto a su participación. Ello permitirá tomar una decisión sobre continuar o no en el grupo. De continuar, proponen aclarar su forma de participar según sus posibilidades.

Conocer las circunstancias que impiden la asistencia de las integrantes para ofrecer soluciones.

Expresar adecuada y oportunamente las diferencias, inconformidades y sentimientos.

Promover la interacción entre subgrupos (las mujeres pertenecían a dos de los grupos que se aliaron para conformar el GTC).

Establecer un código de conducta.

Fortalecer la autoconfianza de las participantes.

GTC: grupo de trabajo comunitario

sí mismo, siempre y cuando los dos elementos estén presentes. En la experiencia del GTC, la participación está mediada por el compromiso y, a su vez, el compromiso se genera en la participación.

La reformulación del concepto de compromiso durante el proceso de sistematización permite realizar cambios en la manera de entender y de actuar en la realidad. Al inicio, las mujeres lo expresaron como un fenómeno estático en el que “dar la propia palabra” implicaba asumir la responsabilidad de realizar una acción independientemente de las circunstancias. Posterior a la reflexión, el compromiso fue comprendido como un fenómeno dinámico, definido por la situación de quienes están inmersos(as) en el proceso de participación y donde la comunicación de necesidades, expectativas, contradicciones y conflictos es primordial.

Previo al proceso de sistematización, el GTC estableció dos niveles de participación: simpatizante (menor nivel) y colaborador (mayor nivel), sin considerar niveles intermedios. Las colaboradoras presentaron mayor desgaste, aspecto que coincide con lo expuesto por Kenny y colaboradores²⁵ respecto al riesgo de fatiga en procesos de participación y la necesidad de estrategias enfocadas en grupos marginados. Al avanzar en el proceso de sistematización, el grupo hizo una innovación al recomendar que, para prácticas futuras, cada integrante explicita su forma de participar y comprometerse; así se evitarían expectativas erróneas y se brindaría la oportunidad de considerar más opciones de participación según las posibilidades de sus integrantes. Esta misma recomendación la hacen George y colaboradores,³ al resaltar que la comprensión hacia las personas que viven una situación que les dificulta un mayor nivel de participación, constituye una alternativa democratizadora. Al respecto, Montero⁵ resalta que, a mayor número de

participantes, más niveles de participación y mayor rotación entre miembros de un nivel a otro; ello resulta en un menor desgaste, una mayor colaboración y la disminución de oportunidades para la instauración de prácticas autoritarias por parte de quien ocupa el nivel más alto de participación.

El compromiso y la participación se determinan por elementos estructurales como la condición económica y el rol de género

Las mujeres reconocieron que compromiso y participación no pueden verse ni evaluarse independientemente del contexto económico, ni atribuirse enteramente a factores individuales como la motivación. Al respecto, Sanabria²⁶ expone que los aspectos económicos y políticos determinan el nivel de apoderamiento de las personas acerca de su situación de vida, lo cual define su forma de participar.

Para el GTC, la concepción del compromiso en su dimensión ética es heredada de la tradición nahua, donde el sentido de comunidad y el beneficio colectivo son el origen de la acción no remunerada. Las participantes identificaron que el interés económico y partidista ha trastocado dicho sentido, al atribuírsele un valor monetario. Zuliani y colaboradores²⁷ exponen, como condiciones para la participación, el ambiente sociopolítico favorable y la constitución de identidades colectivas. Desarrollar el compromiso como valor ético representa un reto importante tras una historia de participación condicionada en programas gubernamentales y prácticas partidistas, en medio de una situación económica desfavorable.^{5,28} Cabe alertar sobre el hecho de que, en dichas situaciones económicas, es necesario prevenir

que los mecanismos de participación expongan a las personas a situaciones de sobreexigencia y pérdida de ingreso económico. George y colaboradores³ advierten sobre el apoyo monetario como factor de continuidad en la participación a largo plazo.

El rol de género es otro determinante relevante. Las mujeres desempeñan el papel de cuidadoras en lo cotidiano, particularmente ante situaciones de enfermedad en la familia. La norma social establece que son ellas las que deben darse a la tarea de vigilar el restablecimiento de la persona enferma.²⁹ Esto ocurre con mayor frecuencia en contextos de bajos ingresos y dificulta la participación de las integrantes de un grupo al disminuir su asistencia. El estudio de George y colaboradores,³ sobre intervenciones del sistema de salud basadas en la participación, resalta que el género es poco discutido. La evidencia aquí expuesta enfatiza la necesidad de involucrar el enfoque de género en los programas de salud que incluyen la participación.

Comunicación, confianza y liderazgo como factores indispensables para estimular el compromiso y la participación

La comunicación tiene un papel decisivo en la vida de un grupo, ya que representa la vía de solución de los conflictos. Si éstos no son resueltos a través de la comunicación de inconformidades, la tensión puede disminuir la habilidad del grupo para lograr sus objetivos.³⁰ Durante la sistematización, las mujeres comprendieron que enfocarse en las exigencias del proyecto les hizo ignorar el conflicto producido por las relaciones interpersonales. Reconocer lo anterior las prepara para enfrentar el conflicto, lo que, aunado a su conceptualización del compromiso como un proceso dinámico determinado por elementos estructurales, las lleva a destacar la importancia de dialogar constantemente.³¹

Para las integrantes del GTC, la confianza en ellas mismas y en las demás personas determina su participación activa. Briceño y Ávila³² también la identifican como un elemento requerido para la consecución de metas comunes. No obstante, la construcción social de género, etnia y clase condiciona el desarrollo de la autoestima y la seguridad para exponer abiertamente ideas y ejecutar acciones. La generación y la permanencia de la participación de las mujeres en situaciones de marginación requiere fortalecer la autoconfianza, la asertividad y el apoderamiento, para que ellas puedan desarrollar sus potencialidades y trascender el rol pasivo.^{33,34}

El liderazgo es otra particularidad de la dinámica grupal que influye en la participación.

Inicialmente las mujeres identificaron que la presencia de quien es reconocida(o) como líder incentiva

la participación de las personas, lo que puede deberse a dos aspectos: 1) a una tradición no democrática donde la toma de decisiones depende de una sola persona como solución rápida a la diversidad de opiniones,³⁵ y 2) a que tienen poca seguridad en sí mismas.³³

Al profundizar en su reflexión, las participantes de la sistematización reconocieron que el liderazgo debe ser asumido y ejercido por todas(os); cada una(o) debe fungir como líder según sus características, procurando que la dirección de las acciones surja del consenso, perspectiva que prevaleció a lo largo de la reflexión. Foster-Fishman y colaboradores¹¹ concluyen que en comunidades con poca capacidad y preparación para el cambio, desarrollar el liderazgo permite la activación de quienes se asumen como líderes y desencadena el involucramiento de otras personas interesadas.

Compromiso como valor que motiva la participación y resulta del sentido de comunidad

Las mujeres identificaron los factores que contribuyen a la asimilación del compromiso como valor y motivación: concebirse en igualdad de circunstancias con quienes comparten necesidades y problemáticas; desarrollar afecto positivo por su localidad y por las personas que la habitan, y ser consideradas fuente de apoyo por los miembros de la comunidad.

Montero⁵ señala que estos factores conforman el sentido de comunidad. Identificarlos y darles relevancia permite desarrollar tal sentido. El hecho de fortalecerlo como una de las dimensiones de la capacidad comunitaria,¹⁰ asumir el compromiso como valor y aumentar la preparación para accionar, ayuda a establecer normas que motivan la participación. Lo anterior es fundamental para desarrollar la capacidad de cambio, especialmente en las comunidades más debilitadas, donde hay poca expectativa normativa para la participación y una tradición de separación y desesperanza.¹¹

Sistematización como herramienta oportuna para promover la participación en salud

En primer lugar, la sistematización permitió al GTC enfrentar los retos que derivan de su proceso de participación y su contexto socioeconómico y político. Como abordaje dialógico y dialéctico, dio pie a una mejor comprensión de la realidad sobre los factores que determinan el binomio compromiso-participación. Con este conocimiento es posible la transformación individual y colectiva, y renovar el interés de las personas para involucrarse en acciones encaminadas a la salud.

En segundo lugar, la sistematización creó un espacio de comunicación y confianza, abonando al potencial de formar redes de apoyo entre las participantes, desde la empatía, el diálogo y las habilidades de organización. Los lazos sociales basados en la confianza, la reciprocidad y la cooperación constituyen un elemento que disminuye la pobreza e incrementa el bienestar.³⁶ Propiciar canales de comunicación es una acción que se encamina al fortalecimiento de una cultura democrática.²⁷

Aizenberg,³⁶ en un estudio realizado con mujeres de Bolivia desde el enfoque de salud intercultural, documenta que el apoderamiento toma forma cuando los lazos comunitarios preexistentes se profundizan y el programa de salud permite usarlos como vehículo para mejorar las condiciones de vida.

Ambos puntos se relacionan con la capacidad comunitaria que, para Hernández y colaboradores,³⁷ se basa en un continuo aprendizaje enmarcado en la metodología de la acción-reflexión-acción, aspecto presente en esta experiencia.

La sistematización resulta un ejemplo claro de cómo fortalecer la capacidad comunitaria y lograr la participación para mejorar la salud.

Una limitación del estudio es que el grupo haya sido constituido únicamente por mujeres, ya que no se exploró la perspectiva de los hombres. Empero, esta composición grupal constituye en sí misma un dato sobre las características de la participación en la comunidad.

El estudio muestra confiabilidad, en tanto que existe consistencia entre los conceptos, particularidades y determinantes del binomio compromiso-participación en la investigación previa, por un lado, y lo que las personas expresaron a través de la sistematización, por el otro. Lo expuesto por otros autores también es consistente con los hallazgos del presente trabajo.

Cabe señalar la importancia de fortalecer los procesos participativos de los grupos de base para contribuir a la generación y la permanencia de espacios democratizadores y catalizadores de transformación social.

El mejoramiento de las condiciones de vida en las que se expresa la salud depende de la transformación en el ejercicio y la distribución tanto del poder como de los recursos. Para este propósito se necesita de organizaciones comunitarias que impulsen ese proceso.⁷ En esta lógica, la participación funciona como la espina dorsal de las iniciativas de salud pública y promoción de la salud.^{4, 11, 12, 24, 37, 38}

La participación dejará de ser un concepto demagógico en la medida en que se logren visibilizar los fenómenos que disminuyen la capacidad de los grupos y que amenazan el cumplimiento de sus objetivos; en ese sentido es preciso poner énfasis en aspectos estruc-

turales como la economía y el género, que exponen a quienes participan en tareas comunitarias a situaciones de fatiga o sobreexigencia. Por ello, es necesario reconocer aquellos aspectos que amplían la participación con fundamentos democráticos y de derechos humanos, al igual que propiciar espacios de reflexión crítica y creativa a través de enfoques y herramientas como la CMD y la sistematización, respectivamente.

Agradecimientos

Al Grupo de Trabajo Comunitario de Xoxocotla, Morelos, México. Al equipo de trabajo del proyecto MASS-P. Este proyecto pudo realizarse gracias al apoyo de Fondos Mixtos Conacyt-Morelos-MOR-2009-CO2-120654.

Declaración de conflicto de intereses. Las autoras declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Bronfman M, Gleizer M. Community participation: need, excuse, or strategy? What are we talking about when we refer to community participation? *Cad Saude Publica*. 1994;10(1):111-22. <https://doi.org/10.1590/S0102.311X1994000100012>
2. Nimegeer A, Farmer J, Muñoz SA, Currie M. Community participation for rural healthcare design: description and critique of a method. *Health Soc Care Community*. 2016;24(2):175-83. <https://doi.org/10.1111/hsc.12196>
3. George A, Mehra V, Scott K, Sriram V. Community participation in health systems research: a systematic review assessing the state of research, the nature of interventions involved and the features of engagement with communities. *PLoS One*. 2015;10(10):1-25. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141091>
4. Marston C, Hinton R, Kean S, Baral S, Ahuja A, Costello A, et al. Community participation for transformative action on women's, children's and adolescents' health. *Bull World Health Organ*. 2016;94(5):376-82. <https://doi.org/10.2471/BLT.15.168492>
5. Montero M. Introducción a la psicología comunitaria: desarrollo, conceptos y procesos. Buenos Aires: Editorial Paidós, 2004.
6. Vázquez ML, Siqueira E, Kruze I, Da Silva A, Leite IC. Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. *Gac Sanit*. 2002;16(1):30-8. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(02\)71630-0](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(02)71630-0)
7. Giraldo A. Promoción de la salud en la globalidad. *Rev Fac Nac Salud Publica*. 2012;30(2):193-201.
8. Congreso de los Estados Unidos Mexicanos. Ley General de Salud. México: Diario Oficial de la Federación, noviembre 28, 2016.
9. Roux GI. Participación y cogestión de la salud. *Educ Med Salud*. 1993;27(1):50-60.
10. Goodman RM, Speers MA, McLeroy K, Fawcett S, Kegler M, Parker E, et al. Identifying and defining the dimensions of community capacity to provide a basis for measurement. *Health Educ Behav*. 1998;25(3):258-78. <https://doi.org/10.1177/109019819802500303>
11. Foster P, Pierce S, Van Egeren L. Who participates and why: building a process model of citizen participation. *Health Educ Behav*. 2009;36(3):550-69. <https://doi.org/10.1177/1090198108317408>
12. Barreto-Zorza Y, Velásquez-Gutiérrez V. Centro de desarrollo humano comunitario: programa para familias afrocolombianas desde la investigación acción participativa. *Rev Salud Publica*. 2016;18(5):768-81. <https://doi.org/10.15446/rsap.v18n5.43160>

13. Consejo de los Pueblos de Morelos. Manifiesto de los pueblos de Morelos. [documento en internet]. México: Centro de Investigaciones Biológicas de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, 2007 [citado dic 10, 2016]. Disponible en: https://www.ecoport.net/temas-especiales/desarrollo-sustentable/manifiesto_de_los_pueblos_de_morelos/
14. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Localidades indígenas 2010 [base de datos en internet]. México: Unidad de Planeación y Consulta de la CDI, 2015 [citado dic 10, 2016]. Disponible en: <http://www.cdi.gob.mx/localidades2010-gobmx/index.html>
15. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de población y vivienda 2010. Principales resultados por localidad (ITER) [base de datos en internet]. México: INEGI [citado dic 10, 2016]. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/sistemas/consulta_resultados/iter2010.aspx
16. Villanueva M, Campos M, Cosío I, Rosales S, Cervantes B, Luis S. Michme. Plan estratégico en salud PES [monografía en internet] México: 2016 [citado dic 10, 2016]. Disponible en: https://figshare.com/articles/Michme_PES_28jun2014_pdf/4289897
17. López L. Compromiso y participación social en un grupo de trabajo comunitario de Xoxocotla, Morelos (tesis). Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2014.
18. Jara O. Para sistematizar experiencias: una propuesta teórica y práctica. San José: Alforja, 1994.
19. Minkler M, Wallerstein N. Introduction to community-based participatory research. En: Minkler M, Wallerstein N (eds). Community-based participatory research for health. San Francisco: Jossey-Bass, 2003.
20. Jara O. La Concepción Metodológica Dialéctica, los métodos y las técnicas participativas en la educación popular [monografía en internet]. San José: Centro de Estudios y Publicaciones Alforja, s.f. [citado dic 10, 2016]. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/100452009/La-Concepcion-Metodologica-Dialectica-los-Metodos-y-las-Tecnicas>
21. Jara O. Los desafíos de la educación popular. San José: Alforja, 1984.
22. Zúñiga R, Zúñiga M. Metodología para la sistematización participativa de experiencias sociales, una propuesta desde la educación popular. México: Editorial IMDEC, 2011.
23. Strauss AL, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia, 2002.
24. Organización Mundial de la Salud. The Yakarta Declaration on Health Promotion into the 21st Century. Ginebra: OMS, 1997.
25. Kenny A, Farmer J, Dickson-Swift V, Hyett N. Community participation for rural health: a review of challenges. *Health Expect* 2014;18(6):1906-17. <https://doi.org/10.1111/hex.12314>
26. Sanabria G. Participación social en el campo de la salud. *Rev Cubana Salud Publica*. 2004; 30(3):1-19.
27. Zuliani L, Bastidas M, Ariza G. La participación: determinante social en la construcción de políticas públicas. *Rev Fac Nac Salud Publica*. 2015;33(1):75-84.
28. Ugalde A. Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud en Latinoamérica. *Cuad Med Soc*. 1987;21:265-92.
29. García M, Lozano M, Eguiguren A. Desigualdades de género en el cuidado informal a la salud. *Inguruak*. 2007;44:291-308.
30. Macías G. Teorías de la comunicación grupal en la toma de decisiones: contexto y caracterización (tesis). Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, 2003.
31. Castilla B. Las coordenadas de la estructuración del yo: compromiso y fidelidad según Gabriel Marcel [monografía en internet]. Cuadernos de Anuario Filosófico, Serie Universitaria, 1998, núm. 12. Pamplona, España: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Navarra, 2008:27-65. Disponible en: <http://dadun.unav.edu/handle/10171/6328>
32. Briceño-León R, Ávila O. De la participación comunitaria a la participación social: un enfoque de Ecosalud. *Espacio Abierto*. 2014;23(2):191-218.
33. Rowlands J. Questioning empowerment working with women in Honduras. Ireland: Oxfam, 1997.
34. Hidalgo N. Género, empoderamiento y microfinanzas. México: Instituto Nacional de las Mujeres, 2002.
35. Montero M. Teoría y práctica de la psicología comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad. Buenos Aires: Paidós, 2006.
36. Aizenberg L. Facilitating indigenous women's community participation in healthcare: A critical review from the social capital theory. *Health Sociol Rev*. 2014;23(2):91-101. <https://doi.org/10.1080/14461242.2014.11081964>
37. Hernández D, Delgado I, Pérez C, Hoyos A, Gutiérrez D, Gamba M. Modificación de comportamientos en la salud mediante la construcción de capacidades y la participación social. *Rev Cubana Salud Publica*. 2014;40(2):258-67.
38. The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030). Nueva York: Every Woman Every Child, 2015.