

Participación en salud: entre el individualismo capitalista y los espacios comunitarios

Karen Lucero Quintero Magaña*

RESUMEN

Este ensayo es un ejercicio de análisis sobre el fundamento ideológico que formalizó y promovió la participación comunitaria en el ámbito de la salud en el marco del modelo económico capitalista. Este escrito propone una reflexión sobre la manera en la cual dicho sistema viene debilitando el tejido social de las comunidades a través de dinámicas sociales que promueven el individualismo y valores contrarios a la solidaridad y la cooperación necesarias para contrarrestar las inequidades en materia de salud.

PALABRAS CLAVE: Participación comunitaria, salud pública, capitalismo, individualismo, economía, movimientos sociales..

Participation in health: between capitalist individualism and community spaces.

ABSTRACT

This essay is an exercise analysis about the ideological fundamentals that formalized and promoted community participation in the health sector within the capitalist economic model. This paper proposes a reflexion about how the mentioned model is weakening the social tissue of communities through social dynamics that enhance individualism and values that contradict the solidarity and cooperation needed to contrarest health inequalities.

KEYWORDS: Community engagement, public health, capitalism, individualism, economy, social movements.

* Maestra en Salud Pública con área de concentración en Ciencias Sociales y del Comportamiento del Instituto Nacional de Salud Pública/Escuela de Salud Pública de México. Correo electrónico de contacto: karen.quintero@protonmail.com

Fecha de recepción: 19 de enero de 2023.

Fecha de aceptación: 04 de septiembre de 2023.

Introducción

Desde mediados del siglo XX, la participación en salud tomó una gran centralidad en las políticas públicas que proponían mejorar las condiciones de salud de las personas, especialmente en los países de ingresos bajos, rezagados en materia de desarrollo de acuerdo a indicadores como la mortalidad general, infantil y preescolar, la desnutrición y la menor esperanza de vida. No obstante, este auge en la convocatoria para que las comunidades participen en la arena sanitaria ha tomado múltiples formas que han impregnado de ambigüedad el uso del término mismo y no se limitan al sector salud, sino que se trata de una estrategia utilizada en otros sectores de interés para el desarrollo propuesto por el capitalismo y sus principales dirigentes, pero que ha carecido de consenso en su implementación. (Menéndez, 2006)

Decir que hubo participación en el ámbito de la salud se ha empleado para describir una serie heterogénea de esfuerzos por involucrar a las y los miembros de la comunidad en los asuntos que conciernen su salud desde una postura acrítica de las formas organizativas ya existentes y de los esfuerzos empleados históricamente para la protección de la salud de manera local. Es decir, se navega en lo que Menéndez señala como una especie de “vacío histórico”; donde no se reconocen las experiencias previas, y por tanto se ignoran las trayectorias y resultados de dichas experiencias, lo cual en consecuencia imposibilita aprender de lo que funcionó, de las barreras y facilitadores identificados, desaprovechando aprendizajes necesarios para procesos vigentes y futuros. Paradójicamente sí se ha identificado una serie de “factores culturales” catalogados como “negativos” para la participación que se ha querido implementar en diversos contextos desde una postura hegemónica por parte de agencias internacionales y del propio

Estado, lo cual ha llevado a resultados contraproducentes para el tejido social de las comunidades, pero sin el prometedor efecto en las condiciones de salud abordadas. (Menéndez, 2006)

Este ensayo tiene como objetivo analizar la participación en salud desde sus antecedentes históricos más relevantes y los fundamentos ideológicos que le dieron auge en la política pública en salud y argumentar sobre el desafío que implican para la participación en salud las dinámicas sociales fomentadas por el capitalismo. El ensayo en primer lugar parte del problema de la dispersión semántica del término participación, se cita una primera distinción entre participación comunitaria (PC) y participación social (PS) y se señalan algunas de las principales críticas a la participación en salud implementada en la segunda mitad del siglo XX. Posteriormente, y como punto de discusión central de este ensayo, se argumenta sobre la raíz ideológica sobre la cual se ha enmarcado la participación en salud en la política pública; que es el sistema económico capitalista, modelo que ha prevalecido y ha sido impuesto. Mismo que paralelamente ha acompañado y fomentado el advenimiento de dinámicas sociales crecientemente individualistas, basadas en la competitividad y el consumo, y que actualmente se reflejan en tejidos sociales más débiles, devastación medioambiental y crisis sanitarias nuevas y antiguas con efectos devastadores.

Este ensayo invita a reflexionar sobre el efecto que el modelo económico capitalista ha tenido en el auge de la participación en salud, a la vez que paradójicamente fragmenta el tejido social fomentando el individualismo en el mundo globalizado. Por lo tanto, resulta imprescindible repensar en los espacios comunitarios en resistencia y en las formas de participación efectiva que debemos promover no sólo en el sector salud sino

de manera transversal en la política pública, desde abajo para contrarrestar los efectos de la devastación ecológica y social, fortalecer la agencia civil y transformar los paradigmas que enmarcan el fenómeno salud-enfermedad-atención.

Somero panorama histórico de la participación en salud

De acuerdo con Blandón-Lotero y Jaramillo-Mejía (2018), los diferentes significados y usos que se le han atribuido a la participación en salud promovida desde el Estado y los organismos internacionales pueden ser analizados entendiendo la influencia de cuatro movimientos sociopolíticos clave de la segunda mitad del siglo XX: la Guerra Fría, la crisis de las ideologías capitalistas y socialistas, el contexto de los programas de ajuste estructural y la consolidación de las democracias modernas mayoritariamente neoliberales. A esta lista vale agregar el acelerado y más reciente auge de las tecnologías digitales que han moldeado las dinámicas sociales a nivel global.

El creciente reconocimiento de la participación en salud se ha reforzado por el discurso de desarrollo y modernidad tan característico del siglo XX, que entre más se consolida, más difícil se vuelve entender a qué se refiere realmente cuando se habla de participación y desarrollo, y consecuentemente llevarlos a la práctica y evaluar sus efectos entre las comunidades y sujetos involucrados (Fassin, 2006). Para profundizar en el análisis de la participación en salud es necesario mirar en sus orígenes a los actores. Eminentemente, agencias internacionales como el Banco Mundial (BM), respaldado por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) se interesaron en su utilización con una agenda bien clara en el marco de la legitimación del modelo económico capitalista, que

no ha estado aislado ni lejano del apoderamiento de la expresión “participar” en otros sectores del desarrollo como el agrícola, el económico y el social. Bajo el criterio de los economistas de la época, para lograr la industrialización, considerada sinónimo de desarrollo, era preciso incorporar grandes multitudes de campesinos a la sociedad de consumo. Para alcanzar este objetivo, y con mayor interés el de legitimar el capitalismo en el contexto de la Guerra Fría, se tomó como estrategia medular convocar a la participación de las comunidades para la solución de sus propias necesidades (Ugalde, 1987).

Para terminar de enmarcar este panorama histórico de la participación en salud, es necesario observar la manera en que las primeras dos décadas del siglo XXI se han caracterizado por turbulencias en la arena política y vertiginosos cambios en el ámbito social. El acelerado desarrollo económico y tecnológico han tenido sin lugar a dudas un papel central en este cambio de época, con el advenimiento globalizado del internet, la telefonía móvil y las redes digitales de socialización, por mencionar algunos ejemplos notables; pero es innegable notar que dicho desarrollo ha sido desigual y ha dejado brechas a su paso. En el campo de la salud pública y desde su formalización en el sector salud a partir de la declaración de Alma Ata en los años setenta, la participación en salud se ha enfrentado a múltiples retos: el utilitarismo por parte de agencias internacionales, la ambigüedad de su significado y la discontinuidad de los programas; que en conjunto han conducido a resultados no siempre favorables para las comunidades e individuos. Actualmente a esta lista de dificultades se agrega el reto de las dinámicas sociales afectadas por los valores promovidos por el capitalismo, que acentúan la exclusión social y fragmentan el tejido comunitario (Ugalde, 1987; Subirats, 2010).

Definición de participación comunitaria y social y fundamentos ideológicos.

La participación en términos simples comprende la repartición del poder sobre la toma de decisiones entre quienes resultan afectados por dichas decisiones (Brownlea, 1987). La PC en salud puede definirse como el proceso en el cual miembros de una comunidad se involucran, de manera individual o colectiva (Zakus y Lysack, 1998), y con diferentes grados de compromiso en:

- a. asumir mayor responsabilidad para evaluar necesidades y problemas en salud,
- b. planear y actuar para implementar soluciones,
- c. crear y mantener organizaciones para apoyar estos esfuerzos y
- d. evaluar los resultados e implementar los ajustes necesarios (Zakus y Lysack, 1998: 2).

Si bien, esta definición resulta exhaustiva del ideal de la PC en salud, es un reflejo contrastante con los antecedentes históricos que se tienen de cómo se ha llevado a cabo desde las agencias internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), pese a haberla colocado en el centro de los esfuerzos para mejorar los indicadores de bienestar y desarrollo. Como señala Hersch, existe una brecha entre la convocatoria de PC y su puesta en marcha en el área de la salud, posiblemente atribuible a una gama demasiado amplia de concepciones sobre lo que significa participación (Hersch, 1992).

Para la definición de PS, más que proponer un concepto estricto Menéndez (2006) sostiene un análisis histórico y sociológico a partir de la emergencia de movimientos sociales desde grupos

subalternos que cobraron gran protagonismo en los años setentas y ochentas del siglo pasado. Este tipo de acciones participativas se caracterizan por criticar fuertemente el sistema económico capitalista, modelo que favorece el desarrollo de una sociedad individualista, competitiva, consumista y apática que permite que los intereses privados se prioricen sobre las necesidades públicas. Más aún, Menéndez señala que la PS se distingue por detractor una participación vertical, burocrática y organizada por sistemas económicos socialistas que no permiten la injerencia de la población en la selección de sus representantes, y que, en última instancia, tal como hace el modelo capitalista, anula la participación autónoma de los diferentes grupos sociales que le constituyen. Concreta que PS “supone cuestionar lo dado, oponerse a lo institucionalizado, a la dominación y/o a la cooptación. Conlleva un ejercicio constante de democratización y de ciudadanía. Que además puede posibilitar la transformación del propio sujeto al no convertirlo en actor que reduce su papel a la reproducción de la estructura, sino que contribuye a producirla y a cambiarla.” (Menéndez, 2006: 61-62) Podemos entonces distinguir el nivel político subversivo que adquiere la PS en contraste con lo comúnmente descrito como PC. Para fines de este ensayo y con el propósito de no caer en una dispersión semántica, en adelante se referirá indistintamente a ambos grupos de acciones como participación o participación en salud.

Desde su incursión en el sector salud a partir de la conferencia de Alma Ata (1978) como un término formal respaldado por la OMS y distintos organismos internacionales del mismo nivel, la participación en salud ha estado en el centro de muchos intentos por mejorar la salud de comunidades y fortalecer la Atención Primaria en Salud, hasta llegar a formar parte recurrente en la política pública en salud desde la segunda mitad del

siglo XX (Zakus y Lysack, 1998; Ugalde, 1987). En Latinoamérica, a partir de los años setenta casi todos los países desde sus ministerios de salud emprendieron una gama de elaborados programas de participación en salud muy semejantes en estructura y contenido a los proyectos de desarrollo agrícola y de suburbios urbanos de clase baja implementados en los años cincuenta y sesenta. Otro punto en común en esta serie de eventos son el grupo de agencias detrás del diseño y financiamiento: Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/ OMS), Asociación Internacional para el Desarrollo (AID), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), Rockefeller Foundation, entre otras igual de notables (Ugalde, 1987).

Fassin (2006) señala que, contrario a lo expuesto en publicaciones de 1975 de las Naciones Unidas, la PC no es una invención reciente ni novedosa, ya que se ha venido documentando desde la época colonial tanto en el discurso como en la práctica. Por parte de la administración colonial francesa, así como desde el imperio británico tras la primera y segunda guerra mundial, se vienen circunscribiendo esfuerzos por “rehabilitar” el medio rural y promover el “desarrollo comunitario” eminentemente concebidos en un posicionamiento de explotación y de relaciones de dominación heredadas por el colonialismo e imperialismo (Fassin, 2006).

La presunción de emplear la participación bajo la observancia de organismos internacionales, predominantemente de procedencia norteamericana, desde un enfoque utilitarista y asistencialista, en miras del desarrollo del sector salud, como antes también lo han intentado en el sector rural y edu-

cativo, ha conducido a la distorsión e instrumentalización de su significado (Menéndez, 2006). Este hecho no es mera casualidad, sino que deviene de su incorporación acrítica en las ciencias de la salud como panacea para mejorar la salud de las comunidades empobrecidas y marginadas en contextos sociales y políticos claves para su fracaso (Blandón y Jaramillo-Mejía, 2018).

Menéndez (2006) argumenta que utilizar la participación surgió de una tendencia teórica e ideológica que buscaba legitimar el capitalismo como modelo para fomentar el desarrollo de sociedades individualistas, consumistas, competitivas, pasivas, receptivas y apáticas, de modo tal que los intereses privados prevalezcan por encima de los públicos. Dado que industrializar la región de las Américas implicaba una inversión que rebasaba lo dispuesto para este fin por la élite dominante, en términos generales se buscó que las propias personas se encargaran de la solución de sus problemas de rezago y falta de infraestructura, por medio de estrategias de autoayuda en los espacios rurales, abogando por la organización comunitaria. Las agencias internacionales jugaron un papel de guía y presión para los gobiernos y fuerzas políticas en el poder, financiando programas con este esquema o articulando grupos de expertos que los pusieran en marcha (Ugalde, 1987).

Los programas respaldados por agencias internacionales mayoritariamente pasaron por alto la complejidad y las consecuencias detrás de promover el bienestar con la participación en el centro de esos esfuerzos, primero para el desarrollo rural y tras el fracaso en este sector, luego en el campo de la salud pública y la promoción de la salud. Las agencias internacionales reprodujeron los programas de autoayuda como medida para reducir costos por medio de trabajo no retribuido,

ejercicio facilitado por una guía publicada por la ONU en 1964 para proyectos de auto-construcción de viviendas, misma que hizo eco en la Operación Sitio de Santiago y en la reunión de Medellín. Los países de ingresos bajos en gran parte de Latinoamérica respaldaron este tipo de proyectos, sin cuestionar la dimensión de la equidad entre las urbes que construían viviendas con ayuda del gobierno para la clase rica en contraste con los pobres que debían construir sus propias viviendas en las zonas rurales. Estos eventos guardan estrechas similitudes con los programas de atención primaria a la salud y medicina simplificada que surgieron posteriormente (Ugalde, 1987).

Dichos programas se impusieron como esfuerzos que no tomaron en cuenta experiencias previas, actividades y formas de organización ya existentes, de manera que ignoraron los factores que podrían facilitar o limitar la participación en una población dada (Menéndez, 2006). Ugalde (1987) documenta cómo organizaciones nativas fueron destruidas y reemplazadas por formas de participación que fomentaban el autoritarismo, la centralización y las desigualdades, las cuales fueron forzadas por expertos y agentes gubernamentales en las comunidades. De acuerdo con lo anterior, el autor cita el ejemplo de los comités de salud de Panamá en 1969, en los cuales todos los miembros de la comunidad podían ser integrantes del comité y participar en asambleas para definir prioridades y soluciones a problemáticas, sin embargo, fracasó dado que los administradores sanitarios no podían atender a las demandas de los comités, que al principio fueron entusiasmados y posteriormente decayeron hasta que menos del 20% de la población que participaba en ellos permanecían activos después de 5 años (Ugalde, 1987).

El análisis realizado por Zakus y Lysack (1998) señala una carencia de rigurosidad a la hora de definir lo que significa participar durante la implementación de programas en salud llevados a cabo desde las décadas de los 70' hasta los 90'. Los programas que abogaron por la participación de las comunidades en materia de salud con frecuencia cometieron el error de asumir que el mero involucramiento de las comunidades, por mínimo que fuera, podría garantizar el éxito de sus esfuerzos y no contemplaron la capacidad técnica de quienes los ejecutaban ni las características propias y distintivas de los grupos y subgrupos miembros de las comunidades intervenidas. En términos generales, el desarrollo de este tipo de proyectos de corte “participativo” no anticipó la complejidad de las relaciones sociales y comunitarias. La ambigüedad con que se han empleado los términos “participación comunitaria/popular/social/ciudadana” ha resultado por tanto clave en el fracaso y discontinuidad de la mayoría de dichos programas (Zakus y Lysack, 1998).

Un creciente reto para la participación en salud: el individualismo y los valores del capitalismo.

La palabra comunidad, como señalan Zakus y Lysack (1998), si bien está cargada de una asunción positiva, ha sido delimitada entre el compartir el territorio y la pertenencia por intereses comunes e identidades afines, lo cual no siempre tiende a ser de beneficio para la implementación de un programa que involucra la participación. La ambigüedad del término comunidad se vuelve contraproducente para la organización y la sostenibilidad en el tiempo de esfuerzos participativos, sobre todo si se limita a pensar en el cohabitar de un determinado territorio como criterio suficiente de comunidad, considerando el creciente aislamien-

to de las personas y de sus pares (Zakus y Lysack, 1998). Menéndez (2006: 59) hace una importante referencia al pensamiento propuesto por Foucault que expresa que “el saber/poder institucional no sólo limita la participación social, sino que convierte a la participación social supuestamente autónoma en un agente de reproducción del sistema dominante.” Dicho de otro modo, la tan mentada participación puede llegar a convertirse en el propio yugo de la democracia y la ciudadanía, dado que tiende a utilizar los mismos mecanismos y procesos que critica del modelo capitalista y sus instituciones, a fin de asegurar su propia reproducción.

Esto ha sido documentado, por ejemplo, a través de lo sucedido en el Partido de los Trabajadores, en Brasil, que nace de la unión de diversos movimientos sociales subversivos que al ser absorbidos en uno sólo para alcanzar mayor poder y canales de participación, algunas de sus causas particulares y originales quedan fuera en el camino según lo va considerando el partido que prioriza su propia supervivencia en la arena política, haciendo lo necesario para sostenerse y financiarse. (Freie Universität Berlin, s.f.) Otro ejemplo que ilustra esta tendencia a reproducir los mecanismos del sistema dominantes es la frecuente competitividad entre Organizaciones No Gubernamentales que mayoritariamente están determinadas a competir por recursos necesarios para su funcionamiento y operaciones, lo que lleva a que contrario a la línea de resistencia social en que suelen germinar, pueden extender concepciones sociales hegemónicas (Freie Universität Berlin, s.f.).

El sistema económico capitalista que impera en el mundo ha moldeado la manera en la que se legitimó la participación en salud, pero así también lo ha hecho en la manera en la que las personas

interactúan y se organizan, con tendencias hacia la separación y distanciamiento de los rituales, los cuales han sido de gran relevancia en las comunidades como parte de su identidad colectiva (Menéndez, 2006). Según Portilla et. al. (2014), la carencia de ceremonias que vinculen entre sí a las personas más allá de sí mismas es una característica básica de la sociedad capitalista que se describe en los años sesenta. En la época actual, es visible una creciente invalidez de las formas tradicionales de integración social, como la religión, que gradualmente van siendo reemplazadas por las formas de validación y construcción de identidad que ofrece el modelo capitalista de consumo, que son más individuales y menos colectivas, como la pertenencia a un equipo deportivo, formas de vestir, de cortarse el pelo o del uso del lenguaje (Portilla et. al., 2014).

Desde la mera concepción de la participación como estrategia de desarrollo para las comunidades rurales y urbanas pobres; los valores tradicionales del campesinado, sus ritos, fiestas y ofrendas fueron descritos tajantemente como obstáculos para el cumplimiento de los proyectos de industrialización (Ugalde, 1987). En consecuencia, resultó necesario sustituir estos valores por un conjunto más apropiado para el triunfo de la sociedad de consumo que el capitalismo precisa para prevalecer, y que al momento se ha consolidado con creces.

Es posible observar que esta creciente tendencia hacia sociedades basadas en el consumo y el individuo, promueven una sobre-estimulación de los sentidos, que, a su vez, produce personas más nerviosas, indiferentes y distantes del entorno social, por lo que consecuentemente, se vive un cambio de valores fomentado por las dinámicas sociales capitalistas, en el que la cultura del número y lo cuantificable deja de lado la solidari-

dad, la convivencia y la comunicación con los otros. Esto señala la manera en la que el sistema de valores moderno nos aleja de requisitos básicos en la construcción de comunidad (Portilla et. al., 2014).

Lo expuesto anteriormente representa un reto agregado a uno de los cinco supuestos que argumenta Rifkin (2012), el cual dice: “las personas quieren participar en la toma de decisiones sobre el cuidado de su propia salud” (Rifkin, 2012: 6). Aunque las personas deseen participar en los asuntos que conciernen su salud, el distanciamiento entre las personas vuelve más difícil enfrentarse al modelo médico hegemónico que coloca a individuos con mayor poder, en este caso los profesionales de la salud, jerárquicamente por encima de individuos con menos poder (Menéndez, 1988). El creciente debilitamiento del tejido social aunado a las dinámicas de poder desiguales que promueve el modelo médico hegemónico y el sistema económico capitalista limitan sinérgicamente la PS efectiva.

Para engrosar la lista de dificultades a las que se enfrenta la participación en salud, podemos analizar los mecanismos de los cuales se ha servido el sistema económico capitalista para mantener una participación limitada y controlada, promoviendo la desintegración y creciente marginación de los grupos subalternos. Cabe añadir que dichos movimientos participativos emancipadores prosperan en buena medida gracias a la presencia de valores que podrían considerarse como anticapitalistas, hablamos de solidaridad, confianza y reciprocidad (Hersch, 1992).

El término individualismo entraña un carácter dicotómico, visto como fenómeno que aísla y obstaculiza el desarrollo de la democracia y los derechos humanos; pero también como un valor que

genera autonomía y libertad en la persona. Esta ambivalencia no necesariamente entraña un lado bueno y uno malo del individualismo, sino aspectos de un mismo fenómeno social en el cual la libertad representa el primer derecho fundamental, pero que gracias al sistema de valores promovido por el sistema económico capitalista tiene el potencial de volver a los individuos insensibles a la exclusión e injusticia social. En otras palabras, esto nos aleja de la posibilidad de formar parte de comunidades de corte anticapitalista que no estén basadas en la producción y reproducción dictadas por el mercado (Portilla et. al., 2014; Federici, 2020). Esto puede repercutir en la posibilidad de pensar en los movimientos sociales que provienen de las clases sociales excluidas y marginadas con poco potencial para generar su propia emancipación, y que resulte más fácil la imposición de perspectivas que consideran las desigualdades como algo inherente a las sociedades modernas, perpetuando así la exclusión social y el distanciamiento de los miembros de una comunidad (Subirats, 2010). Para mejorar la salud de las poblaciones, objetivo central de la salud pública, es crucial atender las desigualdades sociales y abordar los determinantes estructurales que las sostienen.

Para continuar con el análisis del creciente individualismo en la sociedad actual, Quintana señala la manera en que el culto a la imagen corporal, la ostentación, lo rápido y lo desechable, focalizan la contemplación y el interés en lo externo, el placer, la satisfacción de los deseos individuales inmediatos y las elecciones privadas. Más aún, las nuevas modalidades de encuentro virtual facilitadas por el crecimiento exponencial de redes de comunicación como Facebook, Twitter, Instagram y otras, nos separan de la interacción cara a cara. Al volverse cada vez más infrecuente el encuentro físico, se ha perdido la calidez de las relaciones, volviéndose impersonales y faltas de

trascendencia para quienes participan de ellas. (Quintana, s.f.)

Efectos de los cercos económicos capitalistas en espacios comunitarios

Federici (2020) da cuenta de la serie de cercos económicos ocurridos en el Sur Global para afianzar la explotación y extracción que el sistema económico capitalista requiere para continuar operando. La economía de la deuda ya ha puesto en aprietos a grandes grupos y subgrupos de la sociedad en Estados Unidos y Europa, tanto a estudiantes que solicitan préstamos universitarios para costear sus estudios, a grandes sectores de la población asalariada que busca adquirir vivienda a través de préstamos hipotecarios que les perpetúan a una vida en deuda con el sistema bancario, el mismo que participa en los programas de desarrollo rural y sanitario. Un ejemplo que vale resaltar por el impacto en la salud social y mental de las mujeres que han sido afectadas por estas medidas de cooptación son los microcréditos que han proliferado desde Bangladesh hasta los andes bolivianos, pasando por los países más pobres del mundo en África (Federici, 2020).

Para el caso de las mujeres que han tenido que lidiar con los estragos causados por el desempleo de sus pares masculinos consecuente a los programas de ajuste estructural impuestos en sus países bajo la supervisión de agencias internacionales como el Banco Mundial; el modelo de microfinanciamiento lanzado en 1970 por el fundador del Banco Grameen en Bangladesh y extendido al continente africano y americano en las décadas siguientes, se ha apropiado de las estrategias creadas por las propias mujeres para dar respuesta a la crisis económica (como los intercambios entre otras mujeres empobrecidas y desempleadas ba-

sados en la confianza y la solidaridad) por medio de inscribirlas en préstamos de incluso pequeñas cantidades pero que las incorpora en la economía formal y las obliga a pagar cuotas semanales como documentan diferentes estudios. Las estrategias para asegurar la devolución del préstamo son claras y deliberadas, se presta a mujeres y a grupos de mujeres porque son más responsables en sus transacciones y porque el propio grupo funciona como sistema de cobro, se insta a que las demás mujeres intervengan si alguien falta a su cuota. Este sistema es eficaz porque se ha asegurado que sea implementado en zonas rurales donde los códigos de conducta están vinculados a tácticas de supervivencia, donde el honor de las mujeres es importante para el estatus de la familia en la comunidad. Las consecuencias más graves de los sistemas de cobro van desde la humillación pública por medio de carteles, fotografías, marcaje de las viviendas de las morosas, hasta sanciones públicas como “latigazos, verter breca sobre el cuerpo, afeitar la cabeza de las mujeres o escupir a la persona endeudada cuando le ven pasar.” (Federici, 2020: 115) La deuda de ser en principio pequeña se vuelve progresivamente mayor debido a los elevados tipos de interés, lo cual, contrario a sacarles de la pobreza, les perpetúa en un ciclo sin fin. El terror a las represalias llega a ser tal que incurren en suicidios tanto en mujeres como en hombres que, en conjunto con sus esposas, firman una deuda impagable (Federici, 2020).

No podemos separar el quehacer de la salud pública de otras esferas sociales y económicas, pues el modelo económico imperante afecta transversalmente todos los sectores de producción y reproducción con consecuencias a nivel planetario. El análisis sobre la economía de la crisis guarda estrechos vínculos con el debate llevado hasta ahora sobre la participación en salud y la recrea-

ción de lo que Federici (2020) aborda como “los comunes”, argumentando que para hacer frente a los estragos producidos por el capitalismo neoliberal es preciso repensar la forma en que producimos y reproducimos en comunidad, desde abajo, desde los comunes (Federici, 2020).

La creciente desposesión masiva de la tierra comunal nos acerca peligrosamente a la fase del capitalismo descrita por Marx: «Una parte de la sociedad le reclama aquí a la otra un tributo a cambio del derecho de habitar la tierra, así como en general la propiedad de la tierra implica el derecho de los propietarios a explotar el cuerpo del planeta, sus entrañas, el aire, y con ello la conservación y desarrollo de la vida» (Marx, trad. 2009: 984) La explotación laboral fuerza al trabajador del Sur Global a emigrar, que se convierte en el itinerante y el refugiado, uno de los cuerpos más violentados en todo el mundo. La crisis sanitaria para la clase obrera migrante es tal que su esperanza de vida está disminuyendo incluso en países bien posicionados en la economía mundial como Alemania y Estados Unidos (Federici, 2020).

Canto Chac (2008), señala acertadamente que el tipo de participación que se pueda encontrar en una sociedad depende del contexto político de la misma; el autor argumenta que la situación política y de relaciones de poder es la que determina el alcance de la participación en un país. Esto cobra relevancia en la arena política y democrática, dado que entre más distanciamiento se genera entre los individuos en el espacio virtual, aumenta también la polarización de las ideas y las opiniones. Si trasladamos este argumento al debate sobre el ejercicio de la democracia, cabe notar la diferencia entre democracia representativa y democracia participativa; mientras que la primera se limita al ejercicio electoral y procura

mantener distancia entre “los representados” y “los representantes”, la segunda tiene que ver con mecanismos de diálogo donde la diversidad se ve efectivamente representada y escuchada.

La reflexión de Canto Chac (2008) ofrece una importante contribución para contrarrestar los efectos negativos del modelo de distribución de poder imperante: el reconocimiento de la ciudadanía y de los individuos como sujetos de derecho. Personas más conscientes de su condición como portadoras de derechos pueden no sólo fomentar la esencia más benéfica del individualismo señalado hasta este punto; sino también promover el reconocimiento de los derechos de otras y otros, en lo que podría concebirse como una identidad basada en el derecho y la justicia, y no en la lucha del más fuerte. El modelo capitalista se sirve de individuos receptivos-pasivos que, al estar crecientemente distanciados de los otros, no busquen ni se interesen por el bien colectivo. La participación activa-subversiva de quienes se saben sujetos de derecho y ejercen el poder de la ciudadanía para exigir desarrollo equitativo es el esquema participativo que la salud pública debe fomentar en su ejercicio de protección de la salud colectiva (Canto-Chac, 2008).

Espacios comunitarios en resistencia

Una alternativa contrahegemónica que ha surgido desde las selvas y montañas del sureste de México es la propuesta por el Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZNL), movimiento político y social rebelde que nace del hartazgo ante la negligencia del Estado Mexicano contra los pueblos originarios en resistencia durante más de 500 años. Formado desde 1983, el levantamiento del EZNL surge a la luz pública en 1994 en medio del auge de la política neoliberal promovida y de-

fendida por el gobierno mexicano, con actividad militar hasta 2006, y permaneciendo en actividad política hasta la actualidad (Rauch y Schachtel, 2020). En materia de salud, la comunidad Zapatista no separa los problemas sanitarios de las necesidades sociales y políticas, sino que se aborda la concepción de la salud como un derecho, que implica el ejercicio de la autonomía y la libertad tanto individual como colectiva, en el cual la participación del pueblo en la definición de las políticas a nivel de planeación, ejecución y evaluación es un requisito. El Sistema de Salud Autónomo Zapatista (SSAZ) se inserta en un proyecto amplio que contempla otras necesidades fundamentales tales como territorio, trabajo, educación, alimentación y vivienda; que a su vez forma parte de una lucha por transformar el mundo para que “quepan otros mundos” (Daguerre et al, 2013).

La organización del SSAZ consiste en tres niveles: Caracoles, Consejos Autónomos y Comités de Salud Locales, bajo la consigna “mandar obedeciendo” y en dirección de abajo hacia arriba, esto significa que los líderes no gobiernan sobre las personas, sino que actúan como delegados de la comunidad, con el deber de implementar las decisiones que se toman en las asambleas locales, mecanismo tradicional característico de las comunidades indígenas para la participación y toma de decisiones. El nombramiento y la representación se realiza de manera colectiva, lo que ejercita la participación activa y es parte de la cotidianidad social de los caracoles zapatistas (Daguerre et al, 2013; Rauch y Schachtel, 2020).

Sin ánimos de romantizar la resistencia zapatista, es válido rescatar las lecciones que ofrece esta alternativa política y social, el zapatismo no tiene por objetivo “tomar el poder” del Estado, sino recrear espacios de socialización sobre principios comunitarios que nos liberen de las relaciones de

poder opresivas que promueve el capitalismo. La propuesta zapatista que no es estática sino dinámica y que se concibe más bien como un proceso en transformación permanente, con sus limitaciones y barreras, promueve, a través de lo que nombran como “compartición”, la conciencia colectiva de que las agresiones sufridas por unos no son aisladas a las que experimentan otros, y que son parte de una estrategia general de despojo (Alonso y Alonso, 2021).

Los zapatistas han realizado masivas reuniones de mujeres, analistas, artistas y científicos, invitando a multiplicar el semillero de ideas y luchas anticapitalistas, con la organización como defensa contra la catástrofe que el sistema económico imperante ha generado y que continúa explotando a costa de la devastación medioambiental en busca de más ganancias, desde la transición de su forma industrial a la especulación financiera (Alonso y Alonso, 2021).

El ejercicio de participación continuo que se lleva a cabo en los territorios autónomos zapatistas consiste en asambleas comunitarias donde se eligen los problemas y propuestas de solución que han de atenderse y llevarse a cabo, también se eligen representantes como autoridades autónomas que son revocables y rotativos de manera periódica. Durante las asambleas surgen muchas propuestas por lo que se busca la vía del consenso para elegir entre todas, cuando esto no se puede alcanzar se realizan votaciones y la propuesta ganadora se adopta. “Todo el tiempo se puede opinar y se toman decisiones. (...) Todo es consultado con los pueblos.” (Alonso y Alonso, 2021: 17).

Es de resaltar que la participación de las mujeres en los territorios autónomos zapatistas se ha ido afianzando con el tiempo, aunque todavía prevalezcan dinámicas machistas y patriarcales, poco a

poco se van contrarrestando con la elección mujeres en puestos de responsabilidad, en los que destacan como promotoras de salud. El papel de las mujeres ha sido determinante para la construcción de la autonomía y la resistencia zapatista (Rauch y Schachtel, 2020).

Conclusiones

Ante el panorama expuesto, es imprescindible retomar la discusión sobre los significados de la participación dentro de la práctica de la salud pública y las esferas políticas y económicas. La distribución del poder como punto de análisis no debe obviarse y tampoco se deben tomar a la ligera los vertiginosos cambios que han surgido en la dinámica social a partir del desarrollo científico y tecnológico, promovido por el modelo económico capitalista. Es importante realizar un ejercicio de reflexión que retome las trayectorias históricas de los procesos participativos ya convocados más allá de las diferencias en las problemáticas abordadas o de los objetivos perseguidos, tratando de encontrar las similitudes en las interrogantes planteadas y las acciones realizadas como marco referencial para próximos esfuerzos participativos.

Las políticas públicas en salud deben realizar un ejercicio de autocritica a fin de evaluar si la participación en salud se ha traducido en mejoras sustanciales de la calidad de vida de las personas,

o si, por el contrario, ha repercutido en el tejido social de las comunidades donde se ha impuesto. El paradigma ideológico que dicta dichas políticas debe ser revisado a conciencia por las y los tomadores de decisiones, así como por las y los actores sociales involucrados en atender las necesidades en salud de las poblaciones. Este análisis debe contener un entendimiento profundo de las relaciones de poder presentes en todos los espacios, el sistema de salud incluido, a fin de repensar la direccionalidad de las convocatorias de participación. El involucramiento de las personas y la reconstrucción de los espacios comunitarios es posible si y sólo si se reconocen y protegen los valores que la comunidad precisa para sobrevivir más allá de las fuerzas del mercado.

Es responsabilidad de todos y todas quienes dedicamos nuestra labor a los quehaceres de la salud pública repensar el tipo de sociedad en la cual vivimos y fomentamos procesos participativos en materia de salud. Es imperativo ser conscientes y críticos del contexto sociopolítico y económico, así como de las relaciones de poder y exclusión social que existen en cualquier espacio donde nos desenvolvemos. La discusión de este ensayo espera provocar un mayor análisis y futuras investigaciones sobre la participación en el ámbito de la salud desde un enfoque sociológico más profundo.

Referencias bibliográficas:

ALONSO, C. y ALONSO, J. (2021). *Un somero acercamiento al zapatismo*. Buenos Aires, Argentina: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales; Chiapas, México: Cooperativa Editorial Retos; Ja-

lisco, México: Cátedra Jorge Alonso: Primera edición digital, 25-27, 35-41.

BROWNLEA, A. (1987). "Participation: myths, realities and prognosis", *Social Science & Medicine*, vol. 25. Núm. 6: 605-14.

- BLANDÓN-LOTTERO, L. y JARAMILLO-MEJÍA, M. (2018). “Participación comunitaria en salud: una revisión narrativa a la producción académica desde las desigualdades sociales”, *Revista Ciencias Sociales*, Núm. 26: 91-117.
- CANTO-CHAC M. (2008). “Gobernanza y participación ciudadana en las políticas públicas frente al reto del desarrollo”, *Política y Cultura*, Núm. 30: 9-37.
- DAGUERRE, F., MARTÍNEZ, C. y ROJAS, E. (2013) “La salud detrás de una capucha rebelde que resiste. Descripción del Sistema de Salud Autónomo Zapatista y su relación con los conceptos de Medicina Social”, Buenos Aires: Cátedra de Medicina Social. 1-19.
- FASSIN, D. (2006). *Entre ideología y pragmatismo. Ambigüedades y contradicciones de la participación comunitaria en salud*. En: Menéndez E, Spinelli H (coord.) *Participación social ¿para qué?*. Buenos Aires: Lugar editorial, 165-180.
- FEDERICI, S (2020). “De la comunalización a la deuda. La financiarización, los microcréditos y la arquitectura cambiante de la acumulación de capital”. En: Federici, S. (coord.) *Reencantar el mundo. El feminismo y la política de los comunes*. Madrid: Traficantes de Sueños, 105-123.
- FREIE UNIVERSITÄT BERLIN. Participación social. https://www.lai.fu-berlin.de/es/e-learning/projekte/frauen_konzepte/projektseiten/konzeptebereich/rot_partizipacion/contexto/index.html. (Consulta 02 de Junio de 2023).
- HERSCH, P. (1992). “Participación social en salud: espacios y actores determinantes en su impulso”, *Salud Pública de México*, vol. 34, Núm. 6: 678-688.
- MARX, K. (2009). “El capital, tomo 3” En: Scaron, P. (ed.) y Mames, L. (trad.), México: Siglo XXI, 984.
- MENÉNDEZ, E. (1988). “Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria”, Buenos Aires: Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, 451-464.
- MENÉNDEZ, E. (2006). “Las múltiples trayectorias de la participación social”. En: Menéndez, E. y Spinelli, H. (coord.) *Participación social ¿para qué?*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 51-80.
- PORTILLA, M. MALDONADO, A. VILLAR, M. (2014). “El individualismo como elemento que influye en la vida y configuración de la ciudad”, *Revista Legado de Arquitectura y Diseño*, Núm. 15: 59–71.
- QUINTANA, D. Las dos caras del individualismo. <https://www.uls.edu.sv/sitioweb/images/2022/INVESTIGACION/REPOSITORIO/2018/Las%20dos%20caras%20del%20individualismo.pdf> (consulta 19 de noviembre de 2022).
- RAUCH, N. Y SCHACHTEL, E. (2020). “Zapatismo, una identidad en constante movimiento”, *Revista Electrónica de Psicología Política*, Núm. 44: 17-41.
- RIFKIN, S. (2012) Translating rhetoric to reality: a review of community participation in health policy over the last 60 years. https://www.researchgate.net/publication/280386846_Rhetoric_to_Reality_a_review_of_community_participation_and_health_policy (consulta 19 de noviembre de 2022).
- SUBIRATS, J. (2010). “Los grandes procesos de cambio y transformación social”. En: Subirats, J. (coords.) *Cambio social y cooperación en el siglo XXI*. Barcelona, España: Fundación Intervida p. 8-20.
- UGALDE, A. (1987). “Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud en Latinoamérica”, *Cuadernos Médicos Sociales*, Núm. 41: 265-292.
- ZAKUS, D. y LYSACK, C. (1998). “Revisiting community participation”, *Health Policy and Planning*, vol. 13, Núm. 1: 1-12.