

Tejido social de mujeres para la salud de la Comuna 1 Popular de Medellín

Social weaving of women for the health of the Commune 1 Popular of Medellín

Sara María CANO-BEDOYA
smaria.cano@udea.edu.co
Universidad de Antioquia
(Colombia)

Eliana MARTÍNEZ-HERRERA
eliana.martinez@udea.edu.co
Universidad de Antioquia
(Colombia)

Isabel Cristina POSADA-ZAPATA
isabel.posada@udea.edu.co
Universidad de Antioquia
(Colombia)

Resumen/Abstract

- 1. Introducción**
- 2. Metodología**
- 3. Resultados**
- 4. Discusión**
- 5. Conclusiones**
- 6. Agradecimientos**
- 7. Declaración de conflicto de intereses**
- 8. Bibliografía**

Tejido social de mujeres para la salud de la Comuna 1 Popular de Medellín

Social weaving of women for the health of the Commune 1 Popular of Medellín

Sara María CANO-BEDOYA
smaria.cano@udea.edu.co
Universidad de Antioquia
(Colombia)

Eliana MARTÍNEZ-HERRERA
eliana.martinez@udea.edu.co
Universidad de Antioquia
(Colombia)

Isabel Cristina POSADA-ZAPATA
isabel.posada@udea.edu.co
Universidad de Antioquia
(Colombia)

Citar como/cite as:

Cano-Bedoya SM, Martínez-Herrera E, Posada-Zapata IC (2022). Tejido social de mujeres para la salud de la Comuna 1 Popular de Medellín. *Iberoamerican Journal of Development Studies* 11(1):32-52.

DOI: 10.26754/ojs_ried/ijds.547

Resumen

El rol del cuidado de la mujer en la transformación territorial representa, de forma naturalizada en la comunidad, una ampliación del espacio doméstico en el ámbito de desarrollo comunitario. Para comprender esto, se llevó a cabo una investigación cualitativa en contextos de desigualdad a partir de la experiencia de ocho mujeres profesionales con edades comprendidas entre los treinta y ocho y los sesenta y dos años, madres y cabezas de familia, con responsabilidades históricas y de liderazgo en sus barrios y microterritorios de la Comuna 1 Popular. Entre los discursos registrados se desvelan intenciones, temores, errores y dificultades para ejercer la participación social en salud por las complejas tensiones institucionales y comunitarias. Aun así, las mujeres asumen la participación social en salud como una forma de vida y la salud en especial como un asunto que trasciende el sector sanitario y crea oportunidades de bienestar.

Palabras clave: mujer, salud, género, cuidado, empoderamiento, cambio social.

Abstract

The role of women's care in the territorial transformation represents, in a natural manner in the community, an extension of the domestic space in the community development field. To understand this, a qualitative research was carried out in contexts of inequality based on the experience of eight professional women, thirty-eight and sixty-two years old, mothers and heads of household, with historical and leadership responsibilities in their neighborhoods and microterritories of the Popular Commune 1. Among the discourses recorded, intentions, fears, errors, and difficulties in exercising social participation in health are revealed by the complex institutional and community tensions. Even so, women assume social participation in health as a way of life, and health, particularly as an issue that transcends the health sector and creates opportunities for well-being.

Keywords: women, health, gender, care, empowerment, social change.

1 Introducción

La participación es comúnmente definida como el vínculo que existe entre la sociedad y el Estado; representa la base del Estado moderno, en donde se ejerce el poder democrático, al integrar la participación del pueblo en la toma de decisiones (Cisneros-Ramírez 2014). Particularmente en salud, fue en 1978, con la Declaración de Almá-Atá, donde se reconoció la importancia de la participación como base de la Promoción de la Salud para que las comunidades aportaran, tanto en el desarrollo y control de la atención primaria en salud como en el proceso de planificación y fortalecimiento de la autonomía de los pueblos en el mejoramiento de su salud (Organización Panamericana de la Salud 1978).

De acuerdo con estudios realizados, la participación social en salud (PSS) tiene múltiples beneficios, que se traducen en mejores resultados en salud; contribuye a una mayor emancipación social, que permite la construcción de una ciudadanía activa que moviliza a los miembros de la comunidad para participar (Restrepo-Vélez y Vega-Romero 2009, De Vos *et al.* 2009); además, constituye un componente esencial en la gestión del cuidado de la salud, ya que permite el control en la planificación y la priorización de necesidades, así como la toma de decisiones más acertadas en salud (Sanabria-Ramos 2004, Pineda-Granados 2014).

En América Latina, la importancia de la PSS ha sido ampliamente reconocida y se ha implementado a través de distintos enfoques, propósitos y metodologías, que han involucrado a las comunidades en los programas de promoción de la salud y en la gestión de los servicios de salud. Un ejemplo fue en 1989, con el inicio de un sistema de Presupuesto Participativo en Brasil, donde el papel de la participación de sus ciudadanos en la toma de decisiones fue fundamental (Pineda-Granados 2014) para remediar las precarias situaciones que se consideraban prioritarias en aquellas zonas más desfavorecidas, como la falta de alcantarillado, el alumbrado público, la educación y la salud (Rendón-Corona 2004).

Por su parte, en el sistema de salud colombiano, la PSS es contenida desde los años ochenta en los procesos de atención primaria en salud; más tarde, con la Ley 10 de 1990, se establecen las bases de la descentralización en salud y es la Ley 100 de 1993 en la que se establece la PSS como un elemento fundamental en la organización y control del sistema, expresado como «la intervención de la comunidad a través de los beneficiarios de la seguridad social en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto» (Carmona-Moreno 2017).

Aun así, se han identificado problemas que afectan a la participación social en salud como la fragmentación e institucionalización de los procesos, la colaboración de la comunidad como respuesta a

exigencias circunstanciales provenientes de la lógica institucional, la falta de reconocimiento de las dinámicas territoriales, la inadecuada información, el poco alcance de la participación en la toma de decisiones, la violencia como fenómeno social que se ha convertido en un gran obstáculo para ejercer dicha participación, así como las prácticas opacas y poco transparentes de las relaciones de poder para favorecer acciones personales, más que de los intereses comunes (Velázquez y González 2003, Carmona-Moreno 2017).

En las investigaciones en el campo de la PSS, también se ha señalado que las dificultades para su desarrollo se relacionan con una amplia polisemia del concepto, lo que causa un dilema entre la teoría y la práctica, presentando marcadas jerarquías y tensiones entre las instituciones y las comunidades y en consecuencia, por ejemplo, bajo liderazgo comunitario en el control social (Delgado-Gallego *et al.* 2005, Carrillo-Franco y López 2004, Mosquera *et al.* 2009), dichas barreras y tensiones en la política de salud se han constituido en condicionantes para que la participación en salud promovida por el Estado no haya sido determinante para la democratización del sistema y poder avanzar en el ejercicio de la salud como derecho fundamental (González-Gómez *et al.* 2011).

Menéndez reconoce que es, en el grupo doméstico y otros microgrupos de colectivos constituidos por mujeres principalmente, donde se realiza el mayor número de actividades participativas referidas al proceso salud-enfermedad-atención. Tales actividades están centradas en la condición de ser mujer, dado su rol de esposa/madre que, como construcción social, indica una función ligada al papel de cuidadora en el ámbito de lo doméstico (Menéndez 1998). Este escenario, aunque naturalizado, deja a las mujeres en un segundo plano, por debajo de los varones, como actrices políticas dignas de atención y cuidado por parte de los sistemas y servicios pues, en tanto ciudadanas confinadas al rol de cuidado de otro, postergan el cuidado de sí, fenómeno histórico que reproduce los esquemas de poder y la no inclusión en el ámbito de las decisiones públicas (Casado 2002), perpetuando el silencio de las mujeres en la vida pública (Beard 2018). Es conocido que las mujeres cumplen el papel de mediadoras y activadoras de los programas y servicios sociales de las políticas públicas, pero, en la mayoría de los casos, no son destinatarias por sí mismas como ciudadanas, pues su valor social y cívico se define exclusivamente en términos de sus funciones reproductivas y maternas (Jiménez-Arrieta 2009, Hernández-Arboleda 2010).

De lo anterior, se puede identificar que la participación de las mujeres en el espacio comunitario obedece a la estructura patriarcal que les reserva las responsabilidades domésticas desde su lugar en la familia y representa, de forma naturalizada en la comunidad, una ampliación del espacio doméstico por la división social y sexual del trabajo y se despliegan prácticas en un espacio que no es vivido como el espacio doméstico (Mazzei 2013, San Sebastián 2006).

Sin embargo, en las dinámicas sociales y culturales del Global Sur, especialmente las latinoamericanas, se ha indicado que las mujeres ejercen un motor de la organización comunitaria con el fin de obtener un lugar apropiado para vivir (Massolo 2007). Ellas «resuelven la cotidianidad», su día a día de necesidades, buscando así el acceso a servicios públicos y tomando de las instituciones aquello que les es útil para sus propósitos en la búsqueda de bienestar para sus comunidades (Carrillo-Franco y López 2014), a pesar de su ignorada posición en la esfera de lo público. Resultado de ello son las urdimbres de mujeres convertidas en sujetas para la acción frente al trabajo real de participación en salud (Menéndez 1998), y es que diversos estudios han demostrado que el término «comunitario» es un eufemismo que disimula una realidad evidente: las estrategias de participación comunitaria básicamente se apoyan en el trabajo de las mujeres (Castro-Pérez y Hernández-Tezoquipa 1993, Arroyo 1993, Instituto Nacional de las Mujeres México 2009).

El ámbito de desarrollo de esta investigación se realizó en la Comuna 1 Popular de Medellín, capital del departamento de Antioquia y segunda ciudad en importancia en Colombia que, para el año 2018, contaba con una población de 2 376 337 habitantes (DANE 2019), distribuidos en cuatro zonas bordeadas en alguno de sus límites por el río Medellín, con 16 subdivisiones administrativas, denominadas «comunidades» o «agrupaciones de barrios» y que representan particularidades diferenciales en su clase social, en su configuración étnica y territorial.

A lo largo de los años, la ciudad ha estado muy marcada por el fenómeno de la violencia y el narcotráfico. La Comuna 1 Popular, por su posición geoespacial, su composición social y configuración histórica, ha sido y sigue siendo una de las comunas más afectadas; sin embargo, ha sido un territorio de grandes transformaciones, debido a su historia organizativa, de trabajo comunitario y de incidencia reconocida en la ciudad en la que las mujeres han sido, en parte, las protagonistas, las líderes barriales del cambio (Martínez-Herrera *et al.* 2019). Medellín ha desarrollado formas de organización de las mujeres para la participación y representación en la toma de decisiones frente al tema del desarrollo local, zonal y municipal; también se destacan los colectivos de mujeres y mesas de trabajo que impulsan los espacios participativos y democráticos de ellas (López de Mesa s. f., Montoya-Ruiz 2009).

Durante los últimos diez años, dadas esas formas de organización vinculantes con mujeres, se destaca en salud la creación del Plan Comunal de Salud, financiado con el Presupuesto Participativo (PP) y el resultado del ejercicio de participación de la comunidad en los espacios de decisión local propiamente de la Comuna 1 Popular, para la priorización de los problemas en salud y sus alternativas de solución. Lo que llama la atención es que la construcción de este Plan surge a nivel comunitario; fue orientado, en su mayoría, por mujeres y conducido en su ejecución por mujeres. Ello resalta el

liderazgo de las mujeres dentro del proceso de empoderamiento de la población (León 2000) sobre la transformación de sus condiciones de salud (Alcaldía de Medellín 2016, Alcaldía de Medellín s. f.).

Alrededor de este Plan, los problemas según el perfil epidemiológico 2005-2013 realizado por la Alcaldía fueron visibilizados en todo el territorio e impactados por los colectivos barriales, siendo un caso inspirador para otras comunas en la ciudad. Esta Comuna está entre los territorios con menores índices de calidad de vida de la ciudad, 77,35, seis puntos por debajo del de Medellín. El empleo de la mayoría de sus habitantes es informal. Además, la Comuna está catalogada en un nivel de riesgo muy alto en temas de trastornos de ansiedad, afectivos, impulsivos y consumo de sustancias psicoactivas. La tasa de intento de suicidio es del 70,8, en comparación con la de Medellín, que llega a 79 casos por cada 100 000 habitantes (Alcaldía de Medellín 2013). En temas de mortalidad de menores de cinco años y de embarazo entre los diez y los diecinueve, las cifras superan a las de la capital antioqueña, y la tasa de mortalidad por enfermedad respiratoria aguda (IRA) para menores de cinco años fue del 33,4, en comparación con el 9,6 para Medellín en 2013 (Universidad de Antioquia 2015). Con todo y ello, en recientes estudios se indica que su capital social comunitario es alto (Martínez-Herrera *et al.* 2019).

En este artículo, se presentan experiencias de las mujeres de esa zona de Medellín sobre participación social en salud, que impulsó en otros microterritorios a seguir con la iniciativa de empoderamiento estructural para la creación de oportunidades de salud.

2 Metodología

Tipo de estudio: en esta investigación cualitativa (Nigenda-López y Langer-Glass 1995, Flick 2015), se utilizó como enfoque metodológico el estudio de caso, con el fin de estudiar el fenómeno sin separarlo del contexto (Yin 1994); en este caso, las experiencias de mujeres en la participación social en salud. A su vez, se utilizaron los procedimientos básicos de la teoría fundamentada para guiar el proceso de análisis: codificación y categorización a partir de la recolección de información (Strauss y Corbin 2002).

Como se explica más adelante, fueron seleccionadas ocho mujeres, todas residentes por más de veinte años en la Comuna 1 Popular de Medellín. Se trata de mujeres alfabetas, con formación profesional en su mayoría y con edades comprendidas entre los treinta y ocho y los sesenta y dos años, madres y cabezas de familia, con responsabilidades históricas de liderazgo en sus barrios y microterritorios.

Acceso a campo y muestreo: el acceso al campo se realizó por medio de tres mujeres, quienes hacían parte del Plan Comunal de Salud. Fueron participantes del estudio y guiaron el muestreo intencional (Galeano 2004), conocido como «bola de nieve», permitiendo establecer una relación con las mujeres dispuestas a aportar información a la investigación; asimismo, unas participantes condujeron a otras. Es importante resaltar que el muestreo en investigaciones cualitativas presenta más interés por la profundidad que por la amplitud de las muestras (Martínez-Salgado 2012).

Cuando la información se constituía repetitiva o se identificaba la ausencia de nuevas propiedades y dimensiones en las categorías de análisis, y cuando ya tenían un sentido completo para lo que se intentaba explicar, se llegó a la saturación de las categorías (Strauss y Corbin 2002, Bonilla-Castro y Rodríguez-Sehk 2005); de esta manera se fue conformando la muestra definitiva.

Técnicas de recolección de la información: se utilizaron técnicas de recolección y análisis propios del diseño cualitativo para la comprensión del problema de investigación. Es así como se usó la entrevista semiestructurada, diario de campo, una ficha frontal con preguntas sociodemográficas y una técnica interactiva de investigación social conocida como «colcha de retazos». Esta última fue utilizada como instrumento para socializar y validar los resultados obtenidos en la investigación, pero también se tomó para generar una comprensión colectiva del significado sobre la PSS asumida por las mujeres. El abordaje mixto entre ellas permitió generar un análisis más integrado, versátil y conducente, lo que permitió reconocer las potencialidades de las técnicas en los momentos de mayor dificultad para la consecución de la información.

Análisis de la información: los audios de las entrevistas se transcribieron en formato de texto y, luego, se realizó el proceso de codificación abierta, entendida como la segmentación de los discursos. A estos segmentos se les asignó una etiqueta descriptiva. Dicha codificación constituyó la «materia prima del análisis» (Coffey y Atkinson 2003). En algunas ocasiones, se asignaron códigos *in vivo*, que correspondían a las palabras o frases utilizadas por las informantes, que tienen mucha relevancia en sí mismas. También se tomaron las descripciones e interpretaciones hechas en los diarios de campo, que permitiera conceptualizar los diferentes significados emergentes durante las observaciones.

Del proceso de codificación abierta, resultaron 482 códigos descriptivos, los cuales se consolidaron con su respectivo fragmento para facilitar la escritura. Seguidamente, se realizó el proceso de la categorización; allí se agruparon los códigos que compartieran similitudes en los temas, con el fin de identificar categorías y subcategorías orientadas por los objetivos de la investigación. Luego de esto, se reportaron los hallazgos a través de los textos respaldados por los testimonios de las informantes, las cuales fueron

ordenando los conceptos por medio de un proceso selectivo y especificado. Es importante aclarar que el presente artículo se centró en la categoría de las experiencias de las mujeres en la participación social en salud.

Consideraciones éticas: esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia mediante el acta CI 00167-2017 (sesión 163 del 26 de abril de 2017) y contó con el aval de la comunidad. Se tuvieron en cuenta los lineamientos a nivel nacional la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia y, a nivel internacional, se tomaron en cuenta los criterios establecidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial de 2013, donde se insta a los investigadores a garantizar la protección de la vida, la salud, la dignidad, la integridad, la libre determinación, la privacidad y la confidencialidad de la información personal de los sujetos de la investigación (Ministerio de Salud 1993, Asamblea Médica Mundial 1964). Las participantes firmaron un consentimiento informado.

Aseguramiento de la calidad de los resultados: Castillo y Vásquez (2003) rescatan tres criterios de rigor, que se deben aplicar a la investigación cualitativa, los cuales fueron transversales en el desarrollo de esta investigación: credibilidad, auditabilidad y transferibilidad. La credibilidad se logró por medio de las observaciones y conversaciones prolongadas que se tuvieron con las participantes del estudio; por medio de estas, se recolectó y analizó la información. Luego, se aplicó la técnica «colcha de retazos» como un encuentro para socializar y retroalimentar los resultados sobre lo que ellas pensaban. La auditabilidad se refiere a la habilidad de otro investigador de seguir la pista o la ruta de lo que el investigador original ha hecho. En este criterio, se tuvo acompañamiento de la asesora y otras personas que dominaban el tema de PSS, además de la constante revisión de la bibliografía. De igual forma, se grabaron las entrevistas y se transcribieron de forma fiel a un formato de texto; también se triangularon las técnicas de recolección de información, con el fin de darle coherencia a los hallazgos obtenidos. Finalmente, la transferibilidad se cumplió a través de la descripción e interpretación del fenómeno estudiado, esto con el fin de asegurar la aplicabilidad de la investigación en la comprensión de la PSS en contextos similares.

3 Resultados

A partir de las experiencias relatadas por las mujeres en los procesos de participación en salud, emergieron «sentidos, significados de comunidad y participación»; «relaciones de género» y

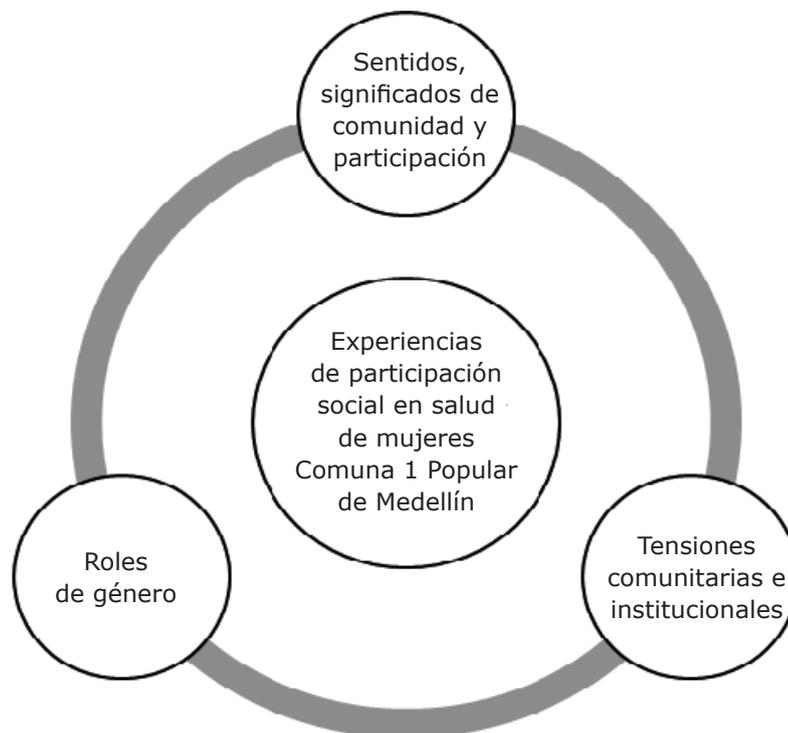


Gráfico 1

Fuente: elaboración propia de las autoras.

«tensiones comunitarias e institucionales» como categorías analíticas identificadas (gráfico 1).

En cuanto a los sentidos y significados de comunidad y participación, como primera categoría emergente, las mujeres destacaron a su comunidad y territorios como una gran fuente de aprendizajes, a los que llaman «escuela», ya que han hecho consciente el conocimiento de su territorio y las personas con más trayectoria que lo habitan, demostrado en el compromiso y sentido de pertenencia, así como la escalabilidad de las necesidades comunitarias:

Para mí, la experiencia que he tenido en los espacios de salud ha sido muy buena. De esas experiencias uno aprende, si uno quiere, pues uno deja huella. Todas esas experiencias son significativas, porque uno puede sacar aprendizajes, que pueden ser buenos o malos, pero son aprendizajes (P5-E5).

Asimismo, las mujeres asumen que, para actuar y participar, resulta indispensable conocer el territorio. También resaltan que han logrado afianzar las redes de apoyo con la comunidad y con otros líderes. Admiten que ha sido posible en la medida en que se involucran y son parte activa de los procesos de participación. Esto les ha permitido tener un mayor acercamiento con las diversas formas de pensamiento de los vecinos y las personas allegadas a la Comuna 1 Popular pero, sobre todo, a los retos comunes al desarrollo de su comunidad.

En esta categoría también se refieren a los saberes adquiridos por medio de la participación pues, además de tener un am-

plio conocimiento sobre el territorio, evocan que han desarrollado habilidades discursivas, permitiéndoles demostrar sus saberes y experiencia y entienden que trabajar en equipo es un elemento fundamental para mejorar la calidad de vida de las personas de su comunidad:

Pues realmente, como el barrio mío, son puras escalas, no tenemos sino una calle aquí abajo y otra arriba..., pero estar en vigías me abrió como la mente y como que «hombre, venga, es que nosotros tenemos que pensar en el desarrollo, pero en el desarrollo en general, donde hay que tener en cuenta a las personas en situación de discapacidad, a las personas que son ancianas, a los niños, a las niñas, ¿cierto?» (P4-E4).

Cuando recuerdan los roles ejercidos en la PSS, en sus experiencias, las mujeres identifican múltiples motivaciones e intenciones para participar; entre ellas, se destacan la transformación y el desarrollo de la comunidad, así como también la mejora de las condiciones de su territorio para obtener una mejor calidad de vida y disminuir las desigualdades en que viven las personas:

Me parece, pues, que todos tenemos algo que aportar para el cambio. Entonces, me parece que, estando presente en todos los momentos de desarrollo de la comuna, yo creo, pues, que el aporte debe ser mayor. Entonces, me motivó eso, que es muy importante servir y uno lo puede hacer desde diferentes aspectos: simplemente, con el vecino, en la cuadra; no tiene que ser a todos los habitantes de una comuna o de una ciudad, pero sí en pequeños espacios se puede ver la transformación (P1-E1).

También se hace alusión a los sentimientos que las mujeres han experimentado durante sus procesos de participación. En sus relatos advierten que se encuentran decepcionadas de dichos procesos, ya que sienten engaño, mentira y mal ejercicio político dentro de la misma comunidad, lo que no permite avanzar hacia un bienestar colectivo. Estos sentimientos han causado, en ellas, desconfianza en la participación comunitaria, ciudadana y política:

Pero, cuando vengo acá, al liderazgo, y siento que todo el mundo me engaña, que nadie me habla con la verdad, que hoy me están diciendo una cosa y por detrás me están diciendo otra, digamos que yo empecé a sentir como lo mismo. ¿Para qué creer en la gente, si la gente realmente no es lo que muestra ser...? (P4-E4).

En sus relatos también se refleja el temor a la violencia que hay en sus territorios; situación que puede llegar a condicionar su participación, y a la que le atribuyen la poca participación de la comunidad:

Temores, muchos, temores normales, y digo temores normales porque esta ha sido una comuna estigmatizada por muchos procesos de violencia y eso no se puede desconocer (P5-E5).

Sin embargo, la situación de violencia que ha aquejado a sus comunidades y que han vivido constantemente ha reforzado los liderazgos en ellas:

Eso hizo que yo me volviera una líder: la muerte de mi padre, la muerte de mis abuelos en el pueblo, que nos dejaron sin nada; nos quemaron todo... (P2-E2).

Ahora bien, con respecto a las relaciones de género, como segunda categoría emergente, se destaca que las participantes del estudio se reconocen como creadoras y promotoras de formas de participación para el crecimiento necesario de un tejido social comunitario para la salud. Afirman que, en los procesos de participación social y, sobre todo, en relación con la salud, las mujeres siempre tienen la vocería y la autoridad:

Me siento bien. Como mujer, me siento acogida y, como le digo, la mayor parte en los procesos sociales somos mujeres. Entonces, casi siempre tenemos las de ganar: donde haya un proceso de hombres contra mujeres en la participación social, nosotras siempre los vamos a dejar ahí calladitos, porque las mujeres somos más (P5-E5).

Asimismo, cuando las mujeres hablan de la participación de las mujeres en la salud, hacen referencia a las primeras vivencias alrededor de la salud comunitaria y que, en el argot propuesto actualmente, se aproxima a la aplicación de la estrategia de atención primaria en salud-APS desarrollada en la ciudad en el período 2012-2015, en donde ellas ejercían el rol de madres comunitarias:

Porque yo fui madre comunitaria durante diecisiete años y apliqué aquí la APS, pero yo no conocía qué era lo que estaba haciendo con quince niños a mi cargo; a mí me llegaban los niños acá con fiebre, con daño de estómago, con el pelo delgadito, pero, entonces, fui aprendiendo cómo le bajaba la fiebre, qué alimento le daba en el día si tenía daño de estómago y era como esa atención primaria, pero yo no la conocía [...] (P7-E7).

También se hacen evidentes los roles de cuidado que asumen las mujeres que participan, lo que les da impulso de decidir y opinar sobre el entorno comunitario. Este aspecto surge con gran fuerza al preguntarles por qué las mujeres son quienes más participan, a lo que responden que es algo innato en las mujeres el estar pendientes de los demás por tener un «instinto de madres»:

También como que las mujeres somos las que estamos dedicadas al cuidado en el hogar, entonces, también nos preocupan los otros de la comunidad (P1-E1).

En repetidas ocasiones, intentaron explicarlo con frases como «el hombre siempre sale a trabajar para el sustento del hogar», mientras que la mujer se queda haciendo labores del hogar, pero también actividades comunitarias ya que, según ellas, las mujeres son más apasionadas y «ven más allá de lo que pueden ver los hombres».

En este punto, expresan que ejercer la participación genera una situación difícil, puesto que deben realizar una práctica doméstica, al estar pendientes de sus hogares, trabajar para tener un sustento y realizar el trabajo comunitario:

Digamos, en mi caso, yo, que tengo dos hijas (una ya en educación superior, la otra todavía en la escuela, y que yo le voy a dedicar cien por

ciento a un voluntariado); yo no me puedo dedicar a eso, porque yo tengo, pues, que satisfacer las necesidades básicas mías y de mis hijas. Entonces no podría; entonces, por eso, es que no funciona (P1-E1).

En los procesos de participación, las mujeres también expresan tensiones entre las mujeres cuando se pone en marcha el trabajo comunitario; tensiones a veces poco manifiestas con otras mujeres, muy propias de sus vivencias. Ellas mismas reconocen que el trabajo comunitario entre las mujeres ha sido difícil, dado que evidencian que ha sido más arduo generar la confianza entre ellas mismas y aducen la gran competencia presentada en pequeñas y grandes tareas. La falta de apoyo entre las mujeres lo expresan como una dificultad que encuentran en los procesos comunitarios, independientemente de la fase en que se encuentre. Las mujeres sienten que se genera agresión ante la búsqueda de los resultados y reconocen la poca solidaridad y acompañamiento en los desafíos que emprenden. En ese mismo sentido, dicen que les falta respeto y que les cuesta reconocer el trabajo que realizan otras mujeres en la comunidad y que también se reconocen como individualistas:

Siempre tenemos celos de que aquel triunfó: aquella va más adelante; no queremos nunca estar por debajo de la otra (P5-E5).

Las mujeres entrevistadas dicen tener más apoyo y respeto por parte de los hombres que de las mismas mujeres de la Comuna, afirmando que encuentran mujeres con actitudes y diálogos conflictivos como «hablan duro y hablan como peleando, a la defensiva» (P7-E7):

Siempre mi liderazgo ha estado marcado, respetado..., eeh, digamos, acompañado por hombres. Siempre me he sentido más acompañada por los hombres y respetada, y respetada, que es lo más importante, porque que respetan tu palabra como mujer, como coordinadora; en una comisión donde hay 20 hombre y 3 mujeres, es algo complicado, ¿cierto? (P3-E3).

En ese sentido, enuncian comentarios como «los golpes en la participación los he tenido centrados en mujeres» (P3-E3), y todas enfatizan en que las mujeres se unen, pero para darle poder a los hombres, pues ellas mismas dicen que no les gusta ver a una mujer en el poder:

De hecho, el tema de la participación de la mujer en la comuna yo diría que, en todos los procesos, es mayoría siempre. Nosotras somos más, pero somos para darle poder a los hombres, porque no nos gusta ver a una mujer en el poder (E3-P3).

Sin embargo, no solo se destacan opiniones negativas frente a los procesos de participación emprendidos por las mujeres entrevistadas; también se resaltan aspectos positivos frente a la participación, como que hay un gran liderazgo femenino en donde hay colectivos masculinos, pues afirman el empoderamiento y la participación iniciada desde las mujeres, lo que demuestra que ellas son constantes y siempre están trabajando por su comunidad con tenacidad, intentando crear hilos y canales vinculantes entre las

acciones barriales y las apuestas de la ciudad; muchas veces, sin recibir remuneración alguna, ni bonificaciones ni reconocimientos institucionales. Ellas mencionan que siempre son mayoría en casi todos los procesos de participación.

Admiten que han tenido una gran incidencia en los procesos y organizaciones de mujeres de su comunidad y hacen un buen reconocimiento al trabajo que han realizado en los procesos de participación, porque esto ha generado desarrollo para los temas de equidad de género en la comunidad; asimismo, opinan que todas las organizaciones comunitarias han reconocido el papel de la mujer:

Mire, acá, en la comuna, siempre han dicho que ese proceso no ha tenido incidencia, que son mujeres muy peleonas, pero yo hoy les voy a hacer un reconocimiento a ellas y esas mujeres se han dado la pela para que hoy podamos incidir (P4-E4).

Lo anterior lo refuerzan al plantear que las mujeres han creado resistencia en su territorio, para que ellas hoy puedan participar mucho más, y que esa lucha ha hecho que, en la actualidad, puedan hablar de igual con los hombres. Además, mencionan que «yo me estoy tomando la palabra como lo hacen los hombres» (P4-E4).

Finalmente, sobre las tensiones comunitarias e institucionales referidas en la experiencia de las mujeres, se evidenciaron diversos conflictos, que surgen durante el ejercicio de participación; esto supone dificultades para llevar a cabo una efectiva relación entre la sociedad y el Estado. Declaran dificultades para ejercer la participación, al referir que los proyectos que se crean en la comunidad se llegan a institucionalizar, desconociendo su valor comunitario, así como la instrumentalización de la comunidad en los proyectos y programas que se implementan:

Bueno, en los procesos de participación, los temores es que todos los proyectos terminan institucionalizados. Entonces, ya no son de la comunidad; entonces, cualquier acción que se vaya a hacer hay que pedir permiso. Cuando son proyectos que nacen de la comunidad, se van ejecutando con un recurso público, pero es que, a fin de cuentas, es el dinero de todos los que tributamos. Entonces, es como eso... Cuando, una vez las instituciones ven que es un proyecto bueno; que tiene, pues, como futuro, entonces ya se institucionaliza; entonces se pierde como la base. Eso me preocupa y me pone muy triste (P1-E1).

Como tensiones institucionales se encuentran que, para realizar PSS, expresan que la institución no quiere discutir con la comunidad para llegar a consensos y advierten que esta no es transparente, cuando da cuenta de los recursos utilizados:

Me preocupa mucho que ciertos sectores o ciertas instituciones le tienen miedo al debate. Entonces, les da miedo que las comunidades cuestionen; les da miedo darle claridad a la comunidad. Entonces, eso también me pone muy triste (P1-E1).

Indican tener cierta desconfianza y apatía por el ejercicio político de la institucionalidad, pues afirman que no se tiene un verda-

dero compromiso político con la comunidad y que solo la utilizan en temporadas electorales, lo que hace que pierdan credibilidad en el mismo proceso de participación. Para las mujeres, lideresas comunitarias de estos procesos de participación, admiten que, en muchos proyectos que se han implementado, las instituciones y sectores de orden público no reconocen su trabajo y, muchas veces, se sienten invisibilizadas:

¿No fuimos nosotros los líderes los que aportamos a que eso sea una realidad? ¿No hemos sido nosotros los que hemos hecho ese trabajo político y esa gestión incluso sin recursos económicos? Y hoy no nos llaman a participar (P4-E4).

En ese sentido, sienten que se presentan muchas barreras para que los líderes puedan tener un rol protagónico en los proyectos que se implementan en la comunidad, pues argumentan que son ellos quienes mejor conocen las necesidades de su territorio. También es importante mencionar que no se promueve el empoderamiento y la participación real de las comunidades, porque consideran que la opinión de los líderes solo cuenta como aprobación y esto hace que haya desacuerdos y conflictos:

Cada administración, durante cada cuatro años, viene y dice que va a transformar esas desigualdades en las comunidades y cada vez somos más desiguales. Cada vez usted ve que hay más y no estoy hablando de una cosa que sea irreal. Estoy hablando de algo muy real: que cada vez son más poquitos los que viven bien y somos muchos más los que vivimos mal (P4-E4).

Expresan que las posibles soluciones a sus problemas se dilatan en el tiempo, ya que no hay continuidad en las acciones. Otros obstáculos que encuentran es que ha sido difícil una articulación intersectorial entre la comunidad y las instituciones por falta de voluntad, lo que causa otros problemas, como que las comunidades ya se encuentran sobrediagnosticadas y que no se trascienda esta fase, además de que las acciones solo se hacen en un corto período de tiempo y solo por cumplir las metas de las instituciones:

Pero no les importa como esos diagnósticos que tenemos. Entonces, estamos sobrediagnosticados, porque todo el que llega llega a hacer un diagnóstico cuando ya hay diagnósticos tan buenos y elaborados de donde se pueden pegar todos y donde podemos hacer un trabajo articulado; eso no sé si es que es misión imposible (P1-E1).

Las lideresas, con el tiempo, acumulan desesperanza y desconfianza sobre las acciones repetidas de la administración con la comunidad pues, en sus palabras, dicen que «la institucionalidad ha hecho un trabajo muy frío en las comunidades». Esto hace que ellas sientan desilusión en cuanto a los avances de la participación que representa la relación entre la sociedad y el Estado.

Del mismo modo, fueron señaladas las diferentes tensiones comunitarias que las mujeres han vivenciado en los diversos procesos de participación que han desarrollado. Entre ellas se destacan las

envidias, poca comunicación asertiva, desconfianzas, celos, concentraciones de poder y acaparamiento de los procesos de participación que hay en la comunidad.

Sumado a lo anterior, también expresan que la corrupción con los recursos de la comunidad, la competencia en el liderazgo, el clientelismo y el aprovechamiento egoísta del poder terminan favoreciendo intereses individuales y no dejan avanzar en los procesos participativos, pues la concentración de poderes que surgen en la comunidad hace que se opaquen los procesos de participación y a las personas que hacen parte de ellos:

Desde que empezaron los individualismos, los favores políticos, la incidencia de manos dañinas que no le interesan los procesos, sino únicamente el beneficio y el interés particular, desde ahí se empezaron como a gestar otras cosas, que no le han servido al proceso y que no permiten que la comuna avance (P3-E3).

En consecuencia, estas situaciones traen altercados y disputas generadas en el interior de las comunidades, por la obtención de beneficios individuales, porque defienden que los beneficios deben ser compartidos entre la comunidad y no para un pequeño grupo:

Y lo digo de la siguiente manera: si hay 10 bonos alimentarios, entonces yo llego y digo: «le voy a dar a mi mamá, a mi hermana, a mi sobrina y, pa' mí, ino!». Hay 10 bonos alimentarios y los otros 9 pa' la comunidad. La comunidad también necesita; así es donde estamos haciendo la incidencia (P4-E4).

A estos altercados y disputas se les suman situaciones de rivalidad y amenazas que surgen en la comunidad, las cuales han tenido que sortear durante los procesos de participación. De hecho, estos aspectos les han impedido continuar; incluso, muchas veces, se han visto obligadas a retirarse y callar por la seguridad de su vida y de sus familiares y, como si fuera poco, hacen alusión a que proveer de capacidades para el empoderamiento genera *per se* obstáculos, pues afirman que es difícil que la gente quiera tomarse en serio el asunto de la participación con el fin de transformar, debido a que no todos dedican tiempo a este tema:

Bueno, a nivel de la comunidad, que muchas personas más se vinculen, y le regalen, pues, como ese tiempo al proceso y que digan «bueno, vamos a trabajar unas horitas en pro de esto», eso ha sido muy difícil, pues como de empoderar a las personas o dejar esa capacidad (E1-P1).

4 Discusión

La participación social en salud ha sido apropiada por las mujeres del estudio como una forma de vida, incluso con nuevos desafíos en lugares de poder que condicionan su participación en el escenario político, sin haberse trazado agendas feministas. Ello

obedece a su capacidad de influencia y su respaldo basado en hechos dado por sus vecinos. Las mujeres de la Comuna 1 Popular han modificado los tiempos de la política y sus prioridades (Restrepo *et al.* 2016). Ellas, acorde con sus experiencias, han interiorizado la participación como un valor y norma social, que ha hecho posible la vida de los barrios y las dinámicas colectivas de cohesión social. Desde entonces, las mujeres han utilizado la participación para involucrarse en dinámicas colectivas, que movilizan la acción individual y comunitaria, para lograr resultados sociales o de salud (Preston *et al.* 2019).

Los vínculos de solidaridad, cooperación; los beneficios colectivos que son, *per se*, atributos de la participación son, además, catalizadores para la construcción de realidades sociales basadas en los afectos y motores ideológicos para el trabajo por el bien común. Ellas encuentran en la violencia un motivador del tejido social para hacer participación, defender la perspectiva positiva del conflicto, viéndolo como una fuerza de cambio personal, comunitario y social. Desde esta perspectiva, el conflicto se presenta como una ocasión de aprendizaje en la construcción de relaciones y un motor de cambio; por tanto, debemos entenderlo no solo como natural, sino como positivo en toda sociedad democrática (Suárez-Basto 2008).

Sobre los roles de género, las mujeres expresaron que participan en salud porque el cuidado es innato en ellas, diferente a los hombres; ellos son proveedores del sustento del hogar y a ello se debe su baja participación en los procesos sociales y de salud. Esta visión, desde una perspectiva de género, se relaciona con la división sexual del trabajo, al conferir a la mujer un título privilegiado, porque se considera que es la más capacitada para el desempeño de la función comunitaria (Mazzei 2013).

Las tensiones institucionales y comunitarias hacen parte de la experiencia participativa de las mujeres. Se destaca, por ellas, el abordaje instrumental de la participación, lo que representa una limitación de la democracia participativa. pues hacen que la participación esté en favor de intereses ajenos a los de los participantes (Velázquez y González 2003).

El clientelismo y la corrupción, ambos inspirados en el principio del beneficio particular por encima del colectivo y, en general, la crisis de la política en Colombia han propiciado la desinstitucionalización del Estado, a lo que se suma un fuerte corporativismo e, incluso, un individualismo a ultranza en el campo de las relaciones entre el ciudadano y el Estado, lo que tampoco contribuye a la participación (Velázquez 2011).

Reforzando lo anterior sobre las tensiones institucionales, la asignación de recursos para los programas y proyectos constituye una tensión, debido a que el alcance de la participación sin recursos económicos es bastante limitado, si se tiene en cuenta que no solo es una cuestión de convicción ideológica o política, o de necesida-

des sentidas, sino un proceso que requiere financiación para asegurar su operación y su permanencia en el tiempo (Velázquez 2011).

Del mismo modo, la creciente apatía política que tienen las mujeres en cuanto a los líderes políticos se refleja en la baja calificación que reciben por parte de las autoridades locales (Velázquez y González 2003) sobre esta cuestión. Se afirma que la razón que aducen las personas para asignar una nota baja a los líderes políticos es que a ellos no les interesa la participación. Otras razones tienen que ver con la falta de recursos y la incompreensión por parte de las autoridades locales, acerca de la importancia de la participación en la gestión pública.

Las amenazas y rivalidades son atributos naturales de la concentración de poderes entre las mujeres e impiden una participación colectiva por el bien común; las renunciaciones al poder no transitan en su transformación del ámbito privado al público. Estas características generan incertidumbre en las acciones participativas en salud. Esto se explica a través de la historia de la violencia y conflicto armado que ha vivido la Comuna 1 Popular y otras comunas de la ciudad de Medellín, dado que la presencia de personas o grupos al margen de la ley dentro de la comunidad implica el uso del poder para la intimidación y generación de miedo y, en consecuencia, eliminan cualquier forma de participación en la comunidad (Cáceres-Manrique 2009).

Acorde con lo anterior, el estudio tiene implicaciones políticas, en cuanto visibiliza estrategias que promueven la salud comunitaria, las cuales impulsan el mejoramiento de las condiciones de vida y las acciones para incrementar la salud por parte de la población, además de reconocer en los actores sociales su capacidad para identificar problemas, definir prioridades y formular propuestas en las que se incide en los determinantes sociales de la salud, pero con tensiones propias en el rol asumido en la vida de la cuidadora en el ámbito de lo privado y la vida manifiesta en lo público.

La principal limitación de este estudio, por las características de las técnicas de recolección de la información, estriba en la profundización y sumatoria de más voces femeninas para la participación social en salud de la Comuna 1 Popular. El estudio da pistas para este contexto y, de ser amplificado a otras mujeres de ciudad, ha de ser envolvente en los procesos históricos y fundacionales de sus lugares comunes en los territorios a los que pertenecen.

Es, por lo anterior, que se deben tomar en cuenta otras voces como la institucional y otros actores del sistema de salud, y avanzar en estudios que permitan un abordaje más holístico e integral de todos los actores de la PSS. De igual forma, se hace necesario impulsar acciones para la promoción y fortalecimiento de la PSS, que partan de ejercicios comprensivos como este y que logren articular en un trabajo colaborativo a los actores del sistema en un diálogo horizontal y humanizado, que rompa con las estructuras verticales de toma de decisiones y que reconozca el rol protagónico de todos para una verdadera PSS.

5 Conclusiones

Acorde con las experiencias registradas, el papel de las mujeres en la organización comunitaria representa un rol muy importante para el impacto social, lo cual ha favorecido el desarrollo de actividades para mejorar la salud de sus territorios. Pese a tener asignados a ella los roles tradicionales del cuidado de la familia, las mujeres son mayoría en muchas acciones de PPS y en una gran cantidad de procesos sociales.

Otra de las conclusiones aportadas por esta investigación es que, particularmente entre las mujeres, se presentan grandes conflictos, debido a la estructura patriarcal que aún está vigente en la sociedad y que no solo se ha demostrado en muchos espacios de la vida de la mujer, sino que también son latentes en el ámbito comunitario. Sin embargo, el aprendizaje y asociación que han adquirido las mujeres que han participado en los procesos de salud debilitan el individualismo y la competencia entre ellas mismas.

Los conflictos y las tensiones derivadas de los procesos democráticos en los escenarios institucional y comunitario obstaculizan, en general, los procesos de participación de las mujeres. Esto puede implicar, además, entropía de la desigualdad de género cuando no es posible también llegar a acuerdos entre hombres y mujeres, lo que aumenta la desmotivación hacia los procesos participativos de las mujeres.

En síntesis, los resultados de este estudio concluyen que participar en salud es integración, articulación y desarrollo social. Representa una construcción social de las mujeres para hacerle frente a las desigualdades sociales de sus territorios, entendiendo el «trabajo intersectorial» como la oportunidad para construir y tejer sentido social microterritorial desde una comuna hacia la ciudad, lo que permite entender las experiencias de las mujeres en la participación en salud, así como poner de relieve que la salud es un asunto que trasciende el sector sanitario e involucra a toda la sociedad en su solución. Es, en el cuidado, donde se fundamentan los diálogos intergeneracionales e interseccionales para anudar lazos de pervivencia por la sostenibilidad y el bienestar social.

6 Agradecimientos

Las autoras agradecen a las mujeres que participaron en esta investigación e hicieron posible su realización brindando toda la ayuda necesaria, además de a la Red de Colaboración para el Análisis Multidimensional de las Interacciones Universidad Sociedad

en América Latina (Red Multibien), registrada en el Programa Iberoamericano de Ciencia y Tecnología para el Desarrollo (Cyted).

7 Declaración de conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses en la publicación del manuscrito.

8 Bibliografía

- ALCALDÍA DE MEDELLÍN (2013). Perfil Epidemiológico Comuna 1 – Popular 2005-2012. Medellín.
- ALCALDÍA DE MEDELLÍN (2016). Informe final Plan Comunal de Salud Comuna Uno, Popular, de Medellín, Medellín.
- ALCALDÍA DE MEDELLÍN (s. f.). Boletín n.º 20 Plan Comunal de Salud de la Comuna Uno – Popular.
- ARROYO G (1993). La participación de la mujer en la revaloración de la salud familiar y colectiva. *GénEros* 6(18):41-46.
- ASAMBLEA MÉDICA MUNDIAL (1964). Declaración de Helsinki, principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. <https://bit.ly/3klaFnF>, acceso 22 de octubre de 2018.
- BEARD M (2018). Mujeres y poder. Un manifiesto. *Investig. Fem. (Rev.)* 9(1):105-202.
- BONILLA-CASTRO E, RODRÍGUEZ-SEHK P (2005). Más allá del dilema de los métodos. La investigación en ciencias sociales. Grupo Editorial Norma, Bogotá.
- CÁCERES-MANRIQUE FM (2009). Oportunidades y amenazas para la participación en salud en el escenario de la globalización. *MedUnab* 12(2):91-95.
- CARMONA-MORENO LD (2017). Concepción de la participación social en salud: propuesta de resignificación. *Rev. Cienc. Salud.* 15(3):441-445.
- CARRILLO-FRANCO J, LÓPEZ L (2014). Participación social en salud en la atención primaria en Bogotá: voces de mujeres. *Rev. Gerenc. Polit. Salud* 13(26):144-157.
- CASADO E (2002). La construcción sociocognitiva de las identidades de género de las mujeres españolas (1975-1995). Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- CASTILLO E, VÁSQUEZ ML (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica* 34(3):164-167.
- CASTRO-PÉREZ R, HERNÁNDEZ-TEZOQUIPA I (1993). Opiniones de los diversos actores sobre la participación comunitaria en salud y planificación familiar. *Salud Públ. Méx.* 35(4):376-392.
- CISNEROS-RAMÍREZ I (2014). Norberto Bobbio: de la razón de Estado al gobierno democrático. Instituto Electoral y de Participación Ciudadana del Estado de Jalisco, Guadalajara.
- COFFEY A, ATKINSON P (2003). Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación. Universidad de Antioquia, Medellín.
- DANE (2019). Resultados Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. Antioquia, Medellín. <https://bit.ly/35zbfbi>, acceso 25 de octubre de 2020.
- DE VOS P, MALAISE G, DE CEUKELAIRE W, PEREZ D, LEFÈVRE P, VAN DER STUYF P (2009). Participación y empoderamiento en la atención primaria en salud: desde Almá-Atá hasta la era de la globalización. *Medicina social* 4(2):127-134.

- DELGADO-GALLEGO ME, VÁZQUEZ-NAVARRETE ML, ZAPATA-BERMÚDEZ Y, GARCÍA MH (2005). Participación social en salud: conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia. Una mirada cualitativa. *Rev. Esp. Salud Pública* 79:697-707.
- ECHEVERRY-LÓPEZ ME (2000). Balance de los procesos de descentralización y participación social en salud en Colombia en la década de los 90. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 18(2):19-40.
- FLICK U (2015). *El diseño de investigación cualitativa*. Ediciones Morata, Madrid.
- GALEANO ME (2004). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Fondo Editorial Eafit, Medellín.
- GONZÁLEZ-GÓMEZ H, CARO-LÓPEZ I, BEDOYA IC (2011). Antecedentes históricos y perspectivas de la participación social en el Sistema de Salud Colombiano. *Tend. Ret*, 16:79-91.
- GUBER R (2001). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Grupo Editorial Norma, Bogotá.
- HERNÁNDEZ-ARBOLEDA AM (2010). Caracterización de los roles de género de las mujeres participantes en un proyecto de abastecimiento de agua y saneamiento en la periferia de la ciudad de Cali (trabajo de grado). Universidad del Valle, Santiago de Cali.
- INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES MÉXICO (2009). *Metodología de capacitación de mujeres líderes comunitarias*. Instituto Nacional de las Mujeres, México DF.
- JIMÉNEZ-ARRIETA M (2009). La Mujer y la Ciudad. *Revista Digital de Historia y Arqueología desde el Caribe* 11:63-75.
- LEAL-BUITRAGO F (1989). El sistema político del clientelismo. *Análisis político* 8:8-32.
- LEÓN M (2000). Empoderamiento: relaciones de las mujeres con el poder. *Revista Estudios Feministas* 8(2):191-207.
- LÓPEZ DE MESA BE (s. f.). Conformación y fortalecimiento de los colectivos de mujeres comunales y corregimentales. <https://bit.ly/2sJg01S>, acceso 19 de septiembre de 2018.
- MARTÍNEZ-HERRERA E, HERNÁNDEZ-CARMONA D, BENACH J, CORBURN J, LOPERAVELÁZQUEZ V (2019). Community-based health territorial management model: elements for construction in communes and townships in Medellín, Colombia.
- MARTÍNEZ-HERRERA E, LEMOS-MENA Y, HERNÁNDEZ CARMONA D, RODRÍGUEZ C (2019). Sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación como buena práctica en la promoción de la salud para la comprensión del cambio social de los determinantes sociales ambientales comunitarios. En: Hernández-Carmona D y Martínez Herrera E (coords.). *Vínculos comunitarios para la salud en Medellín. Avances y desafíos de un modelo territorial*. Alcaldía de Medellín, Medellín.
- MARTÍNEZ-SALGADO C (2012). El muestreo en investigación cualitativa. *Principios básicos y algunas controversias*. *Ciência & Saúde Coletiva* 17(3):613-619.
- MASSOLO A (2007). Participación política de las mujeres en el ámbito local en América Latina. Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación de las Naciones Unidas para la Promoción de la Mujer (Instraw), Santo Domingo.
- MAZZEI C (2013). Producción y Reproducción: la mujer y la división socio-sexual del trabajo. *Rumbos TS* 7(8):128-142.
- MENÉNDEZ E (1998). Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado. *Cuadernos Médicos Sociales* 73:5-22.
- MINISTERIO DE SALUD (1993). Resolución n.º 008430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. El Ministerio, Bogotá.
- MONTOYA-RUIZ AM (2009). Recorrido por las políticas públicas de equidad de género en Colombia y aproximación a la experiencia de participación femenina con miras a la construcción de escenarios locales. *Estud. Derecho LXVI*(147): 307-319.
- MOSQUERA J, GUTIÉRREZ A, SERRA M (2009). La experiencia de participación ciudadana en el control social a la gestión en salud en Cali, Colombia. *Colomb. Med.* 40(1):95-102.

- NIGENDA-LÓPEZ G, LANGER-GLASS A (1995). Métodos cualitativos para la investigación en salud pública. Instituto Nacional de Salud Pública de México, México.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1978). Declaración de Alma-Atá. <https://bit.ly/3aquDbm>, acceso 25 de octubre de 2018.
- PINEDA-GRANADOS F (2014). La participación en salud, factores que favorecen una implementación efectiva. *Revista Monitor Estratégico Superintendencia Nacional de Salud* 6:10-20.
- PRESTON R *et al.* (2019). How and why do participatory women's groups (PWGs) improve the quality of maternal and child health (MCH) care? A systematic review protocol. *BMJ Open* 9:e030461.
- RENDÓN-CORONA A (2004). Porto Alegre, un modelo de presupuesto participativo. *POLIS* 1(4):9-36.
- RESTREPO NR, HOYOS D, SOSA RA, LOPERA NG (2016). Las representaciones sociales de la participación política de las mujeres lideresas de la ciudad de Medellín. *Análisis desde el enfoque interseccional. Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia* (11):171-191.
- RESTREPO-VÉLEZ O, VEGA-ROMERO R (2009). Participación social y comunitaria en Atención Primaria de Salud – APS. Bogotá: para la muestra un botón. *Rev. Gerenc. Polit. Salud* 8(16):153-164.
- SAN SEBASTIÁN A (2006). Las mujeres en los espacios comunitarios. ¿La matriz comunitaria de sociabilización, un espacio político en gestación? Las manzanas de San Cayetano, Campana, Argentina. <https://bit.ly/30zRdJW>, acceso 19 de septiembre de 2018.
- SANABRIA-RAMOS G (2004). Participación social en el campo de la salud. *Rev. Cubana Salud Pública* 30(3).
- STRAUSS A, CORBIN J (2002). Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Editorial Universidad de Antioquia, Medellín.
- SUÁREZ-BASTO OE (2008). La mediación y la visión positiva del conflicto en el aula, marco para una pedagogía de la convivencia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología* 4(1):187-199.
- UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA (2015). Por un entorno saludable en la Comuna Uno. <https://bit.ly/36aM8cr>, acceso 20 de noviembre de 2020.
- VELÁZQUEZ F (2011). La institucionalización de la participación en Colombia: notas para su interpretación. *Política & Sociedade* 10(18):155-186.
- VELÁZQUEZ F, GONZÁLEZ E (2003). ¿Qué ha pasado con la participación ciudadana en Colombia? Fundación Corona, Bogotá.
- YIN R (1994). *Case Study Research: Design and Methods*. Sage Publications, Thousand Oaks (California).