

Aportes para pensar la participación comunitaria en salud/salud mental desde la perspectiva de redes

*Bang, Claudia**; *Stolkiner, Alicia***

Resumen

Desde la declaración de Alma-Ata, en 1978, múltiples experiencias han incluido en sus prácticas en salud/salud mental dispositivos basados en la participación comunitaria. En ellas se han reproducido sentidos globales y abstractos que artificialmente homogeneizan las características comunitarias y participativas, reproduciendo modelos normativos que dieron origen a la Atención Primaria de Salud (APS). El objetivo de este artículo es revisar algunos de los principales aportes de la teoría de redes que, desde una perspectiva compleja, permitan redimensionar la participación comunitaria en salud. Se indagan las lógicas en que son entendidas la comunidad y la participación comunitaria en un estudio de caso. Se concluye que considerar a la población como actor potencial y generar canales efectivos de participación sigue siendo un gran desafío.

Palabras clave: atención primaria de salud, teoría de redes, participación comunitaria en salud

Artículo enmarcado en la investigación doctoral de la Mag. Claudia Bang, bajo la dirección de la Dra. Alicia Stolkiner, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires –UBA–, Buenos Aires (Argentina); recibido en junio 2012, admitido en abril 2013.

Autoras: *Docente de la *Cátedra II Salud Pública/Salud Mental*, Facultad de Psicología, UBA; Becaria doctoral del Consejo Nacional de Investigación Científica y Técnica (CONICET), Buenos Aires (Argentina). **Profesora Titular *Cátedra II Salud Pública/Salud Mental*, Facultad de Psicología, UBA; Profesora de la Maestría y el Doctorado en Salud Mental Comunitaria, Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús; Asesora del Centro de Asistencia de Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos “Dr. Fernando Ulloa”, Secretaría de Derechos Humanos, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, Buenos Aires (Argentina). Contacto: claudiabang@yahoo.com.ar.

Contributions to thinking about community participation in health/mental health from the perspective of networks

Abstract

Since the Declaration of Alma-Ata (1978), multiple experiences have included devices based on community participation in their practices in health/mental health. Abstract and global senses that artificially homogenized community and participatory characteristics have been reproduced, reproducing models that gave rise to the Primary Health Care (PHC). This paper aims to review some of the main contributions of the networks theory that, from a complex perspective, resize the community participation in health. In a case study, the logics in which community and community participation are understood are enquired. It is concluded that to consider the population as a potential role player and to generate effective channels of participation remain a great challenge.

Keywords: primary health care, networks theory, health community participation

Contribuições para pensar a participação comunitária em saúde/saúde mental a partir da perspectiva de redes

Resumo

Desde a declaração de Alma-Ata, em 1978, múltiplas experiências incluíram em suas práticas de saúde/saúde mental dispositivos baseados na participação comunitária. Nelas reproduziram-se sentidos globais e abstratos que homogeneizaram artificialmente as características comunitárias e participativas, reproduzindo modelos normativos que deram origem à Atenção Primária à Saúde (APS). O objetivo deste artigo é revisar algumas das principais contribuições da teoria de redes que, desde uma perspectiva complexa, permitam redimensionar a participação comunitária em saúde. Indagam-se as lógicas que entendem a comunidade e a participação comunitária em um estudo de caso. Conclui-se que considerar a população como ator potencial e gerar canais efetivos de participação continua a ser um grande desafio.

Palavras chave: atenção primária à saúde, teoria das redes, participação comunitária na saúde

I. Introducción

¿Qué nos motiva a participar de la red? Nos permite acercarnos a la comunidad y todo lo que la comunidad exprese.

Profesional del centro de salud al referirse a la red de instituciones del barrio

Lo que encontramos en la red es que muchas veces la gente no se acerca a las instituciones porque éstas asustan. Entonces la idea de las fiestas callejeras es preguntarnos ¿por qué no nos vienen a ver? Sacamos las instituciones a la calle, hicimos el camino inverso: mirá lo que podemos hacer juntos.

Programa local de prevención en adicciones al referirse al trabajo en red

Este artículo se enmarca en una investigación cuyo objetivo general es describir y analizar las posibles articulaciones entre la estrategia de promoción en salud mental comunitaria y prácticas participativas que utilizan arte, creatividad y juego en el espacio público. Dicha investigación se centra en un estudio de caso basado en el trabajo comunitario en promoción de salud mental de una red de instituciones. En dichas prácticas, la participación de la comunidad ocupa un lugar central.

Entendemos la promoción de salud mental comunitaria desde una perspectiva de salud integral. Desde esta perspectiva, se reconoce la importancia de acciones comunitarias de prevención y promoción desde el enfoque de Atención Primaria de Salud (APS) integral; que incorpora acciones de prevención y promoción de la salud mental en acciones generales de salud, a fin de reincorporar la dimensión subjetiva, generalmente eludida en los modelos de atención, humanizándola (Stolkner y Solitario, 2007). Desde el paradigma de la complejidad (Almeida-Filho y Silva Paim, 1999) y reconociendo múltiples determinantes y entrecruzamientos en el campo de problemáticas de salud mental. Su abordaje incluye necesariamente un enfoque complejo e integral, siendo la protección de derechos una estrategia fundamental.

Al comenzar esta investigación, lo que más nos llamó la atención fue la repetición de cierto tipo de relato en diferentes espacios de prácticas

vinculadas a la promoción de salud/salud mental: una psicóloga de un centro de salud en una zona central de la ciudad de Buenos Aires se preguntaba por qué no se acercaba “la comunidad” a la atención de dicho centro. Una dirigente de una organización cultural en otro barrio se preocupaba por cómo hacer participar a “la comunidad peruana” del lugar en una festividad que intentaba incluir a las expresiones culturales más invisibilizadas de la zona como actividad promotora de salud. En un centro cultural cercano, una tallerista festejaba que el domingo anterior “la comunidad” había salido a la calle para realizar un festejo callejero por el día mundial de la salud, mientras trabajadores de la juegoteca planificaban talleres para acercar a “la comunidad” sentida como lejana y distante. En unas jornadas de trabajo territorial destinado a trabajadores de la salud mental comunitaria se debatía sobre cómo lograr la tan difícil “participación de la comunidad” en las actividades comunitarias planificadas, expresando todo tipo de dificultades. Éstas son sólo algunas de las viñetas observadas en diferentes espacios de prácticas concretas en salud, donde se plantea la participación comunitaria como motor de salud/salud mental en comunidad, siendo fácil suponer que esta misma realidad se reproduce en otros ámbitos similares. El denominador común era la referencia constante a “la comunidad” como destinataria de prácticas y sujeto de participación.

Como hemos dicho en otras oportunidades (Bang, 2011a, 2012), en el campo de prácticas comunitarias en salud se suele conceptualizar a la comunidad como una unidad geográficamente situada, compacta y homogénea, unida por lazos de cooperación e intereses comunes. Asimismo, aunque no siempre consciente o intencionalmente, la participación comunitaria se entiende en estos relatos como colaboración en una actividad decidida por otros desde una estructura vertical.

Estas ideas tienen orígenes en prácticas y formulaciones plasmadas en la estrategia de Atención Primaria de la Salud –APS– a partir de la declaración de Alma-Ata en 1978 (OMS, 1978), en la que se proponía a la participación comunitaria como un componente central (Bang, 2012). El problema reside en que se perpetúa el discurso participativo original tomado de APS, con las definiciones de *comunidad* y *participación comunitaria* de finales de los años setenta. Elina Dabas menciona que

lo central de la participación en APS ha residido en la convocatoria de la gente a una serie de actividades planificadas desde la lógica de los programas. Si bien esa lógica ha significado un avance en oposición al modelo de atención centrado en la demanda espontánea e individual por patología, la mayoría de los programas han sido bajados desde los niveles centrales en forma vertical y paralela, con una gran desarticulación entre ellos (Dabas y Perrone, 1999).

Desde aquella declaración de Alma-Ata, múltiples experiencias concretas han incluido en sus prácticas en salud/salud mental dispositivos basados en la participación comunitaria. Las representaciones acerca de *la comunidad* y *lo comunitario* que circulan entre quienes participan de estas experiencias reproducen, por lo general, sentidos globales y abstractos que artificialmente homogeneizan las características comunitarias, pero también los mezclan y superponen con otros conceptos que el discurso participativo incorporó desde diversos paradigmas (Bang, 2011a).

En este sentido, desde hace más de diez años y desde el paradigma de la complejidad, múltiples desarrollos intentan introducir perspectivas más complejas a los conceptos y a las prácticas comunitarias en salud, cuestionando las visiones simplistas y homogeneizantes antes citadas. Aportes de la teoría de redes y de la lógica de actores sociales han abonado un nuevo campo para pensar las prácticas de participación comunitaria en salud/salud mental. Ya en 1999, Mario Rovere afirmaba que la estrategia de APS había configurado, en sentido estricto, un patrón normativo, un marco o modelo que no tenía en cuenta en la práctica lo que es nodal para cualquier estrategia: *un análisis de actores* (Rovere, 1999). Concomitantemente, Dabas y Perrone (1999) indicaban que los componentes de APS (la participación comunitaria como uno de ellos) por lo general no tuvieron en cuenta la lógica de los actores sociales.

A pesar del auge que ha tenido la idea de redes en intervenciones comunitarias en salud, muchas veces ha surgido como una nueva moda organizativa, quedando las prácticas igualmente concebidas desde la metáfora piramidal. Los actores sociales son ignorados y el operador continúa actuando como externo al campo de intervención (Dabas, 2001). Las llamadas redes de servicios, generalmente han sido organizadas “desde arriba hacia abajo” (a través de decretos) y desde “afuera

hacia el núcleo”, generando una extraña situación para los actores sociales: la de estar incluidos en una red por una adscripción nominada por otros y vaciada de contenido.

A partir de ese desarrollo inicial surgen algunas preguntas que guían el presente trabajo: ¿qué aportes conceptuales brinda la teoría de redes para redimensionar los conceptos de comunidad y participación comunitaria en salud/salud mental? ¿Cómo se incorpora la lógica de redes en prácticas de promoción de salud/salud mental centradas en la participación comunitaria? ¿Cómo es entendida la idea de comunidad en prácticas de promoción de salud/salud mental comunitaria articuladas en red? Nuestro objetivo aquí es revisar algunos de los principales aportes conceptuales que, desde la teoría de redes, permitan redimensionar la participación comunitaria en salud, e indagar las lógicas en que son entendidas la comunidad y la participación comunitaria en una práctica concreta de APS integral con enfoque en salud mental articulada en red. Para ello, primeramente se describirán brevemente algunos desarrollos conceptuales que, desde el paradigma de la complejidad, proponen visiones de una realidad comunitaria heterogénea y diversa. Luego se realizará una articulación a partir de un estudio de caso.

Este artículo pretende no sólo constituirse en un aporte de revisión conceptual, sino realizar un acercamiento a experiencias concretas, ahondando en las potencialidades y dificultades de las prácticas participativas en red. Este tipo de estudio resulta fundamental como insumo para la investigación e implementación de futuras prácticas participativas que incluyan acciones de promoción de salud/salud mental y su articulación en políticas públicas del sector. Almeida Filho (2006) afirma que la mayoría de las investigaciones sobre redes en salud han utilizado una perspectiva individual, perdiendo la oportunidad de esclarecer la estructura de la acción colectiva, lo que se intenta rescatar en este trabajo.

II. Metodología

El estudio realizado fue de naturaleza exploratoria y descriptiva, enmarcado en la investigación cualitativa en salud (Souza Minayo, 1995). Se trata de un estudio de caso (Yin, 1994), centrado en las actividades

participativas de promoción de salud realizadas por instituciones que conforman una red barrial en el centro de la ciudad de Buenos Aires.

A partir de una revisión bibliográfica de fuentes primarias y secundarias (Valles, 2000) se seleccionaron algunos desarrollos de la teoría de redes en salud para ser articulados con el material recogido en el trabajo de campo. También se incorporaron algunos aportes que, desde otras disciplinas, permiten pensar la participación comunitaria desde el paradigma de la complejidad.

Desde una perspectiva etnográfica (Hammersley y Atkinson, 1994), el trabajo de campo se centró en el acompañamiento de múltiples actividades de la red durante dos años: se utilizaron principalmente, como técnicas de producción de datos, la observación participante (Gubber, 2001) y la realización de entrevistas semidirigidas (De Souza Minayo, 1995) y en profundidad (Gubber, 2001).

III. La teoría de redes en salud

...para nuestra organización, el participar de la red nos dio la posibilidad de participar de las fiestas callejeras y que a su vez la gente que viene a nuestra institución también pueda venir a mostrar lo que hacen o simplemente a disfrutar...

Referente institucional participante de la red estudiada

Desde la corriente de pensamiento de salud colectiva, Almeida Filho (2006) afirma que el momento histórico actual de abordajes científico-técnicos sobre salud-enfermedad-cuidados está en un proceso de renovación paradigmática. Son ejes de esta renovación la teoría del caos, las lógicas de no linealidad, la geometría fractal, la borrosidad y la teoría de las redes. Para este autor, la idea de complejidad puede constituir el eje principal que unificaría parcialmente diversas contribuciones, en dirección a un paradigma científico alternativo. La teoría de redes ocuparía el lugar de una actualización crítica de la teoría general de los sistemas. En este nuevo paradigma comienza a pensarse el cambio como un proceso que se da en forma discontinua a través de sistemas autoorganizados (Dabas y Perrone, 1999). A su vez, se desarrollan mo-

dalidades organizacionales novedosas y se visualiza el universo como una red de interacciones.

Según Touraine (1993), la sociedad moderna aparecería como una sociedad sin actores. Frente a esto, nociones que tradicionalmente se sostenían dejan de ser eficaces para pensar y actuar en una realidad que sólo puede ser comprendida desde su diversidad compleja. La posmodernidad pareciera habernos sumergido en un proceso de desestructuración de lo macro, con una consecuyente y creciente estructuración de lo micro donde pasan a un primer plano las acciones concretas, históricas y geográficamente situadas, de los diversos actores sociales.

Parecerían obsoletos los modelos positivistas que presentan la realidad organizada en pirámides, ya que la misma se contempla hoy como *sociedad fragmentada*, sin unidades asibles, ordenables, coordinables y autolimitables. Según Rovere (1999), esta fragmentación tiene la ventaja de colocar en el centro al sujeto como actor y productor de futuros posibles. Si la fragmentación sobrepasa límites tolerables aparecen como posibilidades las soluciones autoritarias (como la homogeneización), salvo que se construya otra posibilidad que se llama *redes*, como formas de articulación multicéntrica. Pensadores como Von Foerster (1990) acuñaron el concepto de *heterarquía*, para referirse a las relaciones humanas desde una perspectiva de red, considerando la posibilidad de coexistencia de jerarquías distintas, tanto sucesivas como simultáneas, en el funcionamiento de un sistema determinado. Según Dabas (2001), esto no implica la negación de la jerarquía sino la coexistencia y el reconocimiento de una variedad de las mismas. Almeida Filho (2006) menciona otras propiedades de las redes que van más allá de la simple integración de las propiedades de sus componentes. Organización por nivel (*levelness*), agregabilidad (*clustering*), “mundopequeñidad” (*small-worldness*) y fractalidad. En las redes sociales, los nodos/vértices se denominan actores y las conexiones/lazos, vínculos.

Afirmaremos que las redes han existido siempre, dentro de una realidad dinámica, cambiante (Dabas, 1995). Posiblemente podamos establecer la línea divisoria en torno al proceso de toma de conciencia acerca de su existencia, sobre todo por parte de los propios actores involucrados.

Rovere (1999) caracteriza las redes en salud desde el lenguaje de los vínculos; *redes* sería un concepto vincular, donde se conectan o vinculan personas. La unidad de una red sería la unidad de vínculo, en tanto que la unidad básica de vínculo es la relación entre sujetos. El término *sistema de salud* resulta homogeneizador; *redes*, en cambio, asume la heterogeneidad y permite imaginar *heterogeneidades organizadas*.

Retomando a Dabas (1998), se entiende la utilidad y potencia en el uso de la noción de *comunidad* en términos de *redes*, ya que –como afirma esta autora– la red es un sistema abierto, multicéntrico, que a través de un intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo e integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades. Cada miembro del colectivo se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes, al ser éstos socialmente compartidos.

Desde la *psicología social comunitaria*, Maritza Montero (2003) define las redes comunitarias como aquellas presentes en los procesos de organización comunal. Las redes de organización comunitaria serían un entramado de relaciones que mantiene un flujo y reflujo constante de informaciones y mediaciones organizadas y establecidas en pro de un fin común: el desarrollo, fortalecimiento y alcance de metas específicas de una comunidad en un contexto particular. Lo constitutivo de las redes de organización comunitaria sería la relación en la que se encuentran personas unidas por un interés o valor, proporcionando apoyo social a quienes intervienen en ellas; suponen una cierta comunidad de creencias o de valores, que constituyen su elemento aglutinador. Se basan en la información y el conocimiento compartidos. Son ámbitos de participación, a la cual promueven y canalizan, y una de sus funciones es movilizar a la comunidad, incorporándola a la solución de conflictos. Desde esta perspectiva, las redes comunitarias no involucran necesariamente a todos los miembros de una comunidad. La organización comunitaria refiere al proceso que desarrolla un grupo de personas involucradas en el trabajo con una comunidad, para distribuirse las actividades, delegar las responsabilidades, comprometerse con las normas del grupo y sis-

tematizar, de alguna manera, los datos y las informaciones producidos en la tarea, a fin de lograr metas de interés para la comunidad que conduzcan a una mejor calidad de vida (Gongalves de Freitas, 1995).

Por otro lado y desde una perspectiva muy diferente, no podemos dejar de mencionar a un actor con gran influencia en el desarrollo de las ideas de comunidad y participación en salud y con gran impacto en el diseño de políticas de salud para la región: el Banco Mundial. Desde hace poco más de una década, las políticas de dicha entidad han fomentado y financiado programas y proyectos destinados a “fortalecer redes territoriales” en países receptores de ayuda económica (Banco Mundial, CNCPS, 2007). Apoyándose en la teoría de redes, se afirma que el Estado debe promover la capacidad de autorregulación de la sociedad civil sin intervenir en la definición de formas de asociación, selección de interlocutores o transposición de criterios de representación o delegación de autoridad propios de la política (Corral, 2009). Detrás de este discurso, los desarrollos “bancomundialistas” han utilizado la teoría de redes con la finalidad de legitimar y afianzar el modelo neoliberal vigente desde la década de los '90. Subyace el propósito de una comunidad “organizada” a través de la constitución de organizaciones de la sociedad civil articuladas en forma de redes. Sus nodos serían organizaciones o instituciones y las redes comunitarias estarían así constituidas sólo por organizaciones. El discurso del Banco Mundial habla de *redes de organizaciones*, necesarias para posicionarse como actores reconocidos localmente.

“...entendemos por red un colectivo organizacional integrado por diversas organizaciones formales o informales, públicas o privadas, delimitado por algún aspecto común (territorial, temático, organizativo, etc.), dentro del cual se reconocen diversos modos de vinculación y a través del cual circulan diversos tipos de recursos técnicos, metodológicos, de información, económicos, etc.” (Corral, 2009: 16).

Desde este discurso, redes son redes de organizaciones de la sociedad civil.

IV. Participación, actores sociales y poder

Que el vecino vea cómo un grupo de jóvenes participa... se los critica y en realidad lo que siempre pasa es que no hay proyectos para que participen. Cuando hay proyectos donde pueden participar, hay una magia que es maravillosa...

Referente institucional participante de la red de instituciones estudiada

El mismo concepto de comunidad como masa compacta y homogénea de intereses e inquietudes compartidas no deja ver que dentro de todo grupo humano existen procesos y pugnas de poder, que se expresan en diversos modos de relación, conformando una compleja trama de poder microscópico y capilar (Foucault, 1980). Esta trama es la que caracteriza más fielmente la realidad comunitaria puesta en juego en las acciones participativas concretas. La perspectiva de redes permite introducir la dimensión activa del sujeto y las relaciones de poder presentes en la participación en salud, aspectos invisibilizados en los enunciados tecnocráticos. Colaborar en un proceso sentido como ajeno no es lo mismo que constituirse en sujeto activo de toma de decisiones en lo referente a los propios procesos de salud-enfermedad-cuidados. En este sentido, el *actor social*, que puede tratarse de una persona o de un colectivo, es el que modifica el entorno material y sobre todo social en el que está colocado al transformar la división del trabajo, los modos de decisión, las relaciones de dominación y las orientaciones culturales (Bourdieu, 1993).

La participación comunitaria opera directamente en la distribución de poder en un conjunto social, aspecto ampliamente trabajado conceptualmente desde el paradigma de la complejidad, pero no siempre aceptado o vehiculizado en las prácticas. Esto nos dirige al problema de la existencia de una gran inequidad en la posibilidad de participación efectiva. En las prácticas participativas, poder y saber se refuerzan recíprocamente. Una forma de escamotear el poder es, por ejemplo, generar los canales de participación en salud pero privar a la comunidad de la información necesaria para participar. Por ello se requiere el ejercicio de democratización de conocimientos.

La lógica de redes en salud propone tener una visión diferente del poder, que implica asumirlo como capacidad para el desempeño de las tareas y responsabilidades en relación, y no como un objeto o cosa que pertenece a alguien en particular (Montero, 2003). El poder es inherente a la organización y tiene que ver con los vínculos. Una organización que tiene vínculos democráticos administra el poder como un recurso más y éste sería un uso positivo del poder (Rovere, 1999).

Ahora bien, ¿cómo pensar esta dinámica en una práctica concreta de APS integral con enfoque en salud mental, que opera desde la articulación en red?

V. Algunas puntualizaciones en un estudio de caso

...venía antes a la milonga para romper con el aislamiento y resignificaba lo que es estar en la calle, después sumarme a la red desde una organización era empezar a ser protagonista de la toma de la calle. No solo venir cuando otros hacen el corte sino ser protagonista de que otros se acerquen.

Vecino participante

La fiesta callejera organizada por la red es interesante, parte de eso nos acerca a la comunidad, ya que parte de nuestro trabajo tiene que ver con la prevención y promoción de la salud.

Profesional del centro de salud

La red de instituciones estudiada se propone la realización conjunta de acciones de promoción de salud mental comunitaria en un barrio del centro de la ciudad de Buenos Aires. Fue creada en 2006 por las organizaciones que trabajaban con la población más vulnerable del barrio, con el objetivo manifiesto de coordinar actividades que tengan relación directa con la vida cotidiana de los vecinos para promover una mejor calidad de vida a través de la participación creciente de la comunidad. Se trata de una red intersectorial con base territorial, que incluye al centro de salud del barrio como un actor central, y articula todas sus prácticas desde los principios de APS Integral con enfoque en salud mental (Bang, 2011b). Si bien no se trata de una red formal en

salud, entendemos que el trabajo de la misma es una práctica concreta del campo de la salud, ya que tiene por objetivo abordar problemáticas psicosociales complejas definidas colectivamente y generar acciones de promoción de salud, articuladas en red. Entendemos las prácticas comunitarias del campo de la salud desde una perspectiva integral y compleja, requiriendo de un trabajo intersectorial para el abordaje conjunto del proceso salud-enfermedad-cuidado en la comunidad.

Como toda red de instituciones, su conformación es totalmente dinámica en sus vínculos y en sus límites (Rovere, 1999). Cualquier intento de aprehensión de la configuración de la red es una foto estática de un proceso en constante movimiento. Entre diez y quince organizaciones participan activamente de las actividades conjuntas, algunas de ellas son instituciones estatales pertenecientes a las áreas de salud y educación, las restantes son organizaciones de la sociedad civil. Pertenecientes al sector salud son el centro de salud barrial y un centro de salud mental. Resulta interesante notar que quienes participan de las actividades de la red desde instituciones estatales, lo hacen, en general, por fuera de sus organigramas y tareas institucionales. Se podría pensar que estos referentes participan de la red a partir de la defensa de una forma de trabajo integral que no encuentran en sus instituciones de origen.

La particularidad que presenta dicha red es que su trabajo concreto de promoción de salud se centra en la realización de eventos que despliegan actividades de arte, creatividad y juego en el espacio callejero como estrategia de participación en salud. A través de la organización de esas actividades se van definiendo y abordando participativamente diferentes temáticas en salud, importantes para la comunidad, tales como: la soledad relacional, la sensación de inseguridad en la calle, la discriminación hacia parte de la población del barrio, la problemática habitacional, el distanciamiento existente entre el centro de salud y gran parte de la población barrial, etc.

La organización de los eventos callejeros es participativa, incluyendo a trabajadores de instituciones estatales (centro de salud comunitario, juegoteca, centro de salud mental, etc.), referentes de organizaciones no gubernamentales (centro cultural, centro educativo, entre otros),

agrupaciones barriales y personas que se definen como *vecinos*. De esta forma, se entiende que los eventos son organizados desde *la comunidad* como motor del funcionamiento de la red, y dando el contenido central a todo el trabajo articulado. El espíritu y esquema general de realización es compartido y sostenido desde una articulación colectiva, así como muchas de sus significaciones y objetivos son comunes.

La red pretende funcionar desde una lógica integral y horizontal, mostrando una preocupación permanente por generar participación de la comunidad y vincularse a las necesidades del barrio y al proceso colectivo de salud-enfermedad-cuidado. En la organización de cada fiesta son invitados a participar múltiples actores comunitarios, vecinos, personas que asisten a las diferentes instituciones, entre otros. “Que la gente venga”, “armar la fiesta entre todos”, son objetivos en sí mismos y esto se siente transformador. La organización de estos festejos no es pensada como una política dirigida hacia alguna población particular, sino que todos los participantes (incluidos los referentes) se sienten sujeto y objeto de participación: se valora tanto la posibilidad de cada uno de participar en la red, como de poder fomentar la participación de otros.

Sin embargo, en dos años de observación participante, registro de las actividades y entrevistas a referentes, se ha observado que en este proceso no todos participan de la misma forma. A las reuniones de red concurren en su mayoría referentes institucionales, allí se producen muchos acuerdos y se planifican acciones que luego se operacionalizan en subgrupos, de los que sí participan la mayoría de usuarios, familias y vecinos. Se plantea en las reuniones de red una gran dificultad al querer generar la *participación de la comunidad*. Los referentes de la red entienden que la razón de esta dificultad seguramente reside en la comunidad, la que no puede implicarse en sus propios procesos, sienten los espacios comunitarios como ajenos, y hacen difícil el acercamiento. Los participantes de la red parecen no registrar la ausencia del resto de la comunidad al espacio de reunión semanal: un espacio que podría ser óptimo para dicha participación.

De esta forma, observamos que operan *dos niveles de participación* no explicitados:

1. Un primer nivel, compuesto por las organizaciones y sus referentes. Aquí la participación sigue la lógica de redes descripta, donde diferentes actores (en su mayoría referentes institucionales) se vinculan horizontal y regularmente de formas múltiples, con una circulación permanente de información, conformando una trama con nodos de densidad diversa. Cada participante representa a su institución en la toma de decisiones, cuyo nodo se articula en las acciones a realizar. En este nivel se ejecuta la forma ideal de participación en red, los actores piensan sus realidades y cómo operar sobre ellas, generando dispositivos para tal fin: la creación de la propia red ha sido uno de ellos.

2. Un segundo nivel, compuesto por las personas que concurren a cada institución (usuarios o participantes en general) y las personas del barrio no nucleadas en alguna organización. Aquí se reproduce una lógica vertical propuesta por los modelos normativos de gestión, dentro de la cual los profesionales o programas del servicio proponen las áreas, actividades o modalidades de participación, definen actores de participación y destinatarios. Los sujetos de toma de decisión no pertenecen a este nivel.

Estos dos niveles están compuestos por poblaciones con características socio-históricas diferentes; el segundo está conformado, en parte, por la población más vulnerable del barrio que concurre a las instituciones (personas que viven hacinadas en inquilinatos u hoteles, migrantes de países limítrofes o del interior del país). Se reproduce así la asimetría en la relación poder-saber ya mencionada.

En esta red conviven implícitamente estas dos lógicas de participación, siendo una preocupación constante y manifiesta de los referentes institucionales (primer nivel) cómo incluir a las personas más vulnerables (segundo nivel) dentro de instancias de decisión, como actores activos. Desde la red se realiza este cuestionamiento sin poder romper con la lógica normativa y sin modificar los viejos esquemas: no aceptación de la heterogeneidad y no inclusión de la comunidad con la que se trabaja en la toma de decisiones, reproduciendo parcialmente la estructura vertical que se quiere romper. Esta forma de funcionamiento nos lleva a la lógica ya descripta de organización de la sociedad civil en redes propuesta por el discurso del Banco Mundial, que desconoce las

redes existentes y a la comunidad que no está formalmente organizada como actor potencial.

Si bien en esta red están presentes los recursos conceptuales para pensar la participación comunitaria desde una perspectiva compleja, el problema parece estar en la dificultad de pensar a la comunidad que no responde a patrones instituidos de organización, como parte activa de la red. La imagen que grafica este funcionamiento podría ser una red conformada por nodos unidos por vínculos sobre una gran playa de arena, donde cada grano es una persona de aquella “comunidad” pensada como masa homogénea. Bajo un funcionamiento en red subsiste una idea de comunidad homogénea y participación como colaboración. Aunque están dadas las condiciones discursivas sobre la forma de trabajo, tal vez no lo estén las institucionales reales. Una dificultad en lo que Saidón (1995: 205) llama *pensar en red*, es decir, asumir “un pensamiento acerca de la complejidad, que tenga en cuenta la producción de subjetividad social en los más diversos acontecimientos”. Tal vez, en la red estudiada, esta capacidad pueda operar en un primer nivel de participación pero no en el segundo.

Por otro lado, en esta doble lógica de participación observada se invisibilizan las redes informales, seguramente existentes en el nivel de la comunidad artificialmente homogeneizada. La red interinstitucional estudiada sería una red visible, que en su funcionamiento hace invisible otras redes espontáneas, sin conexión entre sí.

VI. Aportes de la antropología social: comunidad heterogénea y desterritorializada

En los desarrollos conceptuales revisados hasta aquí y en el caso estudiado, se ha utilizado la teoría de redes para promover, describir y analizar redes institucionales, así como los vínculos que se dan en una comunidad a partir de la participación en organizaciones sociales, invisibilizando a la comunidad que no participa en estas organizaciones. Hasta aquí, las redes comunitarias parecen ser las presentes en los procesos de organización comunal sin incluir a toda la comunidad. Entonces, ¿cómo es posible pensar a la comunidad toda desde la perspectiva de redes?

Es en la sociología y antropología social donde encontramos aportes para pensar la comunidad misma (incluyendo a toda su población) desde la perspectiva de redes. La comunidad como concepto antropológico clásico se refiere a una unidad territorial claramente definida, compuesta por grupos estables e instituciones, donde la gente interpreta sus roles de una forma estandarizada, cumpliendo con normas pre-establecidas (Radcliffe-Brown, 1952). Por su parte, en la sociología clásica el concepto de comunidad se refería a relaciones sociales significativas que involucraban al individuo como un todo. Éstas eran relaciones de solidaridad basadas en el parentesco y la residencia común, una compartida forma de sentir y una voluntad espontánea de cooperar. Autores clásicos como Tönnies (1887) o Weber (1922) construyeron la categoría de comunidad en oposición a la de sociedad.

Lo común a ambas definiciones, de la sociología y antropología clásica, es la base territorial del concepto de comunidad (Piselli, 2007). Visto de esta forma, dicho concepto se mostró rápidamente inadecuado para interpretar las sociedades complejas, caracterizadas por una intensa urbanización, movilidad y permeabilidad de la economía monetaria. Fue necesario desarrollar nuevos métodos de análisis capaces de abordar realidades inestables y fluidas.

En antropología, desde la escuela de Manchester, se ha tomado el análisis de redes para el desarrollo de una concepción diferente de la comunidad. Desde esta escuela, Piselli (2007) afirma que las comunidades no son lugares que pueden ser circunscriptos espacialmente, sino que son redes sociales que pueden ramificarse en todas direcciones. Más que dimensión espacial, es la red social la que integra, separa y define exclusión de, o inclusión en un dominio determinado, no sólo social sino también territorial. Son las redes sociales las que definen y redefinen lugares, las que cambian sus funciones, aspecto y sentido simbólico.

Desde esta perspectiva, una comunidad no es un lugar circunscripto y aislado. En cambio, debería ser vista como un conjunto de relaciones sociales significativas que constantemente define y redefine su dimensión territorial y que teje las dimensiones políticas y económicas en conjunto. La comunidad no coincide con una unidad residencial, su especificidad y contextualización debe ser reconstruida empíricamente sobre la base

de las relaciones interpersonales (Piselli, 2007). El enfoque de redes provee las herramientas conceptuales y metodológicas para estudiar una comunidad sin presumir que coincide con un área local específica. Permite análisis de lazos internos y externos que se extienden más allá de los límites de los grupos y lugares. En este sentido, podemos retomar a Rovere (1999) cuando menciona que la representación de redes tiende a desarticular una concepción más territorial. En cierta manera, podríamos decir –en extremo– que una operación de redes desterritorializa.

Ahora bien, si las comunidades entendidas como una red de relaciones no se corresponden con las áreas circunscriptas geográficamente, ¿cómo es que la dimensión espacial (contigüidad física) influencia en las relaciones sociales? ¿Han perdido los lugares (comprendiendo los valores, conocimiento, instituciones, herramientas productivas, y sentimientos de pertenencia en que se basa el reconocimiento mutuo y propio de la identidad local) su importancia? A estas preguntas, Piselli (2007) responde que los lugares son espacios definidos por formas específicas de interacción y, a su turno, organizan interacciones sociales, dando forma a dinámicas específicas y patrones del contexto social. La intensificación de las comunicaciones, del flujo de bienes y gente, no previene a las interacciones de condensarse en un punto específico del espacio. Las dimensiones sociales y espaciales pueden condicionarse y fortalecerse mutuamente. En un mismo espacio poblacional hay gente que vive sola y otra en grupos familiares de características disímiles. Algunas de estas familias tienen relación con muchas otras; el miembro de una de ellas puede participar, al mismo tiempo, en la asociación vecinal o en la cooperadora de la escuela de su hijo, y éstos, a su vez, se relacionan con muchos niños y jóvenes, a través de los cuales se puede llegar a sus familias. Podemos considerar aquí, como Dabas y Perrone (1999), que la lógica de relaciones ya no puede concebirse en forma secuencial sino rizomática.

VII. Reflexiones finales

A pesar de contar con dos décadas de desarrollos conceptuales sobre redes y participación comunitaria en redes, observamos que, en las

prácticas de promoción de salud/salud mental estudiadas, se incorporan tímidamente algunas de estas visiones, mezcladas y superpuestas con otras perspectivas heredadas de modelos positivistas y normativos. Surge, por ejemplo, la lógica de redes como alternativa para el trabajo del primer nivel de atención, cuyo objeto sería la comunidad. Sin embargo, en la práctica, se ha entendido muchas veces a la red como una posibilidad de vínculo entre instituciones que trabajan con una masa comunitaria homogénea. Lo que sigue resultando un desafío es poder pensar la propia comunidad desde una perspectiva compleja.

Teniendo en cuenta que las redes existieron siempre en una comunidad, el modo de abordaje de problemáticas en salud, desde la intervención comunitaria en red, debería acoplarse estructuralmente al modo de resolución de la comunidad al intervenir apoyados en procesos colaborativos, articulándose al movimiento de las redes comunitarias existentes (Lerda, Bertucelli y Mercado, 2000).

Resulta necesario pensar la participación como una real *constitución de actores sociales*, como la posibilidad de incrementar interacciones para generar nuevos actores en la comunidad a través del lenguaje de los vínculos. Considerar a la población destinataria como actor social sigue siendo un desafío, así como generar canales efectivos para una participación real. Posibilitar la accesibilidad de la población a la información sería un paso para reducir la asimetría de poder-saber existente entre los grupos sociales. De esta forma, las redes comunitarias podrían constituirse efectivamente en parte de la actividad y resistencia de las comunidades, de su expresión como sociedad, a la vez que mostrar su capacidad de transformación y de apoyo social, su poder y su carácter fortalecedor y facilitador en el abordaje colectivo del proceso comunitario de salud-enfermedad-cuidado. En este sentido, la red estudiada presenta grandes potencialidades al trabajar con la organización colectiva de festejos callejeros, lo que permite generar modos tradicionales y alternativos de ocupar el espacio público colectivamente, que son también modos alternativos de acción política.

Referencias bibliográficas

- ALMEIDA-FILHO, N.; PAIM J. S. (1999). La crisis de la Salud Pública y el movimiento de Salud Colectiva en Latinoamérica, en: *Cuadernos Médico-Sociales*. 75: 5-30.
- ALMEIDA FILHO, N. (2006). Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: Evaluación de conceptos y aplicaciones, en: *Salud Colectiva* 2(2): 123-146.
- BANCO MUNDIAL, CNPCS. (2007). *Documento de trabajo para la elaboración de un Manual Metodológico para el Fortalecimiento de Redes Territoriales*. Buenos Aires: CENOC.
- BANG, C. (2012). *Las ideas de comunidad y participación comunitaria en salud. Una revisión histórica en las políticas de salud para América Latina*. Saarbrücken: Editorial Académica Española.
- _____. (2011a). Debates y controversias sobre el concepto de Participación Comunitaria en Salud: Una revisión histórica, en: *Revista Eä –Humanidades Médicas & Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología*, 3(2): 1-23.
- _____. (2011b). Prácticas participativas que utilizan arte, creatividad y juego en el espacio público: un estudio exploratorio desde la perspectiva de Atención Primaria de Salud integral con enfoque en salud mental. (pp. 331- 338). En: *XVIII Anuario de Investigaciones*. Facultad de Psicología: Universidad de Buenos Aires.
- BOURDIEU, P. (1993). *Cosas dichas*. Barcelona: Gedisa.
- CORRAL, S. (2009). *Manual Metodológico de Fortalecimiento Institucional de Redes Territoriales de Organizaciones de Base*. Vol. I. Buenos Aires: CENOC.
- DABAS, E. (1995). De la desestructuración de lo macro a la estructuración de lo micro: las redes sociales en la reconstrucción de la sociedad civil. (pp. 437-455). En: DABAS, E. y NAJMANOVICH D. (comps.) *Redes. El lenguaje de los vínculos: hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*. Buenos Aires: Paidós.
- _____. (1998). *Redes sociales, familias y escuela*. Buenos aires: Paidós.
- DABAS, E.; PERRONE, N. (1999). *Redes en Salud*. [Documento en línea]. Disponible en: www.pasteur.secyt.gov.ar/formadores/RedSal-Dabas-Perrone.pdf [15 de marzo 2012].
- DABAS, E. (2001) *Redes sociales: niveles de abordaje en la intervención y organización en red. Panorama*. [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/71292/345905/file/Redes%20Sociales.pdf> [15 de marzo 2012].
- FOUCAULT, M. (1980). *La verdad y las formas jurídicas*. Barcelona: Gedisa.
- GONCALVES DE FREITAS, M. (1995). *Participación, organización y conciencia. Desarrollo comunitario*. Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad Central de Venezuela, Caracas. (Inédita; comunicación personal).
- GUBER, R. (2001). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Norma.
- HAMMERSLEY, M.; ATKINSON, P. (1994). *Etnografía*. Barcelona: Paidós.
- LERDA, M.C; BERTUCELLI, S.O; MERCADO, C.B. (2000). Centros de Acción Comunitaria: una nueva y antigua estrategia institucional para generar políticas sociales en: *Educación, Salud y Trabajo*. *Revista Iberoamericana*. 2-3: 31-44.
- MINAYO, M. C.S. (1995). *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- MONTERO, M. (2003). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Declaración de Alma-Ata. Alma-Ata, URSS. Disponible en: www.paho.org/spanish/dd/alma-atadeclaracion.html [15 de marzo 2012].
- PISELLI, F. (2007). Communities, places and social networks. en: *American Behavioral Scientist*, 50(7): 867-878.
- RADCLIFFE-BROWN, A. R. (1952). *Structure and Function in Primitive Society*. London: Cohen & West.
- ROVERE, M. (1999). *Redes en salud; un nuevo paradigma para el abordaje de las*

- organizaciones y la comunidad*. Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.
- SAIDÓN, O. (1995). Las redes: pensar de otro modo. (pp. 203-207). En: DABAS, E.; NAJMANOVICH, D. (comps.). *Redes. El lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*. Buenos Aires: Paidós.
- STOLKINER, A.; SOLITARIO, R. (2007). Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías. (pp.121-146). En: Maceira, D. (Comp.). *APS. Enfoques interdisciplinarios*. Buenos Aires: Paidós.
- TÖNNIES, F. (1947). *Comunidad y sociedad*. Buenos Aires: Losada.
- TOURAINÉ, A. (1993). *Crítica de la modernidad*. Madrid: Temas de hoy.
- VALLES, M. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis.
- VON FOERSTER, H. (1990). *Las semillas de la cibernética*. Barcelona: Gedisa.
- WEBER, M. (1984). *Economía y Sociedad. Esbozo de Sociología Comprensiva*. México: Fondo de Cultura Económica.
- YIN, R. (1994). *Case Study Research: Design and Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.