



<https://doi.org/10.5281/zenodo.19671148>

**Salud comunitaria y metodologías participativas:
de los determinantes sociales a la gestión del bienestar común**

*Community health and participatory methodologies:
from social determinants to the stewardship of the common good*

Martha Adriana Márquez Salaiques 1

Resumen

Este artículo presenta la sistematización cualitativa de una experiencia de trabajo comunitario en salud, desarrollada mediante dos talleres breves en una localidad rural de alta marginación. En el primero se identificaron y priorizaron de forma participativa los determinantes sociales de la salud percibidos como más críticos; en el segundo, dichas prioridades se tradujeron en comités temáticos y en acuerdos de acción concretos. El hilo conductor es la política del cuidado, entendida como decisiones situadas en el territorio, facilitación ética y devolución transparente de resultados. Se describe la dinámica de priorización, el trabajo con rotafolios y preguntas guía, así como los productos colectivos obtenidos, y se analizan sus alcances y límites en contextos de recursos institucionales escasos. Más que ofrecer resultados generalizables, el artículo propone una ruta breve y replicable para fortalecer la participación comunitaria en salud con medios modestos, subrayando la importancia del acompañamiento y del seguimiento posterior a los talleres.

Palabras clave: salud comunitaria, participación, determinantes sociales, gestión comunitaria.

Abstract

This article presents a qualitative systematization of a community health experience conducted through two short workshops in a highly marginalized rural locality. In the first workshop, participants collectively identified and prioritized the social determinants of health perceived as most critical; in the second, these priorities were translated into thematic committees and concrete action agreements. The guiding thread is a politics of care, understood as context-sensitive decision-making, ethical facilitation, and transparent feedback of results. The article describes the prioritization process, the use of flipcharts and guiding questions, and the collective products generated, and analyses their scope and limitations in settings with scarce institutional resources. Rather than providing generalizable outcomes, the article proposes a brief and replicable pathway to strengthen community participation in health with modest means, highlighting the need for institutional accompaniment and follow-up beyond the workshops.

Keywords: community health, participation, social determinants, community governance.



Introducción

La salud comunitaria no se agota en la cobertura de servicios médicos ni en la suma de intervenciones clínicas; es, ante todo, un proceso social que se teje en el territorio a partir de relaciones, reglas, recursos y significados que influyen en cómo se vive, se enferma y se cuida la gente. Desde esta mirada, los determinantes sociales de la salud —educación, vivienda, empleo, alimentación, entorno físico, seguridad, participación, cultura, entre otros— conforman un entramado que puede abrir o cerrar oportunidades de bienestar. En localidades de alta y muy alta marginación, donde los servicios públicos suelen ser escasos, distantes o nulos, reconocer estos determinantes y actuar sobre ellos de manera colectiva se vuelve condición para mejorar la calidad de vida, y no solo los indicadores clínicos.

En este contexto, las metodologías participativas ofrecen una vía concreta para acercar la toma de decisiones a quienes viven los problemas y, al mismo tiempo, sostener soluciones cotidianas que con frecuencia permanecen invisibles. Cuando se abre un espacio de diálogo, la participación deja de ser un trámite administrativo y se convierte en el lugar donde se tejen esas decisiones; dicho espacio no se reduce a asistir a una reunión o escuchar una exposición, sino que implica co-definir problemas, producir evidencias, deliberar alternativas y acordar acciones con una distribución más equitativa de la voz y del poder. De un lado, se busca pertinencia, de manera que lo decidido responda a necesidades y posibilidades reales del territorio; del otro, se procura legitimidad y cuidado, de modo que las personas se reconozcan como autoras del proceso y encuentren razones para sostenerlo en el tiempo.

La distancia entre el diseño institucional y la vida cotidiana suele producir soluciones técnicamente correctas, pero sin arraigo; al mismo tiempo, muchas comunidades impulsan iniciativas valiosas, aunque fragmentadas y con poco reconocimiento público. La experiencia que aquí se presenta se sitúa justamente en ese cruce: un proceso breve de trabajo colectivo en una comunidad donde confluyen carencias estructurales y capacidades organizativas. En el marco de un programa de fortalecimiento comunitario se realizaron dos talleres de dos horas cada uno, con la participación de madres de familia, pescadores, jóvenes y personas mayores. El primero se orientó a identificar y priorizar los determinantes sociales de la salud percibidos como más críticos; el segundo, a transformar esas prioridades en acuerdos concretos de acción compartida.

El objetivo de este artículo es sistematizar esa experiencia mínima —dos sesiones y un conjunto de productos colectivos— para mostrar qué puede hacer la salud comunitaria cuando se apoya en metodologías participativas sencillas. No se pretende proponer un modelo cerrado, sino ofrecer una ruta breve y replicable para equipos académicos y gobiernos locales que desean fortalecer la participación sin grandes recursos, poniendo el acento en la política del cuidado: decisiones situadas, facilitación ética y devolución transparente.

El enfoque que guía la propuesta dialoga con la investigación-acción participativa y con la evaluación participativa, corrientes que han mostrado la utilidad de combinar conocimiento situado y acompañamiento técnico en ciclos iterativos de diagnóstico, acción y aprendizaje (Fals Borda, 1987; Cornwall y Jewkes, 1995). Para efectos operativos se adopta un paquete mínimo de herramientas de uso extendido en América Latina, seleccionado por su carácter visual y su bajo umbral de alfabetización; en particular, se retoman instrumentos compilados por Geilfus (2009), útiles para transitar del reconocimiento del problema a la decisión y al seguimiento con transparencia y trazabilidad comunitaria.

El punto de partida es sencillo pero decisivo: toda comunidad ya hace salud. Existen prácticas, acuerdos, redes y hábitos que protegen, al igual que hay carencias, riesgos y violencias que dañan. Mirar ambos polos, con las personas como protagonistas del análisis, genera hallazgos más útiles que los



obtenidos con encuestas descontextualizadas. La priorización con una escala simple —de uno a cinco— no busca precisión estadística, sino transparencia y consenso; al finalizar la actividad, el grupo obtiene una lista corta de asuntos que ameritan acción pronta, la cual funciona como hoja de ruta para el trabajo por comités, en la que cada equipo responde preguntas sencillas que obligan a contrastar lo que ya se hace, lo que se hacía antes y los recursos disponibles para hacerlo mejor.

Tres principios sostienen este modo de trabajo: en primer lugar, la validez ecológica, que procura decisiones útiles en el contexto y factibles con los recursos y alianzas existentes; en segundo término, la reflexividad de quien facilita, que reconoce su posición, escucha sin imponer y ajusta la ruta cuando emergen nuevas comprensiones; por último, la ética del cuidado y de la devolución, que implica consentimiento informado, manejo responsable de imágenes y compromisos explícitos para regresar a la comunidad un resumen de hallazgos y acuerdos en formatos comprensibles. Estos principios no son un adorno metodológico, sino un piso de calidad que evita la simulación participativa y protege a los grupos más expuestos a la fatiga o al desencanto.

La economía de medios constituye otra pieza clave. Muchas localidades no pueden sostener procesos largos o costosos, por lo que se privilegian herramientas simples que funcionan con rotafolios, marcadores y calcomanías, sin perder rigor ni capacidad de decisión. Un recorrido rápido por el territorio acerca la conversación a los lugares donde ocurren las cosas, permite observar barreras concretas y descubrir soluciones que no aparecerían en una sala. La matriz multicriterio ordena la decisión con reglas claras que combinan impacto esperado, factibilidad local, contribución a la equidad, costo y tiempo de ejecución, así como riesgos previsibles; la comunidad elige y se compromete, mientras el equipo acompañante documenta, da seguimiento y vincula con actores institucionales cuando es necesario.

En las secciones siguientes se detalla cómo se desarrollaron los dos talleres, qué productos generaron y qué aprendizajes dejaron en términos de organización, cuidado y gestión comunitaria del bienestar común.

Metodología

Se realizó un estudio cualitativo descriptivo basado en la sistematización de una experiencia de intervención participativa en salud comunitaria. El propósito fue describir y analizar el proceso mediante el cual una comunidad identificó y priorizó determinantes sociales de la salud y transformó dichas prioridades en acuerdos de acción colectiva, en el marco de un programa institucional de fortalecimiento comunitario.

La experiencia tuvo lugar en una comunidad rural catalogada con alta marginación, caracterizada por limitaciones de acceso a servicios básicos y por la existencia de algunos recursos organizativos previos. Se desarrolló en el marco del Programa de Salud y Bienestar Comunitario (PSBC), operado por el Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia (SEDIF) en Baja California Sur, cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida y fomentar el desarrollo de capacidades en comunidades de alto y muy alto índice de marginación.

Participaron madres de familia, pescadores, jóvenes, personas mayores y algunas personas vinculadas al ámbito educativo y de salud local. La convocatoria se realizó a través de los canales comunitarios habituales del programa y estuvo dirigida a personas adultas residentes en la comunidad interesadas en reflexionar sobre sus condiciones de vida y en participar en procesos de organización local. No se recabó información sociodemográfica individualizada, puesto que la unidad de análisis fue el proceso colectivo más que las características personales.



Procedimiento

El trabajo se estructuró en dos talleres de aproximadamente dos horas cada uno.

En el primer taller, orientado a la identificación y priorización de determinantes sociales de la salud, se utilizó una matriz impresa en rotafolio que incluía, en filas, los principales determinantes en la comunidad: acceso a servicios médicos, clínicas y medicamentos; calidad de las escuelas y programas educativos; condiciones de la vivienda y acceso a agua potable y electricidad; oportunidades de trabajo y condiciones laborales; acceso a alimentos saludables y seguridad alimentaria; calidad del entorno físico (espacios públicos, áreas verdes, infraestructura); niveles de seguridad y protección comunitaria; participación social en decisiones locales; y acceso a actividades culturales y recreativas.

A cada participante se le entregó un conjunto de calcomanías y se explicó la dinámica: valorar de manera individual cada determinante en una escala del 1 al 5 (1 = condición más deficiente, 5 = condición más favorable) y colocar las calcomanías en la casilla correspondiente. Una vez completada la matriz, en plenaria se revisaron los “manchones” de calcomanías por fila, se identificaron los determinantes con mayor concentración en las columnas 1 y 2 y se discutió cuáles se considerarían prioritarios. Este ejercicio permitió construir, por consenso, una lista corta de “determinantes ancla”, registrada en el propio rotafolio mediante una numeración lateral que ordenaba las prioridades.

El segundo taller se centró en traducir esas prioridades en acuerdos de acción. Con base en los determinantes ancla identificados, las personas participantes se organizaron en comités temáticos (salud, empleo, alimentación, seguridad, entorno físico, cultura y recreación). Cada comité trabajó con una hoja de rotafolio estructurada a partir de cinco preguntas guía: ¿Qué buscamos?, ¿Dónde lo vamos a buscar?, ¿Cómo lo haremos?, ¿Quién lo hace? y ¿Qué vamos a presentar? A partir de estas preguntas, los grupos discutieron y registraron por escrito su objetivo específico, las instituciones o actores con quienes gestionarían apoyos, las acciones concretas a realizar y las formas de documentar avances (por ejemplo, oficios de solicitud, listas de personas participantes y fotografías de actividades). Al cierre, cada comité presentó su rotafolio en plenaria y se ajustaron colectivamente formulaciones y compromisos.

Producción y análisis de la información

La información para este artículo proviene de tres fuentes principales: a) la observación participante de la autora como facilitadora de los talleres, registrada en notas de campo; b) las fotografías del proceso de trabajo grupal, de la matriz de priorización y de los rotafolios elaborados por los comités; y c) los productos escritos generados en los talleres (matriz de calcomanías y rotafolios con respuestas a las preguntas guía).

La sistematización siguió el enfoque propuesto por Jara (2010) para la sistematización de experiencias: reconstrucción cronológica del proceso, identificación de momentos clave, diálogo entre la práctica y el marco conceptual y análisis de los alcances y límites de la experiencia. A partir de una lectura reiterada de los materiales se agruparon los hallazgos en tres ejes analíticos: a) lectura comunitaria de los determinantes sociales de la salud; b) construcción de acuerdos y comités de gestión; y c) política del cuidado y condiciones para la sostenibilidad. Estos ejes organizan la presentación de resultados en las secciones siguientes.



Resultados

Lectura del territorio: el primer taller

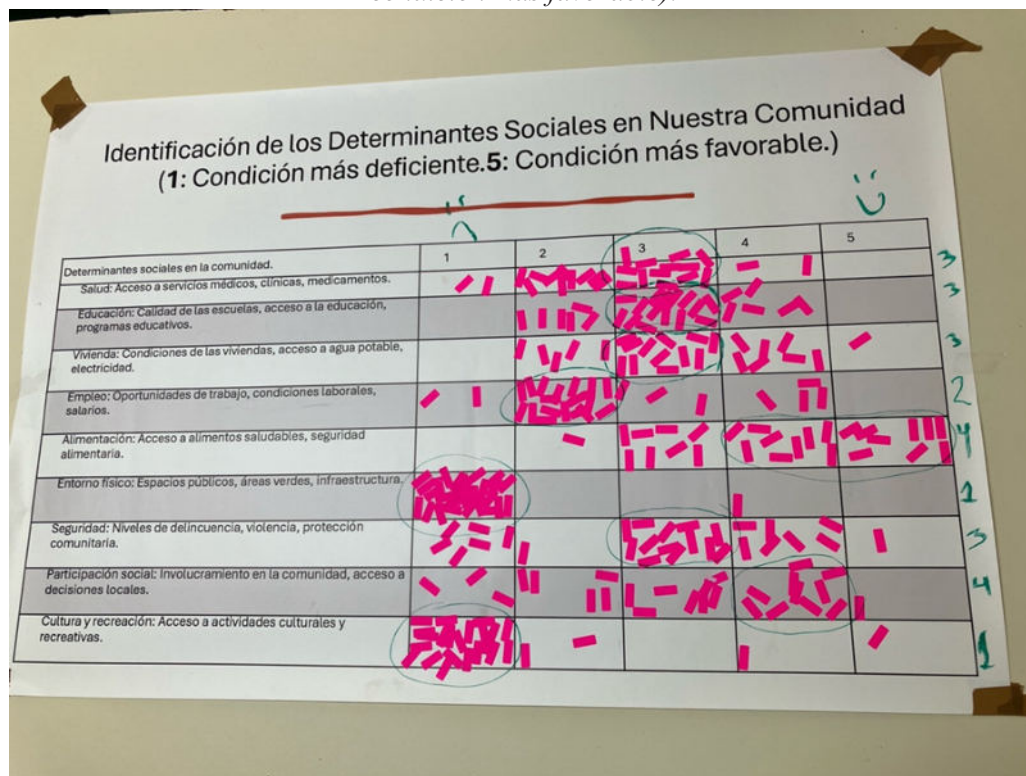
En la primera sesión, de dos horas, participaron actores cotidianos de la comunidad —madres de familia, pescadores, jóvenes y personas mayores— que no acudieron a “opinar” sobre un diagnóstico externo, sino a construir su propia lectura del territorio. Al frente se colocó una hoja de rotafolio impresa con la matriz de determinantes sociales de la salud mencionada en la sección metodológica.

A cada participante se le entregó un conjunto de calcomanías del mismo color y se explicó la dinámica: pensar en la situación actual de la comunidad y, de manera individual, acercarse a la matriz para valorar cada determinante en la escala del 1 al 5; uno por uno fueron pasando al rotafolio, colocaban las calcomanías en la casilla correspondiente a su percepción y regresaban a su lugar, mientras el resto observaba cómo la matriz se iba llenando. En esta fase no hubo discusión, con el fin de evitar que las opiniones de algunas personas influyeran en la decisión de otras.

Con la matriz completa, se pasó a la priorización en plenaria. Entre todas y todos se revisaron fila por fila los acumulados de calcomanías, se identificaron los determinantes con mayor concentración en las columnas 1 y 2 y se acordó cuáles se considerarían más urgentes. Ese acuerdo se registró en el margen derecho del rotafolio con una numeración simple (del 1 al 4) que indicaba el orden de prioridad consensuado. Más que buscar precisión estadística, la escala de 1 a 5 se utilizó para asegurar transparencia y facilitar el consenso (Geilfus, 2009): los “manchones” de calcomanías hacían visibles los problemas que más pesaban y la numeración lateral fijaba un acuerdo común. De esta forma se obtuvo una lista corta de determinantes ancla, fotografiada en el rotafolio, que operó como brújula y compromiso colectivo. En la figura 1 se observa el resultado de este ejercicio, donde se distinguen las condiciones señaladas como más deficitarias.

Figura 1

Matriz de priorización de determinantes sociales de la salud en la comunidad (1 = condición más deficiente; 5 = condición más favorable).





Del acuerdo a la acción: el segundo taller

La segunda sesión inició con un norte compartido: la lista de determinantes priorizados en el taller anterior ya no requería más diagnóstico, sino organización. Con las mismas personas participantes se formaron comités por tema, vinculados a los determinantes ancla: salud, empleo, alimentación, seguridad, entorno físico y cultura y recreación.

Cada comité recibió una hoja de rotafolio con las cinco preguntas guía en filas. A partir de ellas se abrió la discusión en cada grupo: se definieron objetivos específicos —por ejemplo, contar con material deportivo para niñas y niños, mejorar el acceso a servicios médicos, generar empleos comunitarios, fortalecer la seguridad vecinal o rehabilitar espacios públicos—; se identificaron dependencias y actores con los que habría que gestionar apoyos; se acordaron acciones concretas —elaborar oficios, organizar comités de vigilancia, solicitar pláticas al centro de salud, promover huertos y actividades culturales—, y se nombraron responsables. Las y los participantes trabajaron de pie alrededor de los rotafolios, escribiendo, borrando y completando frases hasta alcanzar acuerdos mínimos compartidos. En la figura 2 se presenta un collage de estos momentos de trabajo en comités.

Figura 2

Trabajo en comités durante el segundo taller del Programa de Salud y Bienestar Comunitario.

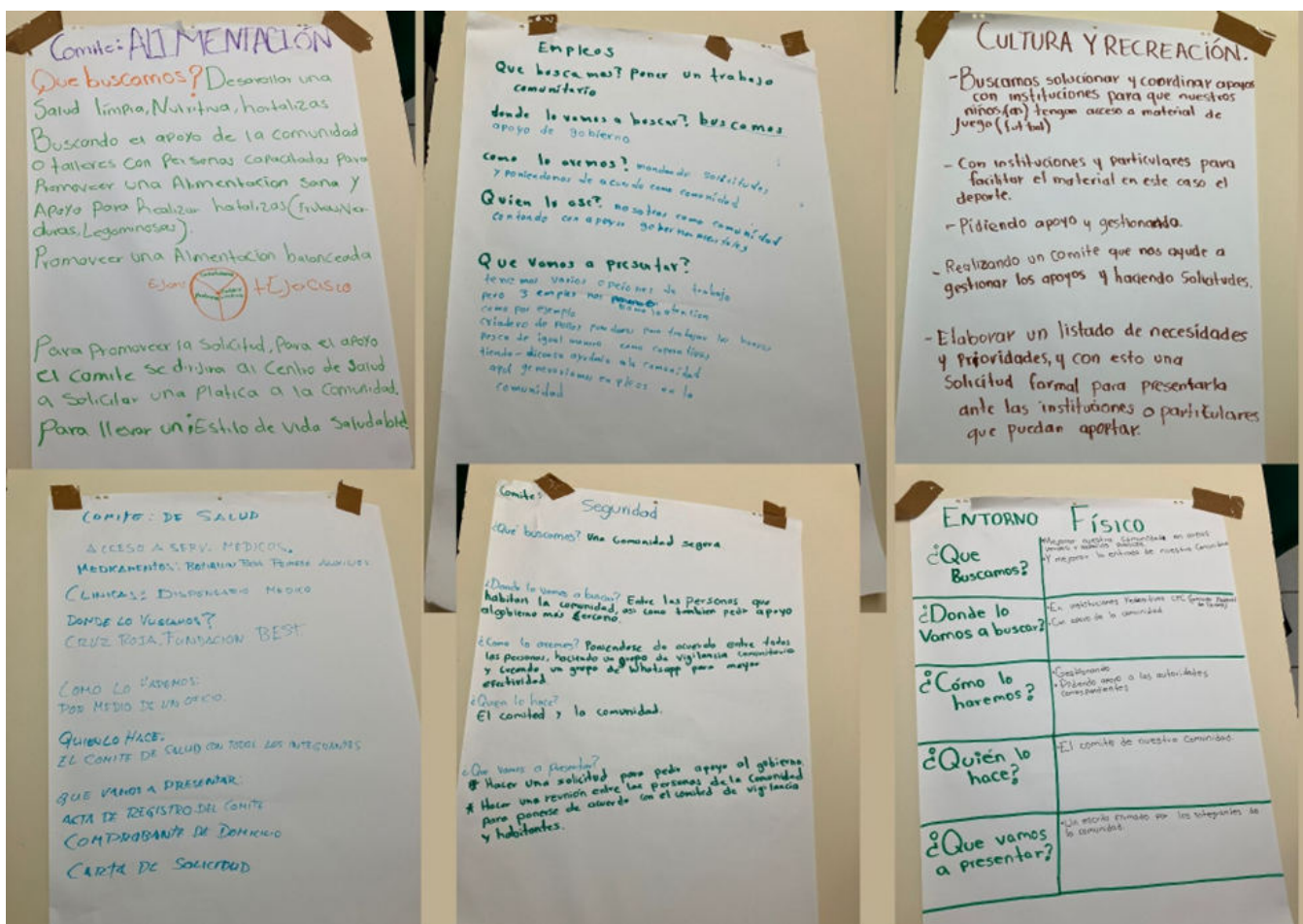




Una vez llenados los rotafolios, se pasó a plenaria. Comité por comité, las personas portavoces presentaron sus respuestas a las cinco preguntas, mientras el resto del grupo realizaba comentarios y ajustes menores. Los acuerdos quedaron visibles en las paredes de la sede como recordatorio de lo decidido en común. La figura 3 muestra algunos de estos rotafolios finales, donde se sintetizan, para cada comité, qué se busca, dónde se gestionará, cómo se actuará, quiénes son responsables y qué se espera presentar como resultado.

Figura 3

Rotafolios elaborados por los comités temáticos (empleo, seguridad, alimentación, salud, entorno físico y cultura y recreación) con sus objetivos y acciones acordadas.



Discusión: política del cuidado a escala humana

La ruta trabajada en los talleres puede leerse en dos movimientos articulados con el marco conceptual. En primer lugar, mirar de manera colectiva los determinantes que más pesan para entrelazar percepciones y construir un consenso claro; en segundo término, traducir ese consenso en gestión comunitaria a la escala de lo posible, mediante comités que reconocen lo que ya funciona, valoran alternativas y acuerdan tareas con responsables y tiempos realistas. Más que resolver todos los problemas, el proceso buscó generar tracción: un pequeño sistema de decisiones y cuidados que aprende haciendo.



En ambos movimientos, la facilitación resultó central. Lejos de conducir hacia un resultado predeterminado, la tarea consistió en modular la conversación para que las voces circularan, los acuerdos se registraran y las disensiones se comprendieran; se procuró evitar el simulacro de “participación para la foto” y crear condiciones de confianza para que los desacuerdos pudieran expresarse sin sanción. También fue necesario un trabajo de síntesis: ordenar el caudal de aportes en textos claros y figuras legibles que la comunidad reconociera como propios al momento de la devolución.

Dos horas de priorización fueron suficientes para fijar un norte común y dos horas de trabajo por comités permitieron delinear un primer tramo de camino. El énfasis estuvo en no prometer lo que no se podía cumplir y, en cambio, en identificar acciones alcanzables que produjeran logros tempranos —reparar luminarias en un tramo crítico, gestionar un punto de agua, organizar una jornada de limpieza—; estas victorias modestas abren espacio a decisiones posteriores más complejas.

Al mismo tiempo, la experiencia mostró límites claros. La participación, por sí sola, no corrige las asimetrías de poder ni sustituye a las instituciones, aunque puede matizarlas y generar acuerdos más equilibrados. Cuando los comités trabajan determinantes vinculados con políticas públicas —agua, vivienda, seguridad alimentaria, espacio público—, la conversación tiende a desplazarse del “pedir” al “pactar”: qué aporta la comunidad, qué aporta la autoridad, con qué calendario y qué evidencia de avance se considerará suficiente. Ese desplazamiento, aunque discreto, modifica el tono y la dirección del trabajo.

Desde esta lectura, las metodologías participativas en salud comunitaria no constituyen únicamente un recurso técnico, sino una forma de política del cuidado a escala humana. Registrar lo acordado, medir con indicadores sencillos, mostrar avances y revisar críticamente lo hecho se aproxima a esa administración cotidiana de lo común que pocas veces se reconoce y, sin embargo, sostiene la vida colectiva.

Conclusión

La experiencia descrita confirma la hipótesis de partida: cuando la comunidad produce su propia evidencia y decide con reglas sencillas y públicas, la salud comunitaria se convierte en una forma concreta de política del cuidado. Los talleres mostraron que herramientas simples —priorización visible de determinantes, trabajo por comités guiado por preguntas y acuerdos escritos en rotafolios— son suficientes para ordenar el desacuerdo, visibilizar prioridades compartidas y traducirlas en acciones posibles, siempre que se acompañen de una facilitación ética y respetuosa (Jara, 2010; Geilfus, 2009). La validez ecológica opera aquí como criterio central: la calidad del proceso no reside en la sofisticación técnica, sino en su pertinencia y factibilidad en el contexto (Chambers, 1994).

Desde este trípode —validez ecológica, reflexividad de la facilitación y ética del cuidado— los dos talleres dejan de ser un trámite metodológico para convertirse en un dispositivo público de decisión. En pocas horas fue posible que las y los participantes nombraran los determinantes que más les afectan, los priorizaran de manera transparente y los tradujeran en objetivos, acciones y responsabilidades concretas. Aun en presencia de asimetrías de poder, inercias administrativas o riesgo de fatiga, los criterios compartidos y la rotación de vocerías contribuyeron a equilibrar la conversación y a establecer pactos más claros con las instituciones sobre quién hace qué, cuándo y con qué evidencia (Fals Borda, 1987; Cornwall y Jewkes, 1995).

Sin embargo, el caso también evidencia una fragilidad recurrente en los programas de salud comunitaria: una vez concluido el ciclo formal de capacitación, no se dispuso de recursos ni de tiempo institucional para acompañar el seguimiento de los acuerdos. Los comités quedaron con un horizonte de acción delineado, pero sin un andamiaje estable que garantizara visitas, asesoría y retroalimentación



periódica; en la práctica, muchas intervenciones se detienen en el momento de la “entrega” del taller, justo cuando la comunidad comienza a organizarse y cuando el potencial de aprendizaje colectivo es mayor.

Señalar esta limitación no busca descalificar lo logrado, sino subrayar una recomendación para el diseño de programas: incorporar desde el inicio recursos humanos y financieros específicos para el acompañamiento posterior. La participación gana profundidad cuando no se reduce a un evento aislado, sino que se sostiene en ciclos de decisión, acción y revisión compartida. Que este artículo documente tanto las posibilidades como los límites de la experiencia constituye, quizá, su aporte más urgente: recordar que sin seguimiento la capacitación se agota en la fotografía del taller; con seguimiento, en cambio, puede convertirse en una práctica viva de cuidado colectivo y en una base sólida para políticas de salud comunitaria más justas y sostenibles.

Referencias:

- Chambers, R. (1994). The origins and practice of participatory rural appraisal. *World Development*, 22(7), 953–969.
- Cornwall, A., y Jewkes, R. (1995). What is participatory research? *Social Science & Medicine*, 41(12), 1667–1676.
- Fals Borda, O. (1987). The application of participatory action-research in Latin America. *International Sociology*, 2(4), 329–347.
- Geilfus, F. (2009). *80 herramientas para el desarrollo participativo: Diagnóstico, planificación, monitoreo, evaluación*. Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura.
- Jara Holliday, Ó. (2010). *La sistematización de experiencias: Un método para impulsar procesos emancipadores*. Fundación Editorial El perro y la rana; Centro de Estudios para la Educación Popular (CEPEP).

Documento recibido el 19 de agosto de 2025.
Aceptado para su publicación el 8 de abril de 2026.