

Evaluación formativa de un proyecto de capacitación con enfoque ascendente (*bottom-up*) en la Patagonia argentina

Formative research of a bottom-up training project in Argentine Patagonia

Sergio F. Jaime. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Secretaría de Salud. Chubut (República Argentina). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9098-2647>

María B. Morejón. Licenciada en Sociología. Secretaría de Salud. Chubut (República Argentina). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1764-748X>

Glenn R. Laverack. MsC, PhD. Profesor adjunto. College of Medicine & Health Sciences. United Arab Emirates University. York (Reino Unido). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6784-234X>

RESUMEN

Antecedentes. Los enfoques ascendentes (*bottom-up*) son aquellas intervenciones donde los agentes externos actúan para apoyar a la comunidad en la identificación de problemas que son importantes y relevantes para sus vidas y les permiten desarrollar estrategias para resolverlos; integrar estas intervenciones en el conjunto de prácticas gubernamentales se traducen en acciones más eficaces y sensibles a las necesidades locales.

Objetivo. Analizar la necesidad del desarrollo de una línea paralela de trabajo cuando se intentan implementar medidas de salud pública de orden jerárquico superior o descendente (*top-down*) en un contexto comunitario.

Material y métodos. En la ciudad de Trelew (Patagonia argentina) se implementó un programa pedagógico orientado al fortalecimiento de medidas preventivas contra la COVID-19 con enfoque comunitario: el presente es una evaluación formativa mediante entrevistas en profundidad de ese programa.

Resultados. Las entrevistas mostraron un nivel adecuado de conocimientos sobre medidas de salud pública no farmacológicas contra la COVID-19 y la ausencia de mecanismos participativos. Se pudieron identificar tres dimensiones de interés en el contexto comunitario: creencias, miedo y fortalecimiento de las organizaciones sociales.

Conclusiones. Un enfoque comunitario permite escuchar diversas voces, promover un espacio de reflexión crítica y brindar herramientas que permiten desarrollar diferentes conocimientos y destrezas necesarias para abordar problemas que

afectan a sus comunidades, experiencias similares pueden agregar valor a la implementación de políticas públicas de salud en contextos locales.

Palabras clave: promoción de la salud, participación de la comunidad, empoderamiento, políticas públicas en salud, defensa de la salud.

ABSTRACT

Background. *Bottom-up approaches are those interventions where external agents act to back the community in identifying problems important and relevant to their lives, and enable them to devise strategies to solve them. Integrating these interventions into the suite of government practices translates into more effective actions sensitive to local needs.*

Aim. *To analyse the need to set out a parallel line of work when attempting to implement top-down public health measures in a community context.*

Material and methods. *In the city of Trelew (Patagonia, Argentina) a pedagogical programme was implemented aimed at strengthening preventive measures against COVID-19 with a community approach: this is formative research by means of in-depth interviews from this programme.*

Results. *The interviews revealed a suitable level of knowledge about non-pharmacological public health measures against COVID-19 and the absence of participatory mechanisms. It was possible to identify three dimensions of interest in a community context: beliefs, fear and making social organizations more robust.*

Conclusions. *A community approach enables different voices to be heard, promotes a space for critical reflection and provides tools that allow the devising of*

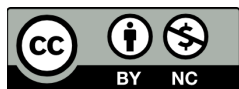


FECHA DE RECEPCIÓN:
21 DE JUNIO DE 2024
FECHA DE ACEPTACIÓN:
26 DE NOVIEMBRE DE 2024

Para contactar:

Sergio F. Jaime.
monchituc2@hotmail.com

Editor/a responsable:
Patricia Pérez Wilson



El contenido de Comunidad está sujeto a las condiciones de la licencia Creative Commons Atribución- NoComercial 4.0 Internacional

different knowledge and skills required to tackle problems that impact their communities. Similar experiences can add value to the implementation of public health policies in a local context.

Keywords: *Community Participation, Empowerment, Health Advocacy, Health Promotion, Public Health Policies*

INTRODUCCIÓN

El componente de clase, género, raza y geografía ubicó en una posición desigual a la población en contextos de vulnerabilidad social a la hora de llevar adelante las medidas de la salud pública para enfrentar la COVID-19⁴. El cumplimiento de las medidas de prevención en poblaciones y territorios caracterizados por su vulnerabilidad enfrentó obstáculos fruto de estas condiciones estructurales de inequidad, como también efectos no deseados o adversos que profundizaban problemas ya existentes⁵.

En un contexto de inequidad estructural es necesario trabajar en el fortalecimiento, empoderamiento y acompañamiento de las comunidades y organizaciones sociales implementando medidas innovadoras y eficaces en el marco de políticas y planes en salud pública con vocación de subsanar el histórico sesgo de adaptación a los contextos locales⁶. Un enfoque comunitario orientado al cumplimiento de estos objetivos no debe ser entendido únicamente como acciones que se desarrollan en un determinado contexto (una comunidad), sino más bien como iniciativas donde «los agentes externos actúan para apoyar a la comunidad en la identificación de problemas que son importantes y relevantes para sus vidas, y les permiten desarrollar estrategias para resolver estos problemas»⁷; este modo de abordaje se conoce genéricamente como enfoque ascendente o bottom-up. No son necesariamente prácticas antagónicas con políticas que surgen en base a una agenda gubernamental; de hecho, si se complementa la agenda comunitaria (*bottom-up*) al conjunto de prácticas gubernamentales (*top-down*) mediante líneas de trabajo paralelas puede no solo mejorar la salud de los miembros de una comunidad, sino también avanzar en el desarrollo de capacidades que pueden considerarse activos en la construcción de territorios donde sus habitantes gocen de mayores niveles de bienestar⁸.

OBJETIVOS

El presente trabajo tiene como objetivo analizar la necesidad del desarrollo de una línea paralela de trabajo cuando se intentan implementar me-

didias de salud pública de orden jerárquico superior o descendente (*top-down*) en un contexto comunitario. Para ello utilizará como sustrato una experiencia de capacitación diseñada con enfoque ascendente (*bottom-up*) en la ciudad de Trelew (República Argentina) orientada a mejorar la implementación de medidas de salud pública no farmacológicas contra la COVID-19 en contextos de vulnerabilidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Características de la intervención

De octubre a diciembre de 2021 se desarrolló una intervención destinada a que miembros de la comunidad puedan implementar, con un enfoque ascendente (*bottom-up*), las «orientaciones para la aplicación de medidas de salud pública no farmacológicas en grupos de población en situación de vulnerabilidad en el contexto de la COVID-19», una propuesta de la Organización Panamericana de la Salud cuyo propósito fue mejorar la aplicación de medidas de salud pública no farmacológicas durante la respuesta a la COVID-19, así como su adherencia por parte de grupos de población en situación de vulnerabilidad⁹. Para ello se desarrolló el proyecto «Enfoques bottom-up para la formación de competencias en medidas de salud pública no farmacológicas en poblaciones vulnerables del Municipio de Trelew», una intervención de base comunitaria con tres componentes: a) un programa pedagógico con enfoque ascendente para implementar las orientaciones; b) un componente evaluativo que incluía una evaluación formativa, un análisis de los contenidos generados por el alumnado y una evaluación final del programa, donde se evaluaron las actitudes, conocimientos y destrezas de las personas participantes; c) un componente de marketing social desarrollado con contenidos armonizados con el programa pedagógico. El presente trabajo muestra los resultados de la evaluación formativa del programa pedagógico.

El programa pedagógico estuvo constituido por seis encuentros en modalidad taller (**tabla 1**) orientados a brindar los conocimientos, actitudes y destrezas necesarios para el desarrollo de capacidades comunitarias (**figura 1**), entendidas estas como «un proceso que aumenta los activos y atributos que una comunidad puede aprovechar para mejorar sus vidas»⁹. Cada encuentro, de aproximadamente 3 horas, consistía en: a) una presentación con la información más relevante (realizada por uno de los autores de este trabajo); b) la realización de actividades destinadas a profundizar el conocimiento considerado como esencial y la adquisición de destrezas específicas (facilitada por uno de los autores de este trabajo junto con un miembro del Municipio de Trelew o

Tabla 1. Talleres «Enfoques bottom-up para la formación de competencias en medidas de salud pública no farmacológicas en poblaciones vulnerables del Municipio de Trelew»

Encuentro	Presentación	Taller
1	Involucrarse y trabajar con las comunidades	Las diferencias entre una agenda comunitaria y una agenda de orden jerárquico superior. Cómo consensuar y ordenar los problemas de la comunidad
2	Enfoques de arriba abajo y de abajo arriba	El ciclo de proyectos. Cuáles son las etapas de un enfoque top-down y cuáles las etapas de un enfoque bottom-up
3	Desarrollar y medir la capacidad de la comunidad	El enfoque de los nueve dominios y visibilizar la capacidad comunitaria a través de la técnica de tela de araña
4	Recopilación de información basada en la comunidad	Técnicas de recolección de información en el contexto comunitario: narración de historias, entrevistas, grupos focales y fotovoz
5	Mejorar habilidades de comunicación y escuchas	Técnica de escucha activa. Principios para la elaboración de un plan comunicacional
6	El diseño de un proyecto con enfoque bottom-up	Paso a paso en la elaboración de un proyecto con enfoque bottom-up. Integrarlo con las intervenciones gubernamentales

Modificada de: Proyecto «Enfoques bottom-up para la formación de competencias en medidas de salud pública no farmacológicas en poblaciones vulnerables del Municipio de Trelew». Argentina, noviembre de 2021.

del Sistema de Salud según el origen de la cohorte), y c) una ponencia para contextualizar lo aprendido en su entorno comunitario (coordinada por uno de los autores de este trabajo).

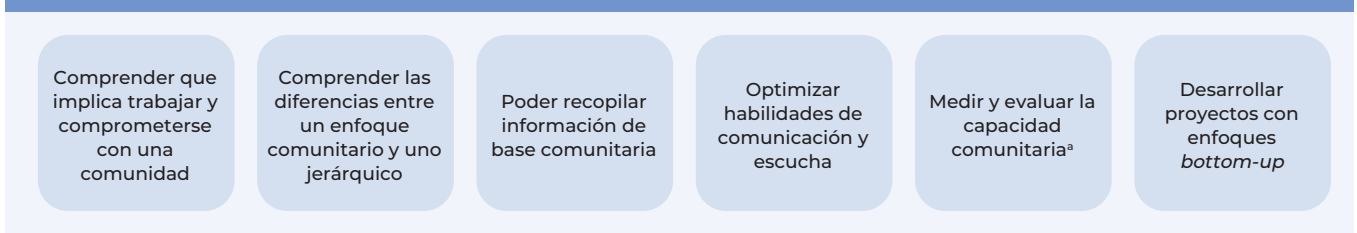
Si bien el diseño del programa se sostuvo en la teoría de la acción razonada¹⁰ en la práctica, la metodología fue participativa y estuvo basada en los principios de la educación popular, reforzando la participación, escucha y visibilidad de voces de las distintas comunidades, orientada como una propuesta en formato de pedagogía problematizadora que trata de superar las contradicciones del educador – educando y que se adapta al contexto de las organizaciones sociales en su situación sociohistórica¹¹. Se buscó ensayar formas de

educación donde se valoran los saberes y aprendizajes colectivos cuestionando y construyendo miradas alternativas¹².

El programa pedagógico seleccionó a sus participantes por pertenecer a sectores clave en términos de vulnerabilidad de la ciudad de Trelew; se constituyeron dos cohortes (tabla 2), teniendo en cuenta si contaban con algún tipo de conocimiento o entrenamiento formal en salud comunitaria (profesionales de trabajo comunitario de salud en terreno del Sistema de Salud Provincial del Chubut) o no (miembros del Consejo de Pastores de Iglesias Evangélicas [CoPIET], una asociación vecinal e integrantes de lo que aquí se conocen como movimientos sociales de desocupados). Los movimientos sociales de desocupados en Argentina son un colectivo con una compleja trama histórica, cuya identidad y cohesión parece haberse forjado en la participación de protestas y luchas por apoyo social (trabajo, comida). Fueron organizándose e instituyéndose en una multiplicidad de organizaciones sociales o cooperativas que brindan servicios al Estado (nacional, municipal o provincial) mayoritariamente por intermedio de programas de ayuda económica por transferencia condicionada en territorios con grandes niveles de vulnerabilidad¹³. El CoPIET engloba a las iglesias evangélicas de la ciudad de Trelew, ubicadas en las zonas más vulnerables de la ciudad, que son relevantes de la trama social de sus territorios de influencia.

La Asociación Vecinal Santa Catalina es una asociación de vecinos con una sede propia, autónoma, reconocida por el municipio, cuyos representantes son elegidos mediante la participación de la comunidad. Los trabajadores y las trabajadoras de salud comunitario son miembros formales del sistema de salud local y cuentan con un entrenamiento específico que los habilita como tales; cada uno se ocupa de una zona vulnerable delimitada por la autoridad correspondiente y es responsable tanto del seguimiento de familias asignadas como de las actividades de prevención y promoción de la salud.

Figura 1. Los conocimientos, actitudes y destrezas necesarias para el desarrollo de un proyecto con enfoques *bottom-up*



^a El término *capacidad comunitaria* hace referencia a habilidades de los grupos de una comunidad para definir, evaluar, analizar y actuar sobre cualquier cuestión sanitaria que sea importante para sus miembros.

Modificada de: Proyecto «Enfoques bottom-up para la formación de competencias en medidas de Salud Pública no farmacológicas en poblaciones vulnerables del Municipio de Trelew». Argentina, noviembre de 2021.

Tabla 2. Características de los participantes de los talleres «Enfoques bottom-up para la formación de competencias en medidas de salud pública no farmacológicas en poblaciones vulnerables del Municipio de Trelew»

	Cohorte 1 Sin entrenamiento en salud comunitaria	Cohorte 2 Con formación y tareas específicas en salud comunitaria
Cantidad	15 personas	8 personas
Pertinencia	<ul style="list-style-type: none"> • CoPIET: Consejo de Pastores de Iglesias Evangélicas (5 personas) • Asociación Vecinal Santa Catalina (5 personas) • Movimientos sociales de desocupados (5 personas) 	Sistema de Salud del Gobierno del Chubut

Modificada de: Proyecto «Enfoques bottom-up para la formación de competencias en medidas de salud pública no farmacológicas en poblaciones vulnerables del Municipio de Trelew». Argentina, noviembre de 2021.

Recolección y análisis de datos de la evaluación formativa

Se utilizó un diseño cualitativo mixto donde los datos se recogieron y analizaron desde un enfoque fenomenológico (componente principal) utilizando como sustrato una experiencia participativa (componente suplementario) con enfoque ascendente¹⁴. Este trabajo es una evaluación formativa que puede definirse como el proceso mediante el cual se intentan establecer los puntos clave de acceso a una comunidad y aquellos atributos que son relevantes en una intervención utilizando metodologías que permiten comprender las creencias, percepciones y comportamientos que permitirán ajustar cultural y geográficamente una intervención¹⁵⁻¹⁷.

Se hicieron entrevistas en profundidad a una muestra por conveniencia de cuatro personas participantes (una por cada grupo) después del primer encuentro-taller y se abordaron los siguientes temas: a) un breve repaso de las medidas de salud públicas no farmacológicas contra la COVID-19; b) las distintas dificultades que se observaron para su implementación en comunidades vulnerables, y c) las características de un enfoque ascendente y su rol en el desarrollo de intervenciones de base comunitaria.

Las personas entrevistadas fueron seleccionadas entre quienes habían participado por recomendación de pares y se solicitó que manifestaran de

manera explícita su voluntad de participar. Las entrevistas en profundidad se proponen explorar las perspectivas, puntos de vista, experiencias y sentimientos de actores claves, por lo que se considera un método adecuado para recoger datos en una evaluación formativa.

Se hicieron cuatro preguntas orientadoras en dos cuestiones centrales y que constituyeron el guion de cada entrevista: el nivel de conocimiento y dificultades de implementación de las medidas de salud pública no farmacológicas contra la COVID-19 y el grado de participación de su comunidad en el proceso de implementación de medidas no farmacológicas contra la COVID-19 (**figura 2**); debido a la estrecha ventana temporal para este estudio no se hizo una prueba piloto.

Si bien no se brindó un consentimiento informado para su firma, antes de hacer las entrevistas se hizo una llamada para explicar los objetivos, la metodología, cómo se manejarían los datos y la posibilidad de interrumpir el proceso en cualquier etapa. Una vez lograda la aprobación de la persona entrevistado, se acordó un horario y el tiempo estimado de la entrevista (siempre cercano a 1 hora).

Las entrevistas se llevaron a cabo telefónicamente (debido a las restricciones por la pandemia) y se grabaron. La desgrabación de las mismas se hizo en una ficha con los datos principales de la persona entrevistada, que sirvieron como fuentes para

Figura 2. Participación comunitaria



el presente estudio. Todo este proceso fue llevado a cabo por un profesional de las ciencias sociales con experiencia que no había participado en los talleres, por lo que no tuvo contacto previo con las personas entrevistadas. Tanto en la ficha inicial como en la transcripción, todos los datos fueron anonimizados. El análisis de los mismos se hizo siguiendo las pautas de los análisis fenomenológicos interpretativos: comentarios iniciales, identificación de temas emergentes (se resaltaron palabras y frases clave que se consideraron potenciales descriptores de dimensiones relacionadas con la adaptación cultural y geográfica de las medidas de salud pública no farmacológicas contra la COVID-19), agrupamiento de los temas, elaboración de las tablas temáticas y análisis y conjugación de los datos en las tablas temáticas¹⁸.

RESULTADOS

Las cuatro personas entrevistadas mantuvieron paridad de género (dos hombres, dos mujeres) y de ocupación (dos con empleo formal y dos en paro). Salvo una persona (65 años), las demás estaban incluidas en un rango de edad de entre 30 y 50 años.

Las personas entrevistadas refirieron conocer las medidas enunciadas en «las orientaciones para la aplicación de medidas de salud pública no farmacológicas en grupos de población en situación de vulnerabilidad en el contexto de la COVID-19»: cuarentena de casos y contactos, confinamiento domiciliario, cierre de escuelas, lugares de trabajo no esenciales y limitaciones en la aglomeración según el momento epidémico, restricciones en el transporte público y lavado de manos con agua y jabón⁵. Su nivel de conocimiento de las medidas fue alto y preciso, por lo que no se desarrollaron repreguntas al respecto. Sin embargo, las preguntas restantes, fundamentalmente las dos últimas (cómo se consultó a la comunidad sobre las medidas de prevención y qué enfoque comunitario se utilizó para la implementación de medidas de salud pública), generaron un contenido más diverso y amplio que hizo posible identificar distintos puntos de vista, experiencias y sentimientos. El análisis permitió definir tres categorías temáticas: vínculos sociales y sentimiento de membresía, subjetividad-creencias y miedo (incertidumbre y disciplina).

Vínculos sociales y sentimiento de membresía

Los vínculos sociales (cómo y con quién se relacionaban las personas entrevistadas), así como el modo en que percibían el sentimiento de pertenecer a una red de relaciones sociales (sentimiento de membresía) fueron una parte trascendente en el relato de las personas que hicieron la entrevista. La

actitud y conducta colectiva, fundamentalmente en el modo de participar, fueron determinadas en gran medida por las características de su red de relaciones y su percepción del sentido de pertenencia.

La pertenencia definía la conducta o el rol de sus miembros en acciones sociales más amplias (por ejemplo, en acciones sociales más amplias, miembros de iglesias y asociaciones vecinales actuaban como garantes de la implementación de las medidas de prevención contra la COVID-19 promulgadas por las autoridades correspondientes durante los momentos de mayor intensidad de la pandemia en el contexto comunitario). Por el contrario, cuando no se percibía una pertenencia clara con alguna organización o grupo, ser incluidos en un proceso de apoyo de prácticas preventivas a modo de espacio de inclusión social se expresa como una necesidad sentida. Ser y sentirse parte de un espacio colectivo fue expresado reiteradamente como algo relevante, fundamentalmente para determinar el modo de actuar durante la pandemia; por el contrario, actuar de manera aislada producía una sensación de desamparo.

Si bien la relación de cada grupo con el Estado era considerada por todos los entrevistados como algo relevante, cada grupo interpretaba de manera diferente cómo debía ser esta relación. Las organizaciones religiosas, por ejemplo, no expresaban un interés especial en participar en decisiones, sino más bien en tener alguna comunicación con quienes generaban normas para que fueran más permeables a la adaptación de estas al contexto cultural de las personas de su comunidad. En el extremo opuesto, los miembros de las asociaciones vecinales, muy activos durante la pandemia, expresaron su disconformidad por la falta de consulta e invisibilidad de las acciones que ellos venían realizando y mencionaron de manera recurrente que recolectaron información en su comunidad y que esta no fue tomada en cuenta a la hora de implementar acciones.

«Las asociaciones vecinales no participaron en ninguna encuesta a la comunidad, que tendría que haber sido, ya que estaban directo en contacto con el barrio. Cuando uno viene de afuera con una planilla y con guardapolvo blanco, la gente es reticente a las respuestas» (participante 4, cohorte 2).

Un caso llamativo fue el de los miembros del movimiento social de personas desocupadas. A pesar de tener una relación institucional precaria (ya que son contratos laborales cortos, una especie de subsidio de desempleo encubierto a través de programas de transferencia condicionada), se autoperceben como parte del municipio y expresan una gran frustración por el hecho de no sentirse considerados o tenidos en cuenta como miembros del equipo de trabajadores municipales.

«Nosotros llevábamos el alcohol, nunca tuvimos una charla ni nada, daban por sentado que todos teníamos barbijo y medios de limpieza. Nunca nos explicaron nada» (participante 1, cohorte 1).

Subjetividad y creencias

El sistema de creencias, con basamentos en la religión, en la ciencia o en las acciones del Estado en un contexto de incertidumbre global, emerge de manera recurrente. Tanto durante los momentos más dramáticos de la pandemia como al reflexionar sobre nuevos modelos de abordaje de acciones públicas (como las que propone este programa), el sistema de creencias se manifestó como el principal desafío para la incorporación de nuevos conocimientos, actitudes y destrezas.

Las instituciones religiosas expresaron ciertas dificultades para la implementación de las medidas preventivas ya que «primero molestó porque uno lo ve del lado de la fe. Muchos no creían en el virus» (participante 2, cohorte 1).

Esta tensión siguió latente y es manifiesta la dificultad de conciliar la responsabilidad social de la institución con las conductas individuales de sus miembros. El enfoque comunitario, visto desde la perspectiva de las comunidades religiosas, es un método para adaptar su sistema de valores y comprender mejor la dinámica de la sociedad; serviría para que los diferentes territorios (cada uno con sus singularidades) pudieran incluirse en un proceso que los represente mejor.

Para las organizaciones vecinales, las creencias (en la mirada común que las asocia a la religión) son percibidas como un fenómeno externo, un obstáculo en la implementación de las medidas de prevención en su comunidad de referencia. Sin embargo, la idea de organización fuera de lo partidario-político percibido como un valor (se auto-definen como a-políticos), que legitima a sus líderes mediante mecanismos democráticos en el interior de su comunidad, podría definirse como un sistema de creencias, aunque no en el sentido clásico. La posibilidad de participación con enfoque comunitario se vería limitado, según su relato, por un proceso autoimpuesto de realizar acciones que no demuestren afiliación política-partidaria. Más allá de percibirse como a-partidarios, en la organización hay una fuerte construcción de poder horizontal y de toma de decisiones en el interior del grupo para transformar la realidad barrial/vecinal. Impresiona, en el contenido de su relato, que existe cierta disonancia en el modo en que se autoperciben y en el modo en que son vistos por los demás.

«No tenemos peso político, nos pusimos firmes desde la asociación que ninguna persona se iba a

presentar como candidato político, entonces eso frenó muchísimo el crecimiento de esta sede» (participante 3, cohorte 1).

Los miembros de movimientos sociales de personas en paro (en una situación laboral precaria) expresa como idea sustantiva la necesidad de inclusión. En este sentido, el proceso de construcción de acciones con enfoque comunitario les produce una sensación con la que se identifican positivamente:

«Me encantan las herramientas que nos dan porque es para todos, no es solo para médicos o quien tenga estudios» (participante 1, cohorte 1).

Miedo, incertidumbre y disciplina durante la pandemia

El miedo pudo definirse como una categoría singular en este trabajo. Inclusive en colectivos (como los miembros de comunidades religiosas) con un fuerte sistema de creencias, el miedo parece modelar la conducta, aun cuando expone cierta tensión con su identidad:

«Muchos no entendían esto, y el virus no mira fe ni identifica religión, es algo que lo podemos contraer, por eso es importante el cuidado» (participante 2 de la cohorte 1).

Se expresa como en una dimensión individual y colectiva. En su dimensión individual, como un sentimiento mayor que modela conducta y actitudes (por ejemplo, a pesar de que las restricciones se relajaban, continuaba una conducta de protección excesiva). En su dimensión colectiva, como instrumento que legitimaría la implementación de medidas, aunque estas no tuviesen aceptación individual.

«En el barrio fue sencillo, la gente tenía miedo o respeto a la COVID. Estaba adentro de su casa, aunque no quería. Creo que el problema más grande fueron los chicos chiquitos, ya que los padres estaban cansados en tenerlos adentro».

«Muchos chicos estaban afuera y lo único que se pudo hacer fue hablar con los padres y poner afiches, pero no tuvo fruto, ya que nosotros no tenemos autoridad de avanzar sobre el derecho de cada persona. Así que la solución fue cuando intervino la municipalidad, cuando pasó la policía, yo lo veía como una intimidación, pero la verdad es que sirvió» (participante 3 de la cohorte 1).

DISCUSIÓN

Los resultados de esta evaluación formativa muestran que, a pesar de que las personas participantes tenían niveles altos de conocimientos

sobre las medidas preventivas no farmacológicas sobre la COVID-19, otros factores podían considerarse como trascendentes a la hora de implementar medidas de salud pública en contextos comunitarios vulnerables. Estos datos son consistentes con otros estudios que indagaron el nivel de información y de participación de la comunidad en contextos epidémicos¹⁹⁻²¹. Las personas entrevistadas desconocían, antes de este programa pedagógico, los elementos básicos de un enfoque comunitario y la posibilidad de definir y construir capacidad comunitaria para el ejercicio pleno de los atributos que les permitiría un mayor nivel de control y autodeterminación de aquellas cosas que les afectan. Impresiona que fenómenos como los que se identificaron y analizaron en estas comunidades (creencias, miedo-disciplina y sentimiento de membresía) son relevantes a la hora de implementar medidas de salud pública no farmacológicas.

La pandemia por el virus del SARS-CoV-2 se expresó como un evento disruptivo en un mundo donde la razón y la explicación científica fueron determinantes a la hora de «creer» en un marco previsible de lo cotidiano. La forma en que se reproducen sistemas de creencias alternativos en los diferentes contextos comunitarios se convierte en trascendente no solo a la hora de adaptar intervenciones al contexto local, sino también en el momento de prever posibles situaciones de conflicto, como en el caso de la resistencia a las vacunas²²⁻²⁴.

En el campo de la salud pública se recurre frecuentemente al miedo como una herramienta de cambio de conducta; la pandemia por la COVID-19 no fue una excepción^{25,26}. Como contrapartida, el miedo se transforma en una barrera a la participación y compromiso comunitario de calidad en políticas públicas; este fenómeno se acentúa en comunidades que viven procesos epidémicos en contextos de vulnerabilidad²⁷. Dado que las acciones públicas tienen preferencias en disciplinar como forma de ejercicio del poder (vigilancia, control y castigo, corrección) y los modelos pedagógicos que surgen bajo este clima son instrumentales a ese propósito, reproducen sujetos con ánimo temeroso, baja autonomía y poca capacidad para resolver los problemas que les afectan²⁸.

Es razonable proponer que este nivel (pequeños grupos, organizaciones comunitarias) es una interfase a la cual debería prestarse especial consideración cuando se trata de armonizar un enfoque ascendente (*bottom-up*) con intervenciones de orden jerárquico superior (*top-down*), especialmente cuando existe un contexto de inequidad. Por ejemplo, algunas de las dimensiones que permiten caracterizar a una comunidad, como el sentido de pertenencia psicológico o sentimiento de membresía (una característica destacada dentro de los hallazgos de este trabajo), son de una trascendencia tal que puede inclusive superponerse a comportamientos y conductas individua-

les²⁹. El sentimiento de membresía (con una estrecha relación con el concepto «capital social») ocupa un rol prominente cuando se intenta generar acciones desde la propia comunidad no solamente ante un determinado problema o condición que les afecta, sino también cuando se busca implementar acciones integrales que realicen un aporte a la transformación de los determinantes de inequidad de un territorio³⁰.

Las evaluaciones formativas suelen ser utilizadas para adaptarse mejor a los términos culturales de un determinado territorio y desarrollar acciones más ajustadas a contextos singulares. Este trabajo brinda una perspectiva adicional, desarrollando la posibilidad de identificar aspectos que pueden considerarse barreras o facilitadores en la implementación de políticas públicas que integren diferentes enfoques en contextos comunitarios. Estos aspectos, vistos desde una perspectiva más amplia, son también una oportunidad para acordar puntos de anclaje en la arquitectura de políticas públicas que armonicen enfoques ascendentes (*bottom-up*) con políticas de orden jerárquico superior (*top-down*) en la tarea de mejorar las condiciones de vida de comunidades, fundamentalmente de aquellas con mayores grados de vulnerabilidad. Este estudio presenta diferentes limitaciones en su diseño (la escasa cantidad de entrevistas, el tipo de muestreo, la falta de saturación de los datos) condicionadas por la estrecha ventana temporal para su realización y la necesidad de obtener información en tiempo real. Sin embargo, cuando se trata de entornos cambiantes y complejos (brotes epidémicos, desastres climáticos o situaciones de tensión social relacionadas con la salud), donde la velocidad de la obtención de los datos no es menos importante que su exactitud, se ha revalorizado el uso de enfoques rápidos y realistas para el abordaje de problemas y necesidades en entornos comunitarios^{31,32}.

CONCLUSIONES

El presente trabajo hizo posible identificar aspectos claves que justifican la necesidad del desarrollo de líneas paralelas de trabajo cuando se intentan implementar medidas de salud pública en un contexto comunitario. Estos aspectos pueden ser abordados mediante intervenciones que permitan escuchar diferentes voces, promover espacios de reflexión crítica y brindar herramientas que facilitan desarrollar la capacidad comunitaria y fortalecer lazos con la comunidad: el desarrollo de líneas de trabajo con este enfoque, armonizadas con políticas públicas, permitiría un abordaje que incorpore las necesidades y expectativas locales en las acciones públicas de salud y de esta forma se podrían afrontar de mejor manera los desafíos de brindar cuidados de la salud en el contexto comunitario, una empresa compleja en Latinoamérica, donde situaciones de inequidad y vulnerabilidad están ampliamente distribuidas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kawachi I. COVID-19 and the «rediscovery» of health inequities. *International Journal of Epidemiology*. Oxford University Press. 2020;49:1415-8.
2. Santos B de S. Initial lessons from the COVID-19 pandemic. *Revista de Economía Institucional*. 2020 Jan 1;23(44):81-101.
3. Glover RE, Van Schalkwyk MCI, Akl EA, Kristjansson E, Lotfi T, Petkovic J, et al. A framework for identifying and mitigating the equity harms of COVID-19 policy interventions. *J Clin Epidemiol*. 2020 Dec 1;128:35-48.
4. Ismail SJ, Tunis MC, Zhao L, Quach C. Navigating inequities: A roadmap out of the pandemic. *BMJ Glob Health*. 2021 Jan 21;6(1).
5. Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones para la aplicación de medidas de salud pública no farmacológicas en grupos de población en situación de vulnerabilidad en el contexto de la COVID-19. [Internet]. Washington, DC; 2020 [cited 2022 Jan 25]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52955>
6. Rifkin SB, Fort M, Patcharanarumol W, Tangcharoensathien V. Primary healthcare in the time of COVID-19: Breaking the silos of healthcare provision. Vol. 6, *BMJ Global Health*. BMJ Publishing Group; 2021.
7. Laverack G, Labonte R. A planning framework for community empowerment goals within health promotion. *Health Policy Plan*. [Internet]. 2000 Sep;15(3):255-62. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11012399>
8. Vatcharavongvan P, Hepworth J, Marley J. The application of the parallel track model in community health promotion: A literature review. *Health and Social Care in the Community*. 2013;21:352-63.
9. Laverack G. Evaluating community capacity: Visual representation and interpretation. *Community Dev J* [Internet]. 2006 Jul [cited 2023 Sep 13];41(3):266-76. Disponible en: <https://academic.oup.com/cdj/article-abstract/41/3/266/494888?redirectedFrom=fulltext>
10. Stefani D. Teoría de la acción razonada: Una propuesta de evaluación cuali-cuantitativa de las creencias acerca de la institucionalización geriátrica. *Evaluar*. 2005;5:22-37.
11. Freire P. *Pedagogía del oprimido*. 2nd ed. México D.F.: Siglo XXI; 2005.
12. Morejón MB. Educación popular y creatividad sobre cómo pensar la creatividad en el marco de la experiencia del bachillerato popular Villa Crespo. *Onteaiken*. 2012;14:80-91.
13. Manzano V. The unemployed movement in Argentina: Between the collective management of neoliberal policies and the collective management of life. *Rev Antopol Soc*. 2020;29(2):151-66.
14. Morse JM. Simultaneous and sequential qualitative mixed method designs. *Qualitative Inquiry*. 2010;16(6):483-91.
15. Vastine A, Gittelsohn J, Ethelbah B, Anliker J, Caballero B. Formative research and stakeholder participation in intervention development. *Am J Health Behav*. 2005;29(1):57-69.
16. Bentley ME, Johnson SL, Wasser H, Creed-Kanashiro H, Shroff M, Rao SF, et al. Formative research methods for designing culturally appropriate, integrated child nutrition and development interventions: An overview. *Ann N Y Acad Sci*. 2014;1308(1):54-67.
17. Gittelsohn J, Steckler A, Johnson CC, Pratt C, Grieser M, Pickrel J, et al. Formative Research in School and Community-Based Health Programs and Studies: «State of the Art» and the TAAG Approach NIH Public Access Author Manuscript. *Health Educ Behav*. 2006;33(1):25-39.
18. Duque H, Aristizábal Díaz-Granados ET. Análisis fenomenológico interpretativo. *Pensando Psicología*. 2019 nov 7;15(25):1-24.
19. Ngwewondo A, Nkengazong L, Ambe LA, Ebogo JT, Mba FM, Goni HO, et al. Knowledge, attitudes, practices of/towards COVID-19 preventive measures and symptoms: A cross-sectional study during the exponential rise of the outbreak in Cameroon. *PLoS Negl Trop Dis*. 2020 Sep 1;14(9):1-15.
20. Jiang H, Shi GQ, Tu WX, Zheng CJ, Lai XH, Li XX, et al. Rapid assessment of knowledge, attitudes, practices, and risk perception related to the prevention and control of Ebola virus disease in three communities of Sierra Leone. *Infect Dis Poverty*. 2016 Jun 6;5(1).
21. Nwagbara UI, Osual EC, Chireshe R, Bolarinwa OA, Saeed BQ, Khuzwayo N, et al. Knowledge, attitude, perception, and preventative practices towards COVID-19 in sub-Saharan Africa: A scoping review. Vol. 16, *PLoS One*. 2021;16(4):e0249853. doi: 10.1371/journal.pone.0249853.
22. Yehualashet SS, Asefa KK, Mekonnen AG, Gemeda BN, Shiferaw WS, Aynalem YA, et al. Predictors of adherence to COVID-19 prevention measure among communities in North Shoa Zone, Ethiopia based on health belief model: A cross-sectional study. *PLoS One*. 2021;16(1 January).
23. Momplaisir F, Haynes N, Nkwihoreze H, Nelson M, Werner RM, Jemmott J. Understanding Drivers of Coronavirus Disease 2019 Vaccine Hesitancy Among Blacks. *Clinical Infectious Diseases*. 2021 Nov 16;73(10):1784-9.
24. Riad A, Pokorná A, Antalová N, Krobot M, Zviadadze N, Serdiuk I, et al. Prevalence and drivers of COVID-19 vaccine hesitancy among Czech university students: National cross-sectional study. *Vaccines (Basel)*. 2021;9(9).
25. Ordoñana Martín JR, Gómez Amor J, Galvañ Olivares F. El uso del miedo en los mensajes de salud. *Gac Sanit*. 2000;14.
26. Pakpour AH, Griffiths MD. The fear of COVID-19 and its role in preventive behaviours. *Journal of Concurrent Disorders*. [Internet]. 2020 [cited 2024 Nov 17];2:58-3. Disponible en: <https://concurrentdisorders.ca/2020/04/03/the-fear-of-covid-19-and-its-role-in-preventive-behaviors/>
27. Stolor JA, Moses LM, Lederer AM, Carter R. How Fear Appeal Approaches in COVID-19 Health Communication May Be Harming the Global Community. *Health Education & Behaviour*. 2020 Nov;47(4):531-5.
28. Menéndez EL. Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud. *Cuad.médicosSoc(Ros)*. 1985; 33:55-63.
29. Chavis DM, Pretty GMH. Sense of community: advances in measurement and application. *J Community Psychol*. 1999;27:635-42.
30. Sapag J, Kawachi I. Capital Social y promoción de la salud en América Latina. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(1):139-49.
31. Vindrola-Padros C, Vindrola-Padros B. Quick and dirty? A systematic review of the use of rapid ethnographies in healthcare organisation and delivery [Internet]. Vol. 27, *BMJ Quality and Safety*. BMJ Publishing Group; 2018 [cited 2023 Sep 13]. pp. 321-30. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29263139/>
32. Laverack G, Fernando Jaime S. Enfoque rápido en contexto comunitario (ERCC): evaluando las medidas preventivas para Hanta Virus en la Comarca Andina Patagónica dese la perspectiva de la participación comunitaria. *Archivos de Medicina Familiar y General*. 2024 Mar;21(1):11-9.