



Universidad del Valle

**FACULTAD DE SALUD
DOCTORADO EN SALUD**

**Estructuras, funcionamientos y participación entre las instituciones
de salud y las organizaciones sociales para el desarrollo del trabajo
en red en salud**

**Estudiante
Roberto Carlos Luján Villar
201703041**

SANTIAGO DE CALI, COLOMBIA

NOVIEMBRE, 2024

**Estructuras, funcionamientos y participación entre las instituciones
de salud y las organizaciones sociales para el desarrollo del trabajo
en red en salud**

**Tesis de Doctorado presentada como requisito parcial para optar al
título de Doctor en Salud**

**Estudiante
Roberto Carlos Luján Villar
201703041**

**Director de tesis
Mercedes Salcedo Cifuentes Ph.D.**



**Universidad del Valle
2024**

Agradecimientos

A Dios por la vida y oportunidad de formarme en este nivel académico.

A mi amada madre Inés por su paciencia y acompañamiento toda la vida. Por ayudarme en los momentos cruciales como los vividos durante la pandemia, y tantos otros en el pasado más lejano.

A mi hermano Juan David por su apoyo solidario y académico durante tanto tiempo.

A la Dra. Ligia Malagón de Salazar, por ella he llegado a esta instancia doctoral, su apoyo incondicional como jefe, maestra y amiga, es algo que no merezco, y pese a ello con inmensa generosidad me lo ha brindado. Solo tengo palabras de agradecimiento siempre para la querida doctora Ligia.

A mi directora de tesis, Dra. Mercedes Salcedo Cifuentes por su acompañamiento, conocimiento, y decidido apoyo. A los integrantes del comité de tesis, Dra. Ligia Malagón de Salazar y Dr. Julián Cárdenas, por su apoyo clave, sus revisiones en los momentos decisivos y valiosos aportes para hacer de este un valioso trabajo de investigación para el Doctorado en Salud de la Universidad del Valle.

A la Universidad del Valle y a los profesores del Doctorado en Salud por compartir su conocimiento.

A todos los integrantes de las organizaciones sociales que participaron tan gentilmente como informantes clave en este estudio doctoral. Por su amabilidad, paciencia y buena disposición. Sin ellos no hubiese sido posible el levantamiento de información.

A los integrantes de la Ese Sur Oriente por su disposición para abordarlos durante el proceso de obtención de información.

Dedicatoria

A mi madre Inés Villar por ser mi guía y luz toda la vida. Por ayudarme en todos los momentos difíciles de mi vida, que no han sido pocos. Por su voz de fortaleza para seguir adelante, sin ella y su valor no hubiese llegado a este momento de mi vida.

CONTENIDO

GLOSARIO	9
RESUMEN	10
INTRODUCCIÓN	13
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE SALUD	16
1.1 JUSTIFICACIÓN.....	23
2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	25
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	25
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
3. MARCO TEÓRICO	26
3.1 TEORÍAS DE LA SALUD: PROCEDIMIENTO PARA LA ACCIÓN	27
3.1.1 Marco conceptual.....	31
3.1.2 Salud pública	31
3.1.3 Salud comunitaria	34
3.1.3.1 Salud y participación comunitaria: una revisión panorámica (1980-2023)	36
3.1.4 Organizaciones sociales	51
3.1.4.1 Definiciones y características	52
3.1.4.2 Organizaciones formales.....	54
3.1.4.3 Organizaciones informales.....	56
3.1.5 Sociología de las organizaciones	57
3.1.6 Instituciones de salud.....	59
3.1.7 Gobernanza en salud	60
3.1.8 Participación social en salud	66
3.1.9 Participación Social en Salud (PSS): normatividad	69
3.1.10 Participación comunitaria	70
3.1.11 Capital social.....	76
3.1.12 El estudio de caso.....	80
3.1.13 Análisis de Redes Sociales	87
3.1.13.1 Análisis de Redes Sociales en salud.....	100
3.1.13.2 Historicidad y algunos enfoques	104
3.1.13.3 Evidencias del Análisis de Redes Sociales en salud	110
3.1.13.4 Experiencias en Latinoamérica	116
3.1.13.5 Colombia y el ARS en salud	121

3.1.13.6 Trabajo en red en salud: un cambio de paradigma.....	123
4. METODOLOGÍA	130
4.1 ESTUDIO DE CASO	130
4.2.1 Análisis documental	133
4.2.2 Entrevista semiestructurada.....	135
4.3 ANÁLISIS DE REDES SOCIALES (ARS)	136
4.3.1 Muestreo por Bola de nieve	138
4.3.2 Net-map	140
5. RESULTADOS	142
5.1 EL CASO SELECCIONADO	142
5.2 COMPOSICIÓN DE LA RED.....	152
5.3 ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO	152
5.4 CÁLCULO DE INDICADORES RELACIONALES	163
5.4.1 Densidad de la red	164
5.4.2 Grado de centralidad.....	165
5.5 INDICADORES DE CENTRALIDAD.....	167
5.5.1 Grado de intermediación (<i>Betweenness Centrality</i>).....	167
5.5.2 Grado de cercanía (<i>Closeness Centrality</i>).....	170
5.5.3 Centralidad de información	173
5.5.4 Centralidad de eigenvector	174
5.5.5 Grado de prestigio (<i>degree prestige</i>).....	174
5.6 MEDIDAS DE COHESIÓN	175
5.6.1 Reciprocidad	176
5.6.2 Distancias geodésicas	177
5.6.3 Distancia promedio	178
5.6.4 Coeficiente de clusterización.....	178
5.6.5 Adyacencia	180
5.6.6 Clusterización de la red.....	180
5.6.7 Diagrama de clúster o dendograma	180
5.7 BIOCLUSTER	181
5.8 GRAFICACIÓN DE DATOS RELACIONALES	186
5.9 RESULTADOS ANÁLISIS CUALITATIVO	189
6. DISCUSIÓN	204
7. CONCLUSIONES	221

7.1 CONCLUSIONES GENERALES	221
7.2 CONCLUSIONES A PARTIR DEL ENFOQUE DE ARS	222
7.3 IMPLICACIONES PARA LA SALUD PÚBLICA.....	225
7.4 RECOMENDACIONES PARA ESTUDIOS FUTUROS.....	226
7.5 Alcances y limitaciones del estudio	229
8. CONSIDERACIONES ÉTICAS	230
REFERENCIAS	233
ANEXOS	260

Lista de figuras

Figura No. 1	Teorías usadas en salud pública en el siglo XX, según autor y año	29
Figura No. 2	Modelos usados en salud pública en el siglo XX, según autor y año	30
Figura No. 3	Factores clave para la conexión socio comunitaria	59
Figura No. 4	Aspectos para el desarrollo analítico de la gobernanza en salud	64
Figura No. 5	Aspectos clave para el ejercicio de la gobernanza en salud	66
Figura No. 6	Aspectos para la caracterización de la participación social	69
Figura No. 7	Tipos de participación en salud.....	75
Figura No. 8	Evolución del análisis de redes sociales.....	106
Figura No. 9	Algunos campos de acción y estudios representativos de ARS en salud	111
Figura No. 10	Proyecciones de población, según total, cabecera y resto, en Cali 2018-2024	145
Figura No. 11	Casos confirmados COVID-19, según barrio en la ciudad de Cali.....	149
Figura No. 12	Perfil comuna 16	150
Figura No. 13	Distribución espacial - comuna 16	151
Figura No. 14	Grados de centralidad de la red (de mayor a menor)	166
Figura No. 15	La ESE Sur Oriente y sus relacionamientos graficados	167
Figura No. 16	Centralidad de intermediación de la red (de mayor a menor)	169
Figura No. 17	Actores según grado de intermediación	170
Figura No. 18	Centralidad de cercanía de la red (de mayor a menor)	172
Figura No. 19	Centralidad de cercanía de la red, prominencia por colores	173
Figura No. 20	Grado de prestigio por tipo de red radial	175
Figura No. 21	Proporciones de reciprocidad por actor	177
Figura No. 22	Transitividad del nodo institución ESE Sur Oriente	179
Figura No. 23	Diagrama de clúster o dendograma.....	181
Figura No. 24	Visualización de la clusterización de la red	184
Figura No. 25	Componentes de la red total	185
Figura No. 26	Actores por tamaño de los nodos y el grosor de sus enlaces	186
Figura No. 27	Vista general de la red de organizaciones comuna 16.....	188
Figura No. 28	Árbol radial (Radial Tree/Graph)	189
Figura No. 29	Visualización de conceptos clave, según ATLAS.ti23	190
Figura No. 30	Análisis de sentimientos, según ATLAS.ti23	191

Lista de tablas

Tabla No. 1 Modelos, teorías y conceptos interrelacionados	30
Tabla No. 2 Documentos disponibles en internet. Salud preventiva y comunitaria en Cali (1980-1990)	37
Tabla No. 3 Balance preliminar de documentos publicados 1980-2023 en el continente americano. Salud preventiva y comunitaria	40
Tabla No. 4 Documentos identificados mediante meta referenciación, no digitalizados y/o no disponibles	45
Tabla No. 5 Diferencias entre tipos de organización	56
Tabla No. 6 Categorías analíticas* o dimensiones observables de la gobernanza	62
Tabla No. 7. Tácticas de estudios de caso para pruebas de diseño	84
Tabla No. 8 Estudio de caso de investigación comparado con otros dos tipos de investigación conductual	85
Tabla No. 9 Matriz para la elección de un método de investigación social según las características del problema de interés	87
Tabla No. 10 Niveles de análisis de red con descripciones y medidas de red	95
Tabla No. 11 Elementos básicos de una red	96
Tabla No. 12 Pasos del plan analítico (ARS) con diseño de red completa	97
Tabla No. 13 Guía para evaluar coaliciones a través de ARS	98
Tabla No. 14 Indicadores de red	99
Tabla No. 15 IPS de la comuna 16	147
Tabla No. 16 Indicadores estructurales por organización	153
Tabla No. 17 Resultado de la densidad de la red de 35 nodos y 291 vínculos	165
Tabla No. 18 Miembros del biocluster	182

Glosario

ARS Análisis de Redes Sociales

COPACOS Comités de Participación Comunitaria en Salud

OMS Organización Mundial de la Salud

PSS Participación Social en Salud

PDSP Plan Decenal de Salud Pública

PCS Participación Comunitaria en salud

SILOS Sistemas Locales de Salud

SGSS Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resumen

Introducción: la presente investigación doctoral se enfocó en la medición y el análisis de la estructura de red (caracterización, tipos, condiciones, contenidos, intensidades, etc.), que vincula a las instituciones de salud y las organizaciones sociales en una comuna de la ciudad de Cali, Colombia, a partir de sus relacionamientos. La justificación de este estudio residió en la necesidad de identificar y analizar aspectos inherentes al trabajo en red en salud con base en los componentes estructurales, funcionales y relacionales entre estos actores institucionales y comunitarios, con el fin de explicar las causas que obstaculizan y/o facilitan el desarrollo del trabajo en red en salud en este tipo de territorio, aspectos que hasta el momento han sido poco estudiados en Colombia. Los abordajes investigativos respecto al trabajo en red en salud en Colombia no abundan, o al menos no se han documentado ampliamente. De hecho, son pocos los estudios que explicitan la idea de trabajo en red en salud en Latinoamérica, con todo el formalismo que este implica, y en ese sentido pocos los disponibles, dada la revisión realizada.

Objetivos: la pregunta de investigación ¿cómo se ha planificado y desarrollado el trabajo en red en salud en la comuna 16 en Cali, Colombia? Orientó este estudio con base en el objetivo general enfocado en comprender cómo se ha planificado y desarrollado el trabajo en red en salud, en la comuna 16 en Cali, Colombia. Los siguientes son los objetivos específicos: 1) caracterizar el contexto, condiciones y tipos de participación existentes entre instituciones de salud y organizaciones sociales; 2) analizar el tipo de estructuras y los funcionamientos de las instituciones de salud y organizaciones sociales para la conformación de redes sociales en salud; y 3) interpretar los factores proveedores o restrictores de las oportunidades de acción de los actores para el trabajo en red en salud. *Metodología:* el estudio se desarrolló desde una perspectiva interpretativa-constructivista, buscando comprender los significados que los actores sociales atribuyen a sus experiencias de participación comunitaria y trabajo en red en salud. El estudio se desarrolló con base en dos métodos: estudio de caso y análisis de redes sociales (ARS), aunados a técnicas específicas correspondientes. *Resultados:* los resultados de la investigación, destinados a analizar la red de organizaciones activas y basados en el enfoque de ARS, indican que el acceso y el intercambio de información entre las organizaciones estudiadas no fluye fácilmente, existe un nivel moderado de comunicación entre algunas organizaciones. Hay pocas organizaciones con mucho poder en la red estudiada. Esta investigación constató que el hecho de que las organizaciones sociales trabajen con instituciones de salud en un micro territorio no indica necesariamente que trabajen bajo la formalidad del trabajo en red en salud que ordena la autoridad nacional, máxime si las actividades de relacionamiento no son

permanentes y se caracterizan por su esporadicidad. Por tanto, se requiere el desarrollo de mecanismos y condiciones que faciliten y posibiliten efectivamente el trabajo en red en salud formal con todo lo que esto implica. *Conclusión:* no es claro aún, ni institucional, ni poblacionalmente, qué significa trabajar en red en salud al interior de un micro territorio. Las directrices o lineamientos existentes del trabajo en red en salud no son conocidos por los funcionarios de las instituciones de salud, tampoco por las comunidades y organizaciones comunitarias. Lo anterior, dificulta el avance del trabajo en red en salud, al no existir absoluta claridad sobre qué implicaciones exige este tipo de trabajo, cuáles son sus compromisos relacionales, metodologías, alcances y resultados oportunos para el bienestar de la población en general.

Palabras clave: trabajo en red, trabajo en red en salud, organizaciones sociales, análisis de redes sociales, salud pública.

Abstract

Introduction: this doctoral research focused on the measurement and analysis of the network structure (characterization, types, conditions, contents, intensities, etc.), which links health institutions and social organizations in a commune of the city of Cali, Colombia, based on their relationships. The justification of this study resided in the need to identify and analyze aspects inherent to networking in health based on the structural, functional and relational components between these institutional and community actors, in order to explain the causes that hinder and/or They facilitate the development of health networking in this type of territory, aspects that until now have been little studied in Colombia. Research approaches regarding health networking in Colombia are not abundant, or at least they have not been widely documented. In fact, there are few studies that explain the idea of networking in health in Latin America, with all the formalism that this implies, and in that sense few are available, given the review carried out. Objectives: the research question: how has health networking been planned and developed in commune 16 in Cali, Colombia? He guided this study based on the general objective focused on understanding how health networking has been planned and developed in commune 16 in Cali, Colombia. The following are the specific objectives: 1) characterize the context, conditions and types of participation existing between health institutions and social organizations; 2) analyze the type of structures and functioning of health institutions and social organizations for the formation of social networks in health; and 3) interpret the factors that provide or restrict the opportunities for action of the actors for networking in health. Methodology: the study was developed from an interpretive-constructivist perspective, seeking to understand the meanings that social actors attribute to their

experiences of community participation and networking in health. The study was developed based on two methods: case study and social network analysis (SNA), combined with corresponding specific techniques. Results: the results of the research, aimed at analyzing the network of active organizations and based on the ARS approach, indicate that access and exchange of information between the organizations studied does not flow easily, there is a moderate level of communication between some organizations. There are few organizations with much power in the network studied. This research confirmed that the fact that social organizations work with health institutions in a micro territory does not necessarily indicate that they work under the formality of health networking ordered by the national authority, especially if the relationship activities are not permanent and They are characterized by their sporadicity. Therefore, the development of mechanisms and conditions is required that effectively facilitate and enable networking in formal health with all that this implies. Conclusion: it is not yet clear, neither institutionally nor population-wise, what it means to work in a health network within a micro territory. The existing guidelines or guidelines for networking in health are not known by the officials of the health institutions, nor by the communities of community organizations. The above hinders the advancement of networking in health, as there is no absolute clarity about what implications this type of work requires, what are its relational commitments, methodologies, scope and timely results for the well-being of the population.

Keywords: networking, health networking, social organizations, social network analysis, health public.

Introducción

Las instituciones de salud y las organizaciones sociales son considerados actores principales en el desarrollo de una comunidad en particular y de una sociedad en general, desempeñan un rol importante en la realización de objetivos en común que influyen en el bienestar de la población. Articuladamente pueden dinamizar diversas acciones estratégicas, las cuales no solo impactan positivamente distintos desenlaces en salud¹, también pueden potenciar procesos de transformación social una vez focalizados sus esfuerzos (determinados flujos de información, formación de proyectos conjuntos, análisis de relaciones de poder, etc.) realizados en el marco de gestiones orientadas a generar procesos sostenibles integrales.

Los relacionamientos ejercidos entre estos actores estratégicos pueden fortalecerse para avanzar hacia una permanente sostenibilidad, una vez identificados, caracterizados y analizados (cualitativa y cuantitativamente) los factores que posibilitan o restringen sus vínculos. Lo anterior, facilitará establecer qué funciona, para qué, a quiénes se orientan sus acciones y cómo estas se ejercen y pueden evaluarse. Permitirá un mejor entendimiento de los aspectos clave que han originado los tipos de conformación (coyunturales y/o sostenibles) para adelantar coaliciones en salud, las cuales son entendidas como una acción estratégica que fortifica procesos en los que subyace la participación comunitaria en salud y la conformación de este tipo de trabajos en red.

La formación de coaliciones produce efectos positivos en procesos como la construcción y fortalecimiento de capital social, sentido de comunidad y preparación comunitaria para el cambio social (Feinberg et al., 2005). Diferentes estudios han demostrado resultados positivos una vez ejercidos los relacionamientos entre instituciones de la salud y organizaciones sociales, y cómo las coaliciones que implican la participación comunitaria mejoran la prestación de servicios en salud (Harris et al., 2012); los impactos en la implementación de programas de prevención y promoción de la salud (Feinberg et al., 2005); y el despliegue de prácticas adecuadas de intervención (Haines et al., 2011; Wendel et al., 2010), por ejemplo.

Según el Ministerio de Salud de Colombia (2015), las redes sociales en salud cobran relevancia como fuente de información para la vigilancia de la salud y para la implementación de estrategias de promoción de la salud. En este sentido se han caracterizado las interacciones de una red

¹ Un desenlace en salud es el impacto que una prueba, tratamiento, política, programa u otra intervención tiene sobre una persona, grupo o población (National Institute, 2013).

exitosa por su horizontalidad, adaptabilidad, apertura, fluidez y espontaneidad, generando procesos de concertación y cooperación que propician un sentimiento de identidad colectiva, capaz de sustentar la ejecución y sostenimiento de proyectos comunes (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1998).

Los mencionados relacionamientos ejercidos entre actores estratégicos exigen comprender por qué la redes, por qué son necesarias las redes en salud y cómo estudiarlas. Por tanto, analizar el tema de redes sociales, su posibilidad de visibilizarlas (mediante posibilidades gráficas) e impacto es clave para entender mejor la Participación Comunitaria en salud (PCS). Referirse al tema de redes implica entender que una red social es un conjunto de nodos socialmente relevantes conectados por una o más relaciones. Los nodos o miembros de la red son las unidades que están conectadas, interrelacionados, y estas unidades son comúnmente personas u organizaciones (Barnett, 2011). Una red social es un conjunto de nodos unidos por alguna relación (por ejemplo, hogares conectados para emergencias médicas apoyo).

Este documento presenta un conjunto de capítulos y sub capítulos. Inicia con un resumen en español e inglés. Continúa con una introducción que detalla de manera general el contenido de la investigación.

El capítulo 1 describe en detalle el problema de investigación en salud, las consecuencias y los vacíos de conocimiento que justifican su abordaje.

El capítulo 2 contiene la pregunta de investigación y los objetivos, general y específicos, planteados para el desarrollo de este estudio.

El capítulo 3 describe el marco teórico conformado por tres perspectivas teóricas: teorías de participación comunitaria en salud, teoría de las organizaciones sociales y teoría del análisis de redes sociales. El *corpus* conceptual lo conforman los conceptos *salud pública*, *salud comunitaria*, *organizaciones sociales (formales e informales)*, *instituciones de salud*, *gobernanza en salud*, *participación comunitaria*, *participación social en salud*, y *capital social*.

El capítulo 4 versa sobre todo el componente metodológico, descripción de los métodos y técnicas utilizadas.

El capítulo 5 registra los resultados de la investigación desarrollada.

El capítulo 6 contiene presenta la discusión respecto a los hallazgos obtenidos.

El capítulo 7 presenta las conclusiones y recomendaciones del estudio adelantado.

El capítulo 8 incluye las consideraciones éticas de rigor que orientan éticamente el presente estudio.

Por último, se incluyen las referencias y los anexos.

1. Planteamiento del problema de salud

El problema de salud identificado en este estudio establece los tipos e intensidades en los relacionamientos suscitados entre actores institucionales y comunitarios que han trabajado históricamente en pro del beneficio general de la población en un territorio determinado en la ciudad de Cali. Por tanto, es preciso ofrecer un contexto general de la importancia de la participación social en general, y en particular en la salud (normatividad), a partir de la distinción de los diferentes tipos de participación ciudadana en este tema, su relación con las instituciones de salud, y los lineamientos de las autoridades nacionales en salud para la práctica del trabajo en red en salud. Entendiendo a su vez el papel que puede desempeñar la perspectiva del análisis de redes sociales (ARS) para estudiar este tema.

La participación social puede definirse como una instancia de actuación, sistémica, eminentemente política, la cual al menos teóricamente tiene como objetivo incidir en el alcance, focalización y calidad de la toma de decisiones que incorporen las características y condiciones del territorio con base en el equilibrio de las relaciones de poder, el empoderamiento y capacidad para intervenir de los involucrados, la vigilancia y control de políticas, la construcción de imaginarios y significados colectivos. La participación en el campo de la salud comprende planificación, identificación y priorización de las necesidades específicas, permitiendo una mejor toma de decisiones por parte de los proveedores y originando a su vez mejores resultados en salud, así como una mejor distribución de los recursos (Pineda, 2014).

La participación social en salud ha sido definida como un mecanismo para el mejoramiento del sector de la salud, convirtiéndola así en una instancia fiscalizadora de la calidad, efectividad y oportunidad de los servicios, así como del uso eficiente de los recursos (Sandoval, 2004). Para Martín et al. (2006), no es solo un mecanismo de sostenibilidad de los programas de intervención en salud –que reduce costes y mejora la eficiencia–, sino que implica la construcción de redes de protección y solidaridad de los grupos sociales, con capacidad institucional y apoderamiento para comprender e influir sobre la salud de la comunidad, en decisiones que afectan a sus propias vidas.

La participación social en salud es un aspecto clave en iniciativas orientadas a mejorar, promover y mantener la salud poblacional dada su contribución a la atención en salud, así como la gestión estratégica. Incrementa la posibilidad de intervenir no solo en la atención sanitaria recibida, también en la gestión estratégica del sistema, formulación, monitoreo y control de los factores

que impactan negativamente las condiciones de salud. Es realmente poco lo que se ha estudiado respecto a su estructura y funcionamientos, con base en la revisión realizada para este estudio y desarrollada a lo largo del documento.

La participación social en salud demanda un proceso para su interiorización y puesta en práctica adecuada, para ello requiere tener el conocimiento para el uso de los mecanismos específicos (Broomberg, 1994). Estos mecanismos son la formación, el uso adecuado de las herramientas participativas y una política horizontal de poder delegado, imprescindibles para el desarrollo de la participación (López et al., 2018). Lo anterior, redundante en la diferencia existente entre el ciudadano «cliente de los servicios de salud» y el ciudadano «coproductor de salud» (Hart, 1995). Giovanella et al. (2012), respecto al alcance de la participación en salud, enumeran los diferentes objetivos que se pretenden lograr mediante ésta: desde la movilización de recursos, la prevención más eficaz de ciertos padecimientos, la adopción de hábitos y estilos de vida más saludables o la mejora de la utilización de los servicios de salud, hasta el ejercicio del derecho y el deber de participar en las decisiones que afectan a la vida cotidiana, que todo ciudadano tiene.

La participación en salud implica un relacionamiento sinérgico entre actores² (gobierno y comunidad, representados por instituciones y organizaciones sociales, respectivamente), que puede materializarse mediante redes en salud, y específicamente fortalecerse entre actores estratégicos y de interés, a través de la estrategia conocida como trabajo en red en salud.

La participación en salud en América Latina ha sido ampliamente reconocida, a partir de distintos enfoques, propósitos y metodologías se ha involucrado a las comunidades en los programas de promoción de la salud y en la gestión de los servicios de salud (Barnes y Coelho, 2009; Fawcett y South, 2005). Las experiencias de participación social en salud en Latinoamérica son disímiles, son variados los enfoques ejercidos: desarrollo de programas de educación para la salud o de control de endemias (Dias, 1998; Coura, 1998); situaciones de emergencia o en intervenciones prioritarias definidas por las instituciones (Coura, 1998; Valla, 1998); formulación, implementación y utilización de los servicios de salud (Cohen y Uphoff, 1980); campañas de vacunación, formación de promotores y de comités de salud o la constitución de Sistemas Locales de Salud (SILOS) (Menéndez, 2010).

² Los actores son unidades sociales discretas individuales, corporativas o colectivas, cuyos vínculos permiten comprender sus pautas de relación, así como la estructura de la red a la que pertenecen. La mayor parte de las investigaciones de redes sociales se centra en estudiar colecciones de actores del mismo tipo (Dettmer, 2019, p. 13).

La participación en salud se ha fortalecido en diferentes países latinoamericanos que han reformado sus sistemas de salud. En Brasil, las diferentes reformas ampliaron en las dos últimas décadas las posibilidades de participación de la población en la gestión del sistema de salud (Vázquez et al., 2002). En Chile, según Méndez y Vanegas (2010), “en 2002, ya en un escenario de mayor inversión, el sistema de salud chileno encaró un nuevo proceso de reforma que incluyó la participación social en salud como uno de sus principios orientadores, aunque en la práctica tal participación no alcanzó a convertirse en un mecanismo real de empoderamiento de la población”. En tanto, en Colombia, según Bronfman y Gleizer (1994) el tipo de participación que predomina suele entender a este como un usuario “«cliente o consumidor», para que expresando su opinión contribuya a mejorar la calidad y cantidad de estos servicios, que deberían adaptarse a sus gustos y preferencias”.

Se habla de participación social cuando intervienen todos o gran parte de los actores ciudadanos que ejercen un rol en la vida societal de un territorio, y de participación comunitaria cuando intervienen solo los grupos y organizaciones representativas de la población en un territorio definido (Weinstein, 1998). Este último es el enfoque del presente estudio: la PCS. La participación comunitaria, según Rivera et al. (2007):

Es la forma de participación en la que la comunidad a través de un proceso de organización busca ser protagonista o sujeto de su propio desarrollo. Para ello genera propuestas, organiza, orienta y controla su desarrollo de manera autónoma o en unión de instituciones públicas o privadas que le sirven de apoyo. Tiene una connotación más civilista y busca vincular a los vecinos, usuarios, comunidades, grupos minoritarios y toda suerte de organizaciones no gubernamentales a la gestión pública en sus diversos niveles de gobierno. Es una acción sistemática de fases sucesivas encaminadas a perfeccionar los mecanismos de un grupo para alcanzar de mejor forma los objetivos que se ha planteado, a partir de ejercicios de toma de decisión. La base de dicho proceso es el involucramiento de las personas en dinámicas de decisión colectiva en función de sus intereses. (p.10)

Preston et al. (2010) afirman que, aunque la participación de la comunidad es un proceso complejo y multinivel, puede medirse e incluso probarse como una intervención de salud que impacta en los resultados de salud beneficiando el mejoramiento de un programa determinado. La participación comunitaria podría facilitarse a través de estudios mejor diseñados en los que se informe el papel de su rol independientemente de otros aspectos de la intervención o el programa (Preston et al., 2010). Algunos estudios evidencian que los participantes en los procesos de toma de decisiones de las organizaciones consideraron que su participación llevó a mejorar la oferta y los programas que satisfacen las necesidades de la comunidad (Kamuzora et al., 2013).

La participación social, por mandato constitucional en Colombia, debe hacer parte de los programas de los ministerios y está estipulada por políticas estatales. La participación social en salud es regulada por un marco normativo, a nivel nacional, estipulado mediante la Resolución 2063 de 2017 que entró en vigencia a partir de su publicación. Señala que el Ministerio de Salud adelantó la formulación de la Política de Participación Social en Salud (PPSS), la cual busca dar respuestas a las problemáticas, necesidades, dificultades, oportunidades, limitaciones y debilidades que afectan la participación social en salud, como derecho fundamental, en la perspectiva de dar cumplimiento al marco legal vigente, y por ende, a la realización del derecho humano de la participación que se encuentra vinculado bajo una lógica de interdependencia con el derecho a la salud (Resolución 2063 de 2017; Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

La PSSS determina que la PSS debe auspiciar las formas organizativas de carácter local: Red de Veedurías en salud, Redes ciudadanas departamentales, y municipales, entre otras. La PSS, a su vez, constituye el factor que posibilita los relacionamientos entre los actores estratégicos y de interés mencionados. La PSS está estipulada como un mecanismo idóneo capaz de dar respuestas a las problemáticas, necesidades, dificultades, oportunidades, limitaciones y debilidades que afectan la participación social en salud, en la perspectiva de dar cumplimiento al marco legal vigente, por ende, a la realización del derecho humano de la participación que se encuentra vinculado bajo una lógica de interdependencia con el derecho a la salud (Resolución 2063 de 2017).

La participación en el sistema de salud de Colombia se reglamentó con el Decreto 1757 de 1994, el cual establece las formas de participación social en la prestación de los servicios de salud. Un sistema de salud se compone de todas las organizaciones, instituciones, recursos y personas cuya principal finalidad es promover, restaurar o mantener la salud (McQueen et al., 2012). Por tanto, el sistema de salud ejerce y desarrolla estrategias relacionadas con la participación, que dinamizan la actuación de las organizaciones y estas a su vez interactúan con otras de carácter formal e informal conformando redes de colaboración. El Ministerio de la Salud, algunos años después de promulgadas las leyes en 1997, publicó las políticas de participación para impulsar el desarrollo de los mecanismos legales. Estas leyes contemplan y definen formas de participación colectiva, que denominan comunitaria e institucional y formas de participación individual o ciudadana. Las autoridades institucionales, en cualquier territorio, tienen como función ser los garantes de las prácticas y desarrollos que la ley exige como cumplimiento y obligatoriedad.

Los sistemas de atención en salud, en tanto instituciones colectivas con carácter de co instrucción histórica y temporal, significan la respuesta social y material que un Estado y Sociedad dan a las necesidades, prioridades y demandas de salud colectiva de un pueblo. (Basile, 2020)

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) identificó entre las dificultades para el goce al derecho a la salud, la débil participación comunitaria en los diferentes territorios en el país (Ministerio de Salud, 2017). Los procesos reales de participación social en salud deberán acompañarse de un desarrollo institucional que incluya cambios en su estructura y formas de trabajar, que le permita responder a las necesidades cambiantes de la población (UKHFAN, 1991).

No son pocos los estudios, y experiencias específicas que dan cuenta de la importancia de la participación en salud de las comunidades (Mera y Álvarez 1993; Vesga et al., 2001; Bravo, 2016; y Campo, 2015, entre otros), (para mayor profundización a este respecto, ver el apartado 3.1.3.1 *Salud y participación comunitaria: una revisión panorámica (1980-2023)*). Pero el tema de la salud se ha abordado tradicionalmente desde la perspectiva biomédica, a partir de su asociación con factores de riesgo como el índice de masa corporal alta, la inactividad física y la dieta baja en frutas y verduras, entre otros (Luján, 2021), pero pocos estudios en el ámbito latinoamericano han explorado la participación comunitaria expresada por las organizaciones sociales con las instituciones de salud. Otra realidad es la experimentada en Europa y Estados Unidos, respecto al tema de la salud con base en otras metodologías, “no son pocos los estudios que en el mundo y desde hace varias décadas han tratado en términos de redes el tema de la salud y los problemas sociales en salud” (Luján, 2021, p. 444).

El análisis se reduce en muchos casos al enfoque biologicista o a la participación como acción individual, como lo advierte Aguilar (2001), para quien la evaluación que los sanitarios han hecho de estas experiencias se enfocó con mayor determinación en la modificación de hábitos y estilos de vida, así como en la adquisición de información o en la satisfacción del usuario sin evidenciarse alguna estimación, medición o evaluación sobre los aspectos concernientes a la participación de la comunidad. Los resultados de un estudio efectuado por Kamuzora et al. (2013), mostraron que los ciudadanos participantes en los procesos de toma de decisiones de las organizaciones consideraron que su participación llevó a mejorar la oferta y los programas que satisfacen las necesidades de la comunidad.

Todo lo anterior, permite comprender adecuadamente la necesidad que existe de trabajar mancomunadamente entre diferentes actores en los territorios, pero bajo otra forma mucho más

enfocada en el desarrollo de un trabajo horizontal, y sin duda alguna, son las relaciones de poder asimétricas las que dificultan el desarrollo de los relacionamientos horizontales entre actores. Por tanto, el Ministerio de Salud de Colombia ha comprendido la necesidad de implementar el trabajo en red en salud en los territorios para avanzar hacia mejores indicadores en salud y con el propósito de generar alternativas de cambio y desarrollo, a través de proyectos comunes que movilicen las comunidades, y la participación hacia el mejoramiento de su salud y calidad de vida (Ministerio de Salud, 2015).

Las redes sociales existen y entrañan diferentes tipos de relacionamientos entre actores, son importantes por diferentes razones, pero ¿por qué es necesario estudiar las redes en salud?, básicamente porque los problemas de salud son complejos, producidos por la influencia del contexto interno y externo a través de los denominados determinantes sociales de la salud (Ministerio de Salud, s.f.), razón por la cual se ha reconocido que si no se trabaja sobre ellos no se mejorará el nivel de salud de la población. El nivel de complejidad de los problemas demanda la interacción permanente y efectiva de varios actores y niveles de actuación, lo cual es evidente en varios estudios que a partir de esta estrategia de trabajo colaborativo advierten impactos positivos para el desarrollo integral de la salud poblacional (Fujimoto et al., 2009; Kawonga et al., 2015; Palinkas et al., 2011; Madondo et al., 2022).

El análisis de redes sociales da cuenta de aspectos cuantitativos tales como la cantidad de miembros que la integran (tamaño), el número y frecuencia con que establecen contactos los actores, el grado de simetría existente en el contacto de los miembros, y el tamaño de la red (Abello y Madariaga, 1999). El ARS es un instrumento de naturaleza inductiva de la investigación social que posibilita identificar los tipos de actores de una red, midiendo sistemáticamente el comportamiento relacional de estos actores. Medir tales relaciones, o el intercambio de recursos, permite comprender las interdependencias y asimetrías que existen en toda acción colectiva (Varanda, 2007).

El trabajo en red en salud puede complementar los abordajes realizados tradicionalmente en este campo, permitiendo avanzar en la identificación oportuna de distintas problemáticas y mejorando la coordinación de esfuerzos que facilitan el desarrollo de los objetivos propuestos por las instituciones de salud en los territorios (Luke y Harris, 2007; Valente, 2010; Ramos, 2015; Aiello, 2017).

El trabajo en red en salud materializa el tema de la participación comunitaria en los diferentes territorios de Colombia. A este respecto, pueden surgir innumerables preguntas, por ejemplo:

¿cómo se lleva a cabo el proceso de participación comunitaria en una comuna de la ciudad de Cali en Colombia?, ¿cómo se lleva a la práctica o materializa la participación comunitaria en los procesos de trabajo en red en salud en una comuna?, o ¿qué factores hacen que funcione y pueden contribuir para generar su sostenibilidad? A pesar de existir un reconocimiento histórico del papel preponderante de la participación y el aporte de las redes sociales en salud para lograr este cometido, lo recabado hasta el momento permite entender que participación y trabajo en red suelen tratarse como entidades separadas sin establecerse que factores potencian determinado nivel de interacción entre ellas. Tampoco se conocen las formas de funcionamiento y potencialidad que pueden ejercerse entre estas para hacer viables y sostenibles las acciones en pro de la salud poblacional. La realidad es que el trabajo en red en salud no abunda en Colombia, o al menos no se ha documentado ampliamente. Son pocos los estudios que explicitan la idea de trabajo en red en salud en Latinoamérica, con todo el formalismo que este implica, y en ese sentido pocos los disponibles, dada la revisión realizada

El problema de salud de interés de esta investigación doctoral se enfocó en explorar, comprender y analizar cualitativa y cuantitativamente los aspectos de la estructura organizacional de diferentes actores que interactúan, analizando cómo impactan sus relacionamientos en aspectos de cooperación y cohesión social, así como el tipo de interacciones, alcance y los resultados materializados en el trabajo en red, en la comuna 16 de la ciudad de Cali.

Todo lo anterior exigió explorar y analizar los elementos de la estructura organizacional que impactan las interacciones:

- El contenido de los flujos de información (conocimientos, tareas o recursos, por ejemplo).
- La red de relaciones.
- Los factores facilitadores y restrictores de la organización comunitaria para trabajar en objetivos comunes con las instituciones de salud en un micro territorio específico.
- Establecer una fotografía identificando quiénes participan en torno al tema de la salud y sus ejecuciones, esto último es importante, tanto como indagar el 'saber cómo'; y de qué manera -planificada o coyunturalmente-; qué tipo de intensidades se establecen en esos relacionamientos (determinadas mediante mediciones); cómo está organizada la comunidad para el trabajo en red; y cómo se estructura una red para trabajar en torno al tema de la salud en una comuna en Cali.

1.1 Justificación

Este trabajo doctoral surge con el objetivo de investigar el trabajo en red en salud en una comuna en la ciudad de Cali, ante los lineamientos propuestos por el Ministerio de Salud en Colombia sobre la formulación e implementación del trabajo en red en salud. En tal sentido, es importante analizar cómo trabajan las instituciones de salud (estructuras formales), y las organizaciones sociales (estructuras informales), y entender cómo están estructuradas estas organizaciones para ejercer el trabajo en red en salud.

La participación comunitaria, cristalizada en las organizaciones sociales, desempeña una labor relevante como participante activa en el territorio, al igual que el papel desempeñado por las instituciones de salud. Hernández y Fernández (2007), señalan respecto a los profesionales de la salud pública, que es muy probable que el futuro reconocimiento de la profesión venga determinado por su capacidad para una acción en salud más allá de las tradicionales actividades de los servicios de salud pública. Y en esa línea de acción se desarrolló este estudio, ya que aporta insumos que dan cuenta del trabajo en red en salud y su ejercicio en un micro territorio específico, a partir del análisis de las condiciones existentes entre las instituciones de salud y las organizaciones sociales.

La participación comunitaria es un proceso dinámico en el que las personas, a través del aprendizaje y la participación ganan el acceso y control sobre los recursos de atención de salud (Pérez et al., 2009). La importancia de garantizar la participación comunitaria para aumentar el impacto en salud, reside en la comprensión esencial para identificar y abordar los principales determinantes de la salud que tienen que ver con la situación socioeconómica, cultural y medioambiental de la población y la actividad económica; sus condiciones de trabajo y de vida (alimentación, educación, ambiente laboral, desempleo, aire, agua y saneamiento, servicios de salud y vivienda); estilos de vida individuales o estructura etaria (Pacileo, 2005). La participación comunitaria, el trabajo interdisciplinario e intersectorial permitirían avanzar en los objetivos de salud pública y en la concreción de un cambio social sustentable (Sapag y Kawachi, 2007).

La comunidad organizada y participante en redes en salud, según los estudios señalados, tiene un mayor conocimiento (información, educación y comunicación), frente a distintas alertas tempranas, así como mayores elementos para actuar y mejorar la prevención y promoción de la salud, lo cual a la larga impactará positivamente los indicadores que se asocian a los desenlaces en salud. Por tanto, resultó importante para esta investigación abordar el cuestionamiento relacionado con el cómo se organizaron colectivos comunitarios para resolver disimiles

problemas sociales que inciden en el tema de la salud colectiva, en la comuna 16 en la ciudad de Cali, más allá de los tradicionales problemas biomédicos individuales. El estudio exploró las interacciones entre actores comunitarios, estableciendo un panorama de los esfuerzos inter-organizacionales para trabajar en red. Identificó y analizó las disposiciones y esfuerzos para trabajar articuladamente, y si estos esfuerzos impactaron positivamente la población del micro territorio.

El uso del ARS o ciencia de redes³, de esta última manera lo llaman así algunos teóricos desde hace varias décadas, bajo una nueva perspectiva y conocimientos, posibilitó una comprensión con mayor riqueza analítica y análisis formal de las estructuras de diferentes organizaciones, sus funcionamientos, relacionamientos, factores restrictores y habilitantes para la participación comunitaria en el trabajo en red en salud poblacional. La obtención, análisis y optimización de la información, a partir de un trabajo empírico sobre la conformación de relaciones que las organizaciones presentan en un territorio determinado, es un insumo para el sector salud para ejercer adecuadamente el trabajo en red en salud con las organizaciones.

La contribución original de esta investigación residió en determinar cuáles son los tipos de relaciones establecidos entre estos actores para trabajar en pro de una red en salud, comprendiendo cómo las instituciones de salud (estructuras⁴ formales), y las organizaciones sociales (estructuras informales), dinamizan un trabajo de esa índole. Lo anterior requirió el levantamiento de la información de primera mano respecto a las diferentes organizaciones en la comuna 16, la cual no estaba disponible o no se había documentado. Por tanto, se caracterizó a las organizaciones de la comuna 16 y se obtuvo una fotografía actual de lo que pasa en el territorio. Este diagnóstico permitió conocer dimensiones vitales, condiciones para actuar e interactuar en ese territorio y analizar los procesos de participación comunitaria para el desarrollo del trabajo en red en salud.

³ Así se denomina el enfoque desarrollado a partir de 1995 principalmente dentro de la física estadística y las matemáticas aplicadas para estudiar los sistemas en red en muchos dominios (p. ej., físico, biológico, social, etc.) (O'Malley y Onnela, 2020).

⁴ El concepto *estructura* es entendido en esta investigación como el conjunto de relaciones determinadas o sistema de relaciones entre roles que orientan las acciones (normas, valores) entre las partes de un todo. En este caso las relaciones entre las instituciones de salud y las organizaciones sociales en un determinado tiempo y espacio.

2. Pregunta de investigación

¿Cómo se ha planificado y desarrollado el trabajo en red en salud, en la comuna 16 en Cali, Colombia?

2.1 Objetivo general

Comprender cómo se ha planificado y desarrollado el trabajo en red en salud, en la comuna 16 en Cali, Colombia.

2.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar el contexto, condiciones y tipos de participación existentes entre instituciones de salud y organizaciones sociales.
2. Analizar el tipo de estructuras y los funcionamientos de las instituciones de salud y organizaciones sociales para la conformación de redes sociales en salud.
3. Interpretar los factores proveedores o restrictores de las oportunidades de acción de los actores para el trabajo en red en salud.

3. Marco teórico

El marco teórico de esta propuesta investigativa contempla modelos, enfoques o perspectivas que pueden complementarse por su carácter a fin y relacional, a partir de las teorías de la salud, de las organizaciones, la participación social, y de análisis de redes sociales. Para Hernández-Sampieri et al. (2014), la función del marco teórico es generar una perspectiva teórica y su función es sustentar teóricamente un estudio. Brinda la posibilidad de alcanzar mayor profundidad y posibilita una perspectiva amplia del campo específico de conocimiento que desarrolla la investigación.

La presente propuesta investigativa se enfocó en la comprensión, caracterización, análisis, explicación y medición de las relaciones entre las instituciones de salud y las organizaciones sociales. La salud de las poblaciones en los territorios no solo compete a las autoridades en salud, la toma de decisiones a ese respecto requiere una cooperación permanente en los procesos de participación comunitaria que son la base para el establecimiento de las relaciones entre actores estratégicos (instituciones de salud) y de interés (la comunidad), los cuales a su vez fundamentan el trabajo en red. Los problemas de salud no son solo patológicos e individuales, no se reducen a un enfoque biologicista, son mucho más complejos e involucran diversas problemáticas. Están relacionados con procesos como la participación la cual presenta varios tipos como la social (acción colectiva), la cual alude a los diferentes actores de la sociedad que pueden intervenir en las acciones; la ciudadana (acción individual); y la comunitaria (acción colectiva), referida solo a los grupos u organizaciones de un territorio determinado, entre otras.

Las redes sociales y el análisis de esta índole puede beneficiar la identificación de los factores de apertura o cierre que han determinado las rupturas relacionales entre actores, y el posicionamiento del tema de la salud en la agenda de las organizaciones sociales, orientado no solo hacia los temas de cobertura y acceso a servicios, también hacia la problematización de las diferentes dimensiones y determinantes sociales que inciden en el proceso salud/enfermedad; así como la identificación diagnóstica local, respecto a los determinantes sociales de la salud que inciden directamente en el estado de salud individual y colectivo; y a su vez en las relaciones de poder asimétricas que dificultan los relacionamientos horizontales entre actores que tradicionalmente han interactuado de forma vertical, incluso aquellas caracterizadas por la politización de las problemáticas asociadas a la salud, ante participaciones en la política partidaria.

El ARS conceptualiza las estructuras sociales en términos de patrones duraderos de vínculos entre los actores. Por lo tanto, proporciona un método para el estudio sistemático y empírico de las causas y consecuencias de la estructura social (Everton, 2018).

Los enfoques de red observan que diferentes personas en posiciones sociales similares a menudo actúan de manera similar, incluso si tienen antecedentes diferentes. Las posiciones dentro de las redes pueden ser un factor tan significativo como cualquier aspecto de las personas que las ocupan. El análisis de redes argumenta que las explicaciones sobre el éxito o el fracaso de las organizaciones a menudo se encuentran en la estructura de las relaciones que limitan o brindan oportunidades para la interacción (Hansen et al., 2011, p. 32)

Las teorías, modelos, conceptos y categorías de análisis, no están desprovistos de relación e influjo en el tema de la salud. Las teorías definen, describen, relacionan y explican fenómenos de interés. Determinar sus relaciones, factores causales y posibles modelos de causalidad, son algunas de sus funciones. Las teorías pueden ser descriptivas, asociativas o explicativas.

3.1 Teorías de la salud: procedimiento para la acción

Referirse a las teorías y modelos sobre la salud no es un asunto sencillo. No solo por la cantidad, también por la complejidad de los aportes al desarrollo del campo y su aplicación en diversas áreas temáticas y problemáticas. Cabrera (2004) asegura haber identificado 52 teorías y cerca de 60 modelos. En tal sentido, es importante definir qué es una teoría, al menos como se comprende en el campo de la salud. Una teoría observada de manera muy general está conformada por elementos y variables que mediante conceptos y posturas analíticas posibilitan una perspectiva sistemática respecto a un fenómeno. Ofrecen una comprensión profunda de diversas problemáticas, y a través del desarrollo de un análisis relacional entre diversos elementos, comporta un propósito explicativo.

Las teorías hacen parte de lo que habitualmente se denomina como ciencia. Constituida esta por teorías, conceptos, métodos, técnicas y prácticas científicas (que las constatan, controvierten, refutan o confirman) de diversa índole paradigmática y epistemológica. A este respecto Kuhn (2004) sostiene que “si la ciencia es la constelación de hechos, teorías y métodos recogidos en los textos al uso, entonces los científicos son las personas que, con éxito o sin él, han intentado aportar un elemento u otro de esa constelación concreta” (p. 24).

León (2007) sostiene respecto a las teorías que “las construcciones teóricas tienden a ser descritas con un lenguaje abstracto y lejano al ordinario. La abstracción de los hechos a través del lenguaje es inevitable si se quiere que la teoría sea generalizable a situaciones diversas” (p.

360). Las teorías en el ámbito de la salud tienen como función ofrecer comprensión de una situación o problema de salud, de cómo los individuos o colectivos realizan o modifican su comportamiento, así como de las características y dinámica del contexto en que estos eventos ocurren. Esta comprensión de los factores determinantes y las características asociadas con el comportamiento humano o social con efectos en la salud genera, para los actores involucrados, una posición favorable para el diseño, implementación y evaluación de estrategias y acciones dirigidas a metas que promueven la salud del público.

La práctica permanente de observación de un fenómeno considerado objeto de estudio es guiado usualmente por una teoría previa. En la práctica, mediante la evidencia empírica, suelen constatar las teorías, verificándose con el objetivo de validar si estas se ajustan a la realidad observable y permiten construir conjeturas provisionales. Las teorías contribuyen a la conformación de tradiciones particulares y coherentes de investigación científica en determinados campos del conocimiento. El papel de las teorías y modelos es clave si se trata de diseñar y ejecutar campañas de educación respecto a diversos temas de salud colectiva. Pese a las tensiones propias de diferentes escuelas de pensamiento que suelen abrazar y defender unas teorías y no otras. En tal sentido, es posible pensar en la construcción de estas como posibles respuestas explicativas a determinados fenómenos, y en contextos científicos como una actividad reactiva caracterizada por un procedimiento sistemático, lógico y coherente con el cual se intenta en función del conocimiento avanzar hacia su adecuada implementación y permanencia.

El campo de la salud cuenta con un importante número de referentes, modelos y/o teorías que, “facilitan la comprensión de una situación o problema de salud, de cómo los individuos y/o colectivos ejercen sus comportamientos, también las características y dinámica del contexto en que estos eventos ocurren” (Cabrera, 2004, p. 164).

Las teorías como formas de conocimiento sistemático pueden anticiparse o prever los hechos característicos de diferentes fenómenos, explicándolos para identificar acciones alternativas y estrategias con las cuales reaccionar oportunamente, y en ese proceso validarles como conjunto de ideas organizadas y postura paradigmática. A este respecto Bandura (1976) señala que “las teorías deben demostrar poder predictivo. Deben identificar con precisión los factores determinantes del comportamiento humano, así como los mecanismos que intervienen y son responsables de los cambios” (p. 5). Un aspecto clave de las teorías reside en su función y valor.

El valor de una teoría se juzga en última instancia por el poder de los procedimientos que genera efectuar cambios psicológicos. Otras ciencias se evalúan por sus eventuales contribuciones a la predicción y las innovaciones técnicas que utilizan ese conocimiento. Supongamos, por ejemplo, que los científicos aeronáuticos desarrollaran ciertos principios de aerodinámica en pruebas de túnel del viento; si al aplicar estos principios nunca fueran capaces de diseñar un avión que pudiera volar, el valor de sus suposiciones teóricas sería muy cuestionable. El mismo juicio se aplicaría a la teorización en el campo de la medicina si ciertas teorías sobre procesos fisiológicos nunca condujeran a tratamientos eficaces de enfermedades físicas. (Bandura, 1976, p. 4)

Cabrera (2004) recopiló propuestas teóricas y modelos (ver figuras No. 1 y 2) considerados relevantes en la historia global de la prevención y la promoción de la salud pública durante el siglo XX.

Figura No. 1 Teorías usadas en salud pública en el siglo XX, según autor y año

Teorías	Autor/año
Condicionamiento clásico e instrumental	Thorndike 1898; Pavlov 1925; Watson 1925; Tolman 1932; Skinner 1935 y 1953.
Campo dinámico de personalidad	Lewin 1935 y 1953
Motivacional del comportamiento	Hull 1943
Imitación y aprendizaje social	Miller y Dollard 1941 y 1950
Cognitiva de expectativas y consecuencias	Rotter 1950
Decisiones comportamentales	Edwards 1952
Aprendizaje social	Rotter 1954; Bandura 1962 y 1977
Necesidades humanas	Maslow 1954
Análisis comportamental	Tolman 1955
Determinantes de riesgo comportamental	Atkinson 1956
Disonancia cognitiva	Festinger 1957
Difusión de innovaciones	Rogers 1962
Locus de control	Rotter 1966
Atribuciones	Kelley 1967
Acción racional	Fishbein y Ajzen 1970
Actitudes	Triandis 1971
Motivación y protección en salud	Rogers 1975
Toma de decisiones	Janis y Mann 1977
Comportamiento en salud juvenil	Jessor y Jessor 1977
Autoeficacia	Bandura 1977
Procesamiento de la información	Bettman 1979
Comunicación de masas	McGuire 1981
Comportamiento social	Triandis 1985
Prevención de recaída	Marlatt y Gordon 1985
Comportamiento planeado	Ajzen 1985
Consumidor en salud	Wilkie 1986
Información y comportamiento	Winnett 1986
Cognitivo social del comportamiento	Bandura 1986
Empoderamiento	Freire 1969; Rappaport 1981; Bernstein, Wallerstein, Labonte, Israel, Zimmerman 1984 a 1999

Fuente: Cabrera (2004).

Figura No. 2 Modelos usados en salud pública en el siglo XX, según autor y año

Modelos	Autor/año
Análisis existencial	Binswanger 1957
Preventivo en salud	Leavell y Clark 1958
Creencias en salud	Hochbaum y Rosenstok 1958
Cambio organizacional	Bennis, Benne y Chin 1961
Sociedades abiertas	Nyswander 1967
Territorios de salud	La Framboise 1973
Campo de salud	Lalonde 1974
Locus de control en salud	Wallston y Wallston 1976
Psicosocial del comportamiento	Kar 1978
Acción en salud	Tones 1979
Salutogénico	Antonovsky 1979
Transtéorico del cambio	Prochaska 1979
Médico preventivo de educación	Vouri 1980
Precede	Green y Kreuter 1980
Indicadores positivos de salud	Catford 1983
Ecológico de salud	Hancock 1984; McLeroy 1988
Determinismo recíproco del cambio	Baranowski 1990
Triesférico de promoción	Tannahill 1990
Precede-proceed	Green y Kreuter 1991
Alianzas promotoras de salud	Gillies 1995
Análisis estratégico-HELPSAM	Haglund 1996

Fuente: Cabrera (2004).

La tabla No.1 relaciona de manera provisional algunos modelos y teorías específicas, junto a conceptos y categorías de análisis importantes en el campo de la salud:

Tabla No. 1 Modelos, teorías y conceptos interrelacionados

Modelos	Teorías	Conceptos generales considerados	Categorías de análisis
Modelos de atención en salud Modelo de determinantes	Teorías de la salud	Salud	-Programas de salud (APS, promoción y prevención) -Uso de información en salud
Modelos de organización y teoría de sistemas	Teorías de las organizaciones	Organizaciones sociales	-Tipos de participación -Coaliciones
Modelo informativo, consultivo, de participación activa, de voluntarismo cívico	Teorías de la participación Teoría de la acción comunitaria Teoría del actor-red	Participación social	- Capital social (incluye cooperación y acción colectiva) -Cohesión social -Estructuras sociales y comunitarias de trabajo y acceso a la salud
Modelos de gobernanza intersectorial Modelo general de gobernanza colaborativa	Teorías de la gobernanza	Gobernanza en salud	-Relaciones de poder -Actores -Normas sociales -Puntos nodales

			-Procesos -Espacios de negociación
Modelo de Erdős-Rényi	Teorías de redes	Redes sociales	-Capacidad de convocatoria -Identificación de tipos de redes

Fuente: elaboración propia (2024).

Los modelos son descripciones formales que relacionan elementos con base en hipótesis. Los modelos constituyen constructos que ayudan a explicar la evidencia empírica. De tal manera, el método científico tiene como función crear y validar modelos y teorías.

3.1.1 Marco conceptual

Los conceptos centrales considerados en esta propuesta investigativa son los siguientes: salud pública, salud comunitaria, organizaciones sociales, instituciones de salud, participación social, participación social en salud, capital social, gobernanza en salud y redes sociales. Estos conceptos están estrechamente relacionados con el proceso de producción de la salud, el cual exige un pensamiento sistémico relacional que requiere la identificación de las condiciones y capacidades actuales de las instituciones de salud y las organizaciones sociales para relacionarse.

3.1.2 Salud pública

El estado de bienestar de una comunidad suele ser considerada por una gran diversidad de investigadores, a partir de una perspectiva dualista o dicotómica: salud/enfermedad, la cual es analizada desde la salud pública como un fenómeno multicausal que va más allá del enfoque biologicista e individual. En tal sentido, León (2007), sostiene lo siguiente:

El estado de salud es indudablemente una consecuencia de las dinámicas entre fuerzas individuales y sistémicas. Sin embargo, muchas estrategias de salud pública continúan apuntando casi exclusivamente hacia las fuerzas individuales, a pesar del papel determinante que desempeñan los factores sistémicos en la producción de la salud. Es necesario observar la realidad con una óptica más amplia no sólo para entender mejor las relaciones causales, sino también para poder influenciarla por medio de la acción. (p. 361)

Analizar la salud en su dimensión colectiva implica entenderla como un amplio fenómeno social que precisa de diferentes actores para la coproducción de la salud: las instituciones del sector, y la participación comunitaria, entre otros. Según de Ortuzar (2011), las causas de la salud y el bienestar están fuera del ámbito de sector salud y tienen una génesis económica y social. Lo anterior, exige pensar que los roles básicos para la práctica de la salud pública se elaboran de diferentes maneras en todo el mundo para desarrollar competencias conforme las necesidades locales de la práctica de la salud pública.

Winslow (1920, citado por OPS, 2020), definió la salud pública como “la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud mediante los esfuerzos organizados y decisiones con conocimiento de la sociedad, las organizaciones públicas y privadas, comunidades e individuos” (p. 47). La salud pública es el arte de aplicar la ciencia en el contexto de la política para reducir las desigualdades en salud garantizar la mejor salud para el mayor número (OMS, 1998).

La salud pública es el campo de la medicina y la higiene que trata con la prevención de enfermedades y la promoción de salud. Constituye uno de los esfuerzos organizados por la sociedad para proteger, promover y restaurar la salud de las personas. Los objetivos son reducir la cantidad de enfermedad, muerte prematura, malestar y discapacidad producidos por la enfermedad en la población. Es la combinación de las ciencias, habilidades y creencias que se dirige al mantenimiento y mejora de la salud de todas las personas a través de acciones colectivas o sociales. La salud pública es una institución, una disciplina y una práctica. (Kirch, 2008, p. 1172)

La salud pública es comprendida de diferentes maneras: como una disciplina, como una práctica, un enfoque, y/o un grupo de actividades, etc., y diferentes autores han expuesto teóricamente su propósito operativo, a partir del desarrollo de un conjunto de estrategias y acciones focalizadas de capital importancia para la salud de la sociedad en general, tales como las siguientes:

- Responsabilidad colectiva con un papel importante para el estado en la protección y la promoción de la salud pública.
- Actividad preventiva
- Los determinantes de la salud y la enfermedad, a lo largo de un espectro desde los determinantes socioeconómicos hasta las preocupaciones más inmediatas de la calidad de salud.

- Enfoques multidisciplinarios, con asociaciones de muchos tipos, incluyendo las poblaciones atendidas (Guest, et al., 2013, p. XXIV).

El *Manual de Prácticas de Salud Pública* de Oxford describe que los problemas de la salud pública son desafíos a la "ciencia y el arte de prevenir enfermedades, prolongar la vida y promover la salud a través de la organización, esfuerzos de la sociedad" (Guest, et al., 2013, p. XXIV).

En salud pública y sus formas principales de acción mediante la educación para la salud, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, las teorías y modelos permiten la identificación de los objetos de cambio y los métodos o estrategias más apropiadas para predisponer, facilitar o reforzar dichos cambios. La base teórica también ayuda a generar, mediante la evaluación, la información y evidencia necesaria acerca de los esfuerzos requeridos y los resultados obtenidos, sobre el comportamiento de la dimensión tiempo y la pertinencia de métodos de estudio a ser utilizados. (Cabrera, 2004, pp. 166-167)

En Colombia uno de los mayores desafíos del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), 2012-2021, "es afianzar el concepto de salud, resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, su entorno y la sociedad, para acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida" (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012, pp. 14-15).

Teórica y normativamente se han expuesto las funciones y propósitos que la salud pública debe ejercer. De tal manera, normativamente la Ley 1122 de 2007 señala que los propósitos fundamentales en salud pública son los siguientes: 1) mejorar la prestación de servicios de salud a los usuarios; 2) fortalecer los programas de salud pública; 3) fortalecer las funciones de inspección, vigilancia y control; 4) organizar el funcionamiento de las redes para la prestación de servicios de salud; 5) hacer reformas en aspectos de dirección, universalización, financiación y equilibrio entre los actores del sistema; y 6) establecer los mecanismos para la evaluación a través de indicadores de gestión y resultados en salud y bienestar de todos los actores del Sistema (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012, pp. 19-20).

Teóricamente se han definido sus funciones esenciales, y sus acciones para llevarlas a cabo. Las funciones esenciales de salud pública describen el espectro de competencias y acciones necesarias por parte de los sistemas de salud para alcanzar el objetivo central de la salud pública,

que es mejorar la salud de las poblaciones (Oliver, 2011, p. 423). Valles et al. (2019) las definen de la siguiente manera:

Como estándares o procesos que permiten un mejor desempeño de la gestión de la salud pública. La importancia estratégica de las funciones esenciales de salud pública (tales como vigilancia, monitoreo y promoción de la salud) radica en la generación, por parte del sistema de salud, de una respuesta efectiva, eficiente y de calidad a intereses colectivos en materia de salud. (p. 58)

Las diez funciones esenciales de la salud pública, subrayadas por Valles et al. (2019), se orientan a la sociedad civil, a los diferentes niveles poblacionales, desde la atención individual, hasta la comunidad. En tal sentido, estas funciones relacionan aspectos como la formación de asociaciones comunitarias para promover acciones en salud con la vinculación y movilización poblacional tendiente a la identificación de amenazas colectivas a la salud. Lo anterior, es decir, todo el despliegue poblacional, se ubica en la línea de acción que supone la construcción de redes conformadas con base en la articulación de individuos, organizaciones sociales e instituciones de salud.

3.1.3 Salud comunitaria

La idea de salud comunitaria alude a la posibilidad de construir y potenciar la cooperación en los procesos de participación de las comunidades locales para el beneficio de la salud colectiva. La salud comunitaria suele ser entendida como un concepto, una orientación, un área de trabajo y hasta un modo de acción, dentro de la salud colectiva, que en palabras de Segura del Pozo (2023), “es escurridizo y polisémico, pues se ha utilizado para denotar ideas y prácticas muy diversas (p. 9). En tanto, Cabrera (2004), asegura que el término «salud comunitaria» “alude a la salud colectiva como algo más que la salud de las personas que la componen, subraya que la comunidad puede ser generadora de salud y enfermedad. Hay factores de carácter comunitario benéficos o perjudiciales para la salud” (p. 115).

La salud comunitaria precisa para su desarrollo de relaciones sociales, que específicamente en este contexto se definen como relaciones comunitarias⁵, con las cuales se sedimentan las bases

⁵ Para Weber (1992 [1922], citado en Peláez, 2020), las relaciones comunitarias son aquellas que basan su sentido en los afectos, las emociones y las tradiciones: la familia, una hermandad religiosa, un contacto erótico o una comunidad ‘nacional’ encarnan esa pertenencia común desde los sentimientos; en cambio, las relaciones societarias inspiran su unión por intereses racionales de fines o valores, y se declaran a partir de pactos o contratos sociales.

para la conformación de redes comunales. Lo anterior, exige tener en cuenta los siguientes elementos:

Sociológicos (relaciones sociales, organización social), antropológicos (culturales, usos y costumbres), psicológicos (sentimiento de pertenencia, emociones asociadas al espacio), geográficos (el territorio), urbanísticos (las infraestructuras presentes), ecológicos (interrelaciones de los seres vivos con el medio que habitan), históricos (la historia de ese territorio y sus gentes) y políticos (relaciones de poder y distribución de la riqueza, condiciones de vida). (Segura del Pozo, 2023, p. 11)

La salud comunitaria analiza los elementos mencionados, asociándolos a los riesgos y problemas de salud prevalentes, identificando los que son o pueden ser activos en salud⁶, y convertir este conocimiento en dinámicas, estrategias y proyectos para la mejora de la salud (Segura del Pozo, 2023). De hecho, Cofiño et al. (2016), al proponer el término promoción de la salud/salud comunitaria basada en activos proponen entenderlo operativamente “como una forma de trabajo intersectorial y participativa en el ámbito local en salud, que genera alianzas entre instituciones estatales y crea un marco de intervención que, generado en el proceso de evaluaciones y evidencias, ayuda en intervenciones poblacionales”.

El concepto de salud está estrechamente relacionado con el de comunidad, la cual con sus diversos actores que la componen interiorizan ese concepto de salud y lo operativizan mediante diversos mecanismos y flujos de información. Por tanto, es importante comprender que se entenderá en este estudio por *comunidad*. Una comunidad es entendida como un grupo de personas que compartiendo valores e intereses específicos interactúan en varios niveles (endógeno y exógeno) para satisfacer sus necesidades básicas que comportan temas vitales como el entorno social, la convivencia y la calidad de vida colectiva. Rodríguez y Martínez (2018), sostienen que el sociólogo alemán Ferninand Tonnies, argumentaba que la comunidad se caracteriza por “vínculos naturales y objetivos comunes que trascienden los intereses individuales. El sentimiento de pertenencia a una misma colectividad domina el pensamiento y

⁶ Según Morgan y Ziglio (2007), un activo para la salud es entendido como “cualquier factor (o recurso) que mejora la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales e instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar, y que les ayuda a reducir las desigualdades en salud”. En tanto, Álvarez et al. (2015) sugieren que es una “expresión del patrimonio de las comunidades justas, equitativas y democráticas, como resultado de sus esfuerzos organizados; esto se logra facilitando el empoderamiento comunitario y las capacidades que mejoran, promueven y restauran la salud de las poblaciones, y que pueden ayudar a reducir las desigualdades en salud”.

las acciones de las personas, garantía de la cooperación de cada miembro y la unidad del grupo” (p. 9). Según Tonnies este tipo de organización social está definido por tres modalidades:

La comunidad de sangre (la familia, el clan, etc.), que es la comunidad más natural, de origen biológico y, consiguientemente, la más primitiva también; la comunidad de lugar, que se forma por la vecindad y que cabe encontrar en las aldeas o en los medios rurales; y, por último, la comunidad de espíritu (establecida sobre la amistad, la concordia, una cierta unanimidad de espíritu y de sentimientos). (p. 9)

Haglund et al. (1990) sugieren que la comunidad puede comprenderse como un sistema social, y el interés debe centrarse en el espacio o límites sociales, las instituciones e interacción control social, como primer paso en cualquier análisis de una comunidad. Según Thompson y Kinne (1990), la comunidad se modela como un sistema social general y 'en forma de caja' que incluye subsistemas representados por los poderes político, económico, educativo, religioso y sector salud, ubicando al individuo como la categoría de nivel más bajo. La lección que se debe aprender, según Nilsen (1996) “es que en una comunidad en particular deben investigarse las características y los contextos para decidir cómo las influencias externas y globales son recibidas e integradas a nivel local, liberando potenciales de movilización colectiva o no” (p. 171).

Todo lo anterior precisa considerar el término *comunidad*, el cual en el glosario de la OMS es definido de la siguiente manera:

Grupo específico de personas, que a menudo viven en una zona geográfica definida, comparten la misma cultura, valores y normas, y están organizadas en una estructura social conforme al tipo de relaciones que la comunidad ha desarrollado a lo largo del tiempo. Los miembros de una comunidad adquieren su identidad personal y social al compartir creencias, valores y normas comunes que la comunidad ha desarrollado en el pasado y que pueden modificarse en el futuro. Sus miembros tienen conciencia de su identidad como grupo y comparten necesidades comunes y el compromiso de satisfacerlas. (OMS, 1998)

3.1.3.1 Salud y participación comunitaria: una revisión panorámica (1980-2023)

El tema de salud comunitaria en consonancia con la participación comunitaria ha sido documentado ampliamente e incluye la participación de diferentes organizaciones sociales en los territorios. Para este propósito se realizó una revisión documental, efectuada durante el periodo de pandemia, a través de la consulta a bases de datos en internet como Redalyc, Ebsco

Host, Scielo, Science Direct, Jstor, Pub Med, y Google Academic. Las tablas No. 2, 3 y 4 dan cuenta de los documentos hallados.

Tabla No. 2 Documentos disponibles en internet. Salud preventiva y comunitaria en Cali (1980-1990)

Documento	Autor	Enfoque	Disponibilidad
Salud mental comunitaria. una experiencia de aprendizaje con estudiantes de enfermería en hogares comunitarios	Mera, R. y Álvarez, G.	Salud mental	https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/30397/16603-51925-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y
El trabajo extramural en el marco de la promoción de la salud	Vesga, A, Murillo, R, Burgos, M, Valencia, A Gutiérrez, M, y Llanos, G.	Salud comunitaria	https://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/184/187
Estrategias comunitarias de prevención en salud en la cárcel de Villahermosa	Bravo, O.	Salud preventiva	https://doi.org/10.21501/24631779.2054
Fortalecimiento de la estrategia de atención primaria en salud en territorios del municipio de Cali	Campo, L.	Salud preventiva	https://doi.org/10.18041/1900-7841/rcslibre.2015v10n2.1428
La descentralización del sector salud en Colombia Una perspectiva desde múltiples ámbitos	Molina, G. y Spurgeon, P.	Descentralización de la salud y participación comunitaria	https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-10792007000100171&script=sci_abstract
Programa Nacional de Salud Medicina Familiar y Comunitaria. Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud Grupo de Formación	Ministerio de Salud	Lineamientos, componentes y del caracterización del programa	https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Programa%20Nacional%20Salud%20Familiar%20y%20Comunitaria%20y%20Medicina%20Familiar%20200214.pdf
Participación y cogestión de la salud (1993)	De Roux, G.	Salud comunitaria	https://iris.who.int/handle/10665/46867
Decreto 1757 de 1994	Función Pública	Mecanismos de participación social en salud	https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=21850

Un programa de atención primaria en salud basado en voluntarias en Cali: Metas vs. Realidades	Robertson, et al.	Trabajadores de salud comunitarios	https://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/71/67
La salud y el desarrollo en un sistema rural de servicios de salud	Echeverri O. y De Salazar, L.	Salud y desarrollo rural	https://iris.paho.org/bitstream/123456789/3171/1/Educacion%20medica%20y%20salud%20(14),%201.pdf

Fuente: elaboración propia (2023).

La tabla 2 como se observa contiene documentos disponibles en internet que dan cuenta de algunas experiencias de salud comunitaria con la participación de organizaciones sociales, locales, nacionales e internacionales. De tal manera, Mera y Álvarez (1993), establecieron que la política de los hogares comunitarios a través de su cumplimiento, ofreció bondades que contribuyeron al fomento de la salud integral del preescolar, a la salud mental de las familias usuarias del programa y al desarrollo social a nivel nacional. A su vez, facilitó la organización e integración de la comunidad, a través de la asociación de padres de familia que participaron en la gestión de los hogares comunitarios con aportes del sector gubernamental.

Bravo (2016) en su estudio analizó los resultados de una intervención realizada en la cárcel de Villahermosa, en Cali, Colombia dirigida a establecer estrategias de prevención entre los internos de esa institución, recalcando la importancia del recurso comunitario como una herramienta efectiva que permite la continuidad y el impacto de este tipo de intervenciones.

Ocampo (2015) en su estudio evidenció que un aspecto fundamental de cualquier estrategia es la participación de las personas y los grupos organizados de la comunidad en el conocimiento y la búsqueda de soluciones a sus propios problemas de salud. Recalca que se requiere trascender hacia la organización de proyectos de interés comunitario no solo en aspectos educativos sino de inversión social.

Vesga et al. (2001) realizaron un estudio con el concurso de cuatro organizaciones no gubernamentales (ONG), a cada ONG se le asignó un número de comunas bajo la responsabilidad de la Secretaría de Salud Pública Municipal. “La convocatoria a las ONG se realizó a través de la Asociación de ONG Cali (PROCALI), entidad que reúne este tipo de organizaciones sociales y se seleccionaron las que tenían relación y experiencia en el trabajo comunitario” (p. 65).

Molina y Spurgeon (2007) en su trabajo analizaron las características del desarrollo institucional (DI) y la participación comunitaria (PC), como los principales componentes de la descentralización del sector salud en Colombia. “La descentralización implica que el gobierno central transfiere el poder político, los recursos, la toma de decisiones y la administración a agencias locales, unidades subordinadas de gobierno, corporaciones públicas semiautónomas, el gobierno local u organizaciones comunitarias” (p. 175).

El Ministerio de Salud (2015) estipuló lineamientos, componentes y caracterización del programa Nacional de Salud Medicina Familiar y Comunitaria, con la participación de organizaciones comunitarias:

En este contexto el enfoque de salud familiar y comunitaria como uno de los componentes del MIAS, orienta la reorganización del sistema de salud en función de la situación socio sanitaria de las personas, familias y comunidades. Es un proceso transdisciplinario y un campo de articulación que integra acciones individuales y colectivas, para aportar a la garantía del goce efectivo al derecho a la salud de toda la población. El enfoque de salud familiar y comunitaria orienta el desarrollo del talento humano y de la prestación de servicios de salud desde las necesidades, potencialidades y relaciones de las personas, familias y comunidades, en territorios y entornos específicos y reconocidos. En este enfoque, las poblaciones son adscritas, atendidas y acompañadas de manera integral por equipos multidisciplinarios de salud familiar y comunitaria. (p, 12)

Robertson et al. (1997), realizaron un estudio con base en un programa urbano de atención primaria en salud (APS) en el Distrito de Aguablanca en Cali, Colombia, cuyos servicios los prestan trabajadores de salud comunitarios, especialmente a través de visitas domiciliarias. Los autores en su análisis concluyeron que “existe un sistema bien planeado que alcanzó sus metas estructurales y proporcionó servicios apropiados. Algunas actividades encontraron limitaciones en la práctica. Por tanto, no siempre se alcanzaron metas ambiciosas” (p. 174).

El sector salud tiene suficientes conocimientos para disminuir notablemente muchos problemas de salud, que los recursos para las intervenciones de cuidado de la enfermedad (medicina) y del cuidado de la salud (salud de la comunidad) se están utilizando ineficaz e ineficientemente, y que es necesario modificar sustancialmente el contenido del sector salud.

Echeverri y De Salazar (1980) analizaron en su artículo experiencias con la aplicación de un modelo integrado de desarrollo de servicios de salud. Revisaron el concepto de *organización comunitaria* e identificaron en ese sistema estrategias utilizadas como la disponibilidad de los

servicios para todos los individuos y familias de la comunidad; participación de la comunidad, e inclusión del sector salud con otros sectores del desarrollo.

Tabla No. 3 Balance preliminar de documentos publicados 1980-2023 en el continente americano. Salud preventiva y comunitaria

Documento	Autor	País	Tipo/disponibilidad
El contexto político de la participación comunitaria en América Latina	Briceño, R		https://www.scielo.org/pdf/csp/1998.v14supl2/S141-S147
Revisiting community participation	Zacus, D. y Lysack, C.		https://doi.org/10.1093/heapol/13.1.1
Paradigmst lost: toward a new understanding of community participation in health programs	Rifkin, S.		10.1016/0001-706x(95)00105-n
Evaluación participativa de los procesos de participación social en la promoción y el desarrollo de la salud.	Cequeira M, y Mato, D		https://www.researchgate.net/profile/Daniel-Mato/publication/305400365_Evaluacion_participativa_de_los_procesos_de_participacion_social_en_la_promocion_y_desarrollo_de_la_salud/links/578d770008ae59aa66815c4e/Evaluacion-participativa-de-los-procesos-de-participacion-social-en-la-promocion-y-desarrollo-de-la-salud.pdf
Participación comunitaria y salud	Figuroa, D.	México	https://respyn.uanl.mx/index.php/respy/article/view/85/73
La participación social en el desarrollo de la salud:	Méndez CA, Vanegas López, JA	Chile	Artículo PDF

experiencias latinoamericanas (1995)			
Community participation in health activities (1983)	Agudelo CA Pan. Am. Health Organization		Artículo PDF
Acción y participación comunitaria en salud. Editorial Nordan Comunidad (1993)	Barrenechea et al. Centro de Atención Primaria de Salud de Las Villas de las Piedras	Uruguay	Artículo PDF
Popular participation in health in Nicaragua (1987) <i>Health Policy and Planning</i> 2(2) p. 162-170	Frieden T, Garfield R	Nicaragua	Artículo PDF
Participación social y educación para la salud. Memorias del Taller de Centroamérica, Caribe, Hispano y México (1993), INN, OMS, OPS, SSA, ORLA/UIPES	García Viveros M, Cequeira CT	México	Artículo PDF
"Algunas reflexiones sobre las experiencias de participación social". En <i>participación social en salud</i> . ARCA CLAEH (1993)	Hevia P	Uruguay	Capitulo
Participación en salud: lecciones y desafíos. CORSAPS (1991)	Marshall MT, Saez M, Salinas J	Chile	Artículo PDF
Organización y gestión participativa. 1990) <i>Boletín Sanitario de Panamá</i> , 9(5), p. 479-487	Nirenberg O, Perrone N	Panamá	Artículo PDF
Participación de la comunidad en la salud y el desarrollo en las Américas: análisis de casos seleccionados (1988). Publicación científica 473	OPS	Estados Unidos	Informe
Participación social en los sistemas locales de salud (1988). Serie de desarrollo de servicios de salud # 35	OPS	Estados Unidos	Informe

Estrategias de participación social en los sistemas locales de salud (1988). Serie de desarrollo de servicios de salud # 64	OPS	Estados Unidos	Informe
Community participation in development projects (1987). World Bank Discussion Paper # 6	OPS	Estados Unidos	Informe
La evaluación de la participación social comunitaria en los SILOS (1992).	Silver KR, Alarid HJ OPS/OMS/SAS	Venezuela	Informe
Ideological dimensions of community participation. A. manual trainers in participatory techniques (1985). <i>Soc, Sci, Med.</i> 21(1), p. 41-53	Ugalde A	Estados Unidos	Artículo PDF
El promotor de la salud comunitaria (1981). <i>Salud Mundial</i> , 2(1), p. 46-48	Werner D	Estados Unidos	Artículo PDF
Política de Promoción de la Salud para el Municipio de Santiago de Cali: año 2000-2005. (2000). Secretaría de Salud Municipal de Santiago de Cali	Unidad de Epidemiología y Salud Pública		Documento técnico
Las ideas de comunidad y participación comunitaria en salud. Una revisión histórica en las políticas de salud para América Latina. (2012). Saarbrücken: Editorial Académica Española	Bang, C		Libro
Debates y controversias sobre el concepto de participación comunitaria en salud: una revisión histórica. (2011), <i>Revista Eä</i> , 2(3), 1-23.	Bang, C		Artículo PDF
Estrategias comunitarias en promoción de la salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemas psicosociales complejas. (2014). <i>Revista</i>	Bang, C		Artículo PDF

<i>Psicoperspectivas</i> , 13(12), 109-120.			
Guía Técnica Metodológica (1994)	Ministerio de Salud. División de Programas de Salud. Unidad de Participación Social.	Chile	Documento técnico No disponible digitalizado
Perfil comunitario de salud a través del método de investigación - acción participativa. Serie de Cuadernos # 2, 4, 6. (1993)	Secretaría Nacional de Salud de Tupiza OPS/OMS	Bolivia	Documento técnico No disponible digitalizado
El movimiento de comunidades saludables en Cuba (1996)	De La Torre, E Documento Asamblea Nacional del Poder Popular	Cuba	Documento técnico No disponible digitalizado
Participación Comunitaria de Salud (1994)	Hortwitz N, Figueras MT Foro Académico. Documento de Trabajo 62 CEAP Universidad de Chile	Chile	Documento técnico No disponible digitalizado
Solución de problemas por equipos locales de salud (1995).	Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado de Veracruz. OPS.	México	Documento técnico No disponible digitalizado
Plan Estratégico 1997-2000 (1997)	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. OPS. Comité Ejecutivo Interinstitucional de Apoyo al Movimiento de Municipios y Comunidades Saludables	Paraguay	Documento técnico No disponible digitalizado
Manual de salud materno-perinatal para promotores comunitarios. CLAP # 1254. (1993)	Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP)	Uruguay	Informe PDF

PLANIFICACIÓN LOCAL PARTICIPATIVA: Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe (1999)	OPS	Chile	Manual PDF
El contexto político de la participación comunitaria en América Latina (1998). <i>Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14(2):141-147</i>	Roberto Briceño-León	Venezuela	Artículo PDF

Fuente: elaboración propia (2023).

La tabla 3 presenta un balance preliminar de documentos publicados entre las décadas de 1980, 1990, 2000, 2010 y los primeros años de la tercera década del nuevo milenio en el continente americano. A partir del enfoque de *salud preventiva y comunitaria*, Cequeira y Mato (1998) destacan el rol desempeñado por los actores comunitarios mediante la estrategia de participación comunitaria. Centrarón su enfoque en la evaluación y su importancia, enfatizando en la necesidad de evaluar la dinámica de la participación social en diferentes ámbitos y niveles. Particularmente el estudio enfíló sus esfuerzos en evaluar y analizar el grado de sostenibilidad de los esfuerzos colaborativos de diferentes organizaciones sociales en los territorios.

Figuroa (2002) destaca la participación comunitaria y su relación con la salud, la cual considera es imprescindible para alcanzar mejoras en la salud de una población consciente de su rol en un desarrollo coparticipativo. Por tanto, considera que son cuatro los niveles determinantes de la salud, “siendo las condiciones internas del sujeto el determinante más importante en la participación de la comunidad en los problemas de salud. (...) También es importante conocer las estrategias fundamentales del sector salud, su posición frente a la participación” (pp. 6-7).

Rifkin (1996) señala que la participación comunitaria ha sido una parte fundamental en el desarrollo de los programas de salud, particularmente “desde la aceptación de la atención primaria de salud como la política de salud de los Estados miembros de la OMS. No obstante, rara vez ha cumplido las expectativas de los planificadores/profesionales de la salud”. Conforme a lo anterior, al menos normativamente, se determinó mediante el Decreto 1757 de 1994, por el cual se organizan y se establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 1 del artículo 4 del Decreto-Ley 1298 de 1994, que en cada municipio se conformarán los comités de participación

comunitaria en salud, determina su integración y las funciones que deberán cumplir. Lo anterior, no se cumple pese a la exigencia normativa, los COPACOS (Comités de Participación Comunitaria en Salud)⁷ no se activan. Estos tienen como propósito velar por la calidad de la prestación y la garantía del derecho a la salud, ejercido por la comunidad usuaria desde un escenario interinstitucional que vigila y propone acciones de mejora.

Briceño (1998) señala en su análisis que muchos programas de salud se han diseñado y ejecutados para la población, pero se requiere la participación comunitaria, lo cual no es un reto menor: formular programas que sean elaborados y aplicados con la población, es decir, entre funcionarios del Estado, del Ministerio de Salud o de las instancias locales, y la población beneficiaria. El autor aduce lo siguiente:

Este tipo de participación para la democracia tiene como fundamento aumentar la confianza de las personas en sí mismas. Sólo teniendo confianza las personas en sí mismas se puede dar la participación comunitaria, y una vez que ésta se inicia, la experiencia exitosa de participación se convierte en una fuente incesante de confianza en las personas. La participación es, finalmente, una forma de aumentar los niveles de organización de la población, y es esa una contribución esencial al fortalecimiento de la democracia. No habrá democracias verdaderas ni sólidas mientras no abunden las organizaciones populares. (p. 145)

Zakus y Lysack (1998) analizan la participación comunitaria en la salud, entendida como una entidad compleja, la cual goza del interés de los trabajadores comunitarios de salud. proporcionando un examen detallado de los desafíos que enfrenta su implementación y sostenibilidad. Señalan los autores que “la implementación de la participación comunitaria es responsabilidad última de los iniciadores del programa de salud local. Por tanto, a nivel local enfrentan las realidades cotidianas de incorporar la participación comunitaria en la prestación de servicios de salud” (p. 1).

Tabla No. 4 Documentos identificados mediante meta referenciación, no digitalizados y/o no disponibles

Documento	Autor	Enfoque	Descripción	Disponibilidad
-----------	-------	---------	-------------	----------------

⁷ Los CALI (Comité de Planeación de Comunas y Corregimientos), tienen como función la planificación y promoción continua del desarrollo socioeconómico y ambiental de un espacio geosocial determinado, con el objetivo de generar bienestar de los habitantes. Orienta la concertación y cogestión de planes, programas, proyectos, actividades y mediante la integración de esfuerzos y recursos de instituciones públicas, privadas y la participación activa de la comunidad.

<i>Evaluación de programas docentes-asistenciales, La comunidad opina sobre calidad y desempeño (1997)</i>	De Salazar, L.			Libro No digitalizado. No disponible
Políticas, estrategias y líneas de acción en participación comunitaria en salud (1991)	Versión preliminar. Santafé de Bogotá: República de Colombia			Documento No digitalizado. No disponible
"Iniciativa comunitaria de la mesa de participación social en salud de la comuna 20" p. 179-187 (2007). En <i>La Salud Pública. Desde el enfoque de la promoción de la salud.</i>	Díaz, Constanza, Castillo, Elizabeth Secretaría de Salud Pública Municipal en Santiago de Cali			Libro No digitalizado. No disponible
<i>Hacia una escuela saludable (1996)</i>	De Salazar, Ligia		El proyecto UNI promueve el desarrollo de una estrategia de trabajo articulado entre la comunidad, los servicios de salud y la Universidad, con el propósito de mejorar la salud y las condiciones de vida de la sociedad	Libro No digitalizado No disponible
La municipalización de la Salud en Santiago de Cali: un proceso de cambio social: un compromiso con Colombia (1992) p. 424	Gutiérrez, Fernando; Guillermo Valencia, Luis; Solarte Burbano, Carlos, Gallego, José Antonio; Hermes Gómez, Floro. Secretaría de Salud Pública Municipal			Libro No digitalizado No disponible

Evaluación de Empresas Solidarias de Salud” Informe de Resultados del Análisis de la Gestión de las ESS según las Áreas de Evaluación, Cali (1998)	Ministerio de Salud, Fundación CIMDER, Universidad del Valle			Documento No digitalizado. No disponible
Manual de participación social en salud	Gobernación del Valle del Cauca. Secretaría de Salud Pública. Cali. (1999).	Participación social en salud	Participación social en salud	Documento técnico No digitalizado. No disponible
Políticas de participación social en salud	Ministerio de Salud (1997)	Políticas	Políticas de participación social en salud	Documento técnico No digitalizado. No disponible
Manual de participación ciudadana y gestión comunitaria	Convenio Alcaldía de Santiago de Cali (2000)	Participación en salud y gestión comunitaria	Participación ciudadana y gestión comunitaria	Documento técnico No digitalizado. No disponible
Soporte técnico para la participación social en salud	Gobernación del Valle del Cauca Secretaría Departamental de Salud (2004)	Participación social en salud	Participación social en salud	Documento técnico No digitalizado. No disponible
La participación social en salud desde la perspectiva de las organizaciones populares. En G. Zaldúa (coord.), <i>Intervención en psicología social comunitaria: Territorios, actores y políticas sociales</i> (1996)	Sopransi, M			Capitulo libro No disponible digitalizado
“Evaluación Comunitaria de desempeño de estudiantes usando el modelo de la calidad del cuidado percibido por la comunidad” p. 99-110. En <i>Evaluación de tecnología en salud pública</i> (2000)	CEDETES	Salud comunitaria	Estudio sobre relacionamientos entre proveedores y usuarios. Participación de 50 estudiantes de medicina con 94 familias de áreas rurales, docentes y	Capitulo libro No disponible digitalizado

			funcionarios de las instituciones de salud de comunas en Cali	
"El Programa Comuna Promotora de Salud", p. 15-21. En <i>Municipios y comunas saludables</i> (2002).	De Salazar, Ligia, Díaz Constanza y Magaña, Adalgisa. CEDETES		El Programa Comuna Promotora de Salud, asumió que las alianzas entre Gobierno Municipal, Comunidad, y Universidad, alrededor de propósitos comunes que orienten el desarrollo y contribuyan en procesos de fortalecimiento de capacidad local y empoderamiento de los colectivos e instituciones para ejercer control sobre los determinantes sociales de salud.	Capitulo libro No disponible digitalizado
Puntos de vista sobre "El Cali que queremos" (1990)	Ortiz, Carlos et al. CIDESE	Salud comunitaria	La participación comunitaria se está buscando con el denominado Sistema de Planeación Participante (SISPAR), que consiste fundamentalmente en un proceso consultivo entre Planeación Municipal y las Juntas	Documento técnico No disponible digitalizado

			Administradoras Locales	
Prevalencia de hipertensión arterial y el estrés psicosocial en una comunidad de Cali (1993)	Newman A, Herrera, JA Colombia Médica, 24(2), 44-46			Artículo No disponible digitalizado
"Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud" (cap. 1). En Acción intersectorial en pro de la salud de la población (1999)	Informe del Comité Consultivo Federal, provincial y territorial sobre la salud de la población			Documento técnico No disponible digitalizado
Escuela de madres como estrategia para la participación social, la salud y el desarrollo (1992)	Fundación CIMDER	Salud comunitaria	Proyecto comunitario para fomentar el autocuidado de la salud, propiciar la conformación y consolidación de grupos, identificar los problemas de salud, y conectar el domicilio al sistema nacional de salud.	Documento técnico No disponible digitalizado
Guía metodológica para la evaluación de acciones de promoción y prevención asociadas al plan de atención básica (PAB)	Díaz Constanza y Nhora Lucía Arias		Examina áreas de indicadores en la evaluación de la promoción de la salud. Identifica factores críticos como la organización de las comunidades, participación popular en la gestión de la política	Documento técnico Impreso (no disponible digitalizado)

Municipios saludables por la paz. Una estrategia para la promoción de la salud, para el desarrollo local y la construcción de sociedades No-violentas.	OPS, OMS, Ministerio de Salud			Libro Impreso (no disponible digitalizado)
"Liderazgo, participación comunitaria y alianzas para la construcción de comunidades saludables". En Intercambio de experiencias en municipios y comunidades saludables en el Perú (2000)	Gavagnini, Taffarel, O OPS			Documento Interno (impreso) No digitalizado. No disponible
Diagnóstico comunitario de los Comités de Planificación Territorial (2000)	Secretaría de Salud Pública Municipal. Unidad de Epidemiología			Documento Interno No digitalizado. No disponible
Municipios saludables. Una opción de política pública (2002)	OPS/OMS	Salud, municipios y comunidades saludables		Libro (impreso) No digitalizado. No disponible
"Contexto local de participación" p. 1-17. En <i>Construyendo salud desde lo local</i> (2003)	Arias Castillo, Liliana et al. Gobernación del Valle del Cauca. Secretaría Departamental de Salud. Universidad del Valle	Participación en salud	Definición y caracterización del contexto local de participación	Documento técnico no disponible digitalizado
Movimientos comunitarios, participación y medio ambiente (1997). Revista Temas (9), 53-9	Fernández, A. Brasil			Documento técnico No disponible digitalizado
Participación comunitaria en la atención primaria de salud: Teoría y praxis.	Sentíes, Y.			Documento técnico

México: UNICEF. (1994).				No disponible digitalizado
----------------------------	--	--	--	-------------------------------

Fuente: elaboración propia (2023).

3.1.4 Organizaciones sociales

Según Sanicola (1996) las organizaciones sociales caracterizadas por su voluntariado, sin finalidades lucrativas y con el objetivo de aportar ayuda y solidaridad a diferentes personas (discapacitados, adultos mayores, etc.), hacen parte de las denominadas *Redes de tercer sector*. Este tipo de red suele otorgar soporte formal a los individuos de las redes primarias, caracterizadas así por la reciprocidad, relacionada con el mundo afectivo y simbólico de los individuos que integran el grupo. La humanidad ha necesitado coexistir mediante diversos agrupamientos sociales a lo largo de toda su historia. Los cambios y las evoluciones suscitadas en el siglo XX exigieron a los individuos en diferentes latitudes conformar organizaciones, formales e informales, por diversas razones individuales y colectivas, que van desde requerimientos laborales hasta necesidades relacionadas con la resolución de problemas grupales. Los agrupamientos sociales tienen la importancia de estimular el desarrollo personal y la identidad colectiva. Los grupos primarios suelen ser reducidos y centrados en las personas. En tanto, los grupos secundarios (las organizaciones, por ejemplo) suelen ser numerosos y enfocados en la obtención de objetivos en común para un grupo determinado. Las organizaciones sociales como fenómeno societal han gozado del interés de la sociología. Su origen, estructuras, prácticas y desarrollos son objeto de estudio en el ámbito sociológico. En el ámbito antropológico también han suscitado interés, relacionados con los estudios comunitarios que también surgieron en el decenio de 1920. Las ciencias de la administración también desarrollaron un esfuerzo teórico, a partir del cual analizar aspectos relevantes relacionados con factores que afectan la organización (sus formas, dimensiones y estructuras), y el comportamiento social de las personas en las empresas.

La organización como unidad de análisis ha sido comprendida como un sistema interrelacionado de comportamientos de personas para cumplir una tarea dividida en varios subsistemas, cada uno responde con una parte de cada actividad y, al mismo tiempo, suma esfuerzos para el desempeño eficaz del sistema (Lawrence y Lorsch, 1967). Por tanto, es necesario comprender la intencionalidad de su agrupamiento, tipo, estructura, orientación voluntarista o no, congruencia de objetivos y valores.

La cooperación es uno de los tipos de relación establecida entre actores en un territorio específico. Una relación de cooperación inter-organizacional comprende acuerdos formales o informales mediante los cuales los participantes intercambian discrecionalmente algo que les es útil, como por ejemplo información o conocimientos (Smith y van de Ven, 1994). Las relaciones inter-organizacionales pueden ser entendidas como vínculos ejercidos entre distintas organizaciones, lo cual puede originar intercambios duraderos. Este tipo de relacionamiento puede ser útil para la consecución de objetivos y el desempeño de la organización.

3.1.4.1 Definiciones y características

Las organizaciones sociales pueden comprenderse sociológicamente como formaciones sociales emergentes que agrupan individuos que establecen vínculos como membresías, regidos por normas y valores específicos que regulan sus comportamientos facilitando la coordinación y cooperación para conseguir beneficios mutuos. Lo anterior, significa que los lazos establecidos pueden generar la confianza requerida para desarrollar y fortalecer mecanismos de coparticipación. Según Marín et al. (2013) las organizaciones pueden definirse de la siguiente manera:

Las organizaciones son grupos o asociaciones de personas relacionadas con las funciones básicas de la sociedad (comunicación, fijación de bienes, producción y reparto de bienes y servicios, etc.). (...) Los fines propuestos en las organizaciones están determinados con relativa precisión: así definen el tipo de relación posible en su interior, aunque no se excluyen secundariamente –pero no por ello menos relevantes-, otras formas de interacción social. (pp.14-15)

Existe cierta conciencia por parte de quienes conforman una organización, una vez establecen una orientación y deliberada acción:

Las organizaciones se desarrollan a partir de una decisión consciente por parte de un individuo o un grupo para lograr ciertos objetivos a través de la reunión en una forma disciplinada de recursos humanos y materiales. (...) Aglutinan seres humanos y recursos físicos como mecanismo coordinado y controlado para lograr ciertos objetivos. A medida que estos procesos centrales de control y coordinación se han refinado y racionalizado, aumenta el potencial de las organizaciones para expandirse más allá del espacio y las limitaciones de tiempo. El tema central en el estudio de las organizaciones es precisamente la tensión entre los actores como sujetos individuales con sus propios objetivos e intereses y la organización como una estructura de control y coordinación que trata de orientar. (Morgan, 1990)

Las organizaciones sociales tienen un rol central, como eje organizador en los procesos de producción social, prácticas ejercidas y negociación de significaciones y resignificaciones; y eje movilizador y reivindicativo de acciones determinadas en un tiempo y espacio específico. El término organizaciones sociales permite entender estas *instituciones* como actores colectivos con intereses movilizados, respecto a lo social, cultural y político. Esos temas reivindicativos pueden integrar el ámbito prioritario de la salud, contribuyendo a generar acciones para crear las condiciones para intervenir en los procesos de toma de decisiones, lo cual posibilitaría elaborar propuestas más allá de la emergencia y desarrollar proyectos con consecuencias políticas (Borri y Prevotel, 2014).

Las organizaciones sociales, como parte de las comunidades, pueden participar en las diferentes acciones y alcances que el sector salud con sus instituciones desarrollan: el diseño de las políticas y programas de salud, la movilización de su capital social para campañas de salud, la organización de la comunidad para prevención en salud, el control social para evitar la corrupción y el clientelismo (Klisberg, 2011). Así como la participación en los *beneficios* y mejora de las condiciones de vida que se producen por efecto de un programa de salud; como *esfuerzo* o contribución que la gente aporta a un programa concreto; como participación en la *evaluación y control* de los servicios de salud; como participación en la *planificación* y programación de las acciones y servicios sanitarios; como participación en la *toma de decisiones* sobre problemas y programas que les afectan; y, como *cogestión y autogestión* de programas y servicios de salud (Sáez, 2016).

Según Marín et al. (2013), la sociedad moderna -compleja, muy productiva e inestable- es una sociedad de organizaciones, y estas formas de agrupación humana son el modo habitual de conseguir la mayoría de los objetivos importantes. Son extensiones del hombre agrupado para alcanzar objetivos difíciles. Para estos autores no se puede entender la sociedad moderna “sin hacer referencia a un conjunto de organizaciones que constituyen su entramado central, sin pensar en empresas privadas, ONG’s, organizaciones estatales, instituciones religiosas, organizaciones políticas, asociaciones deportivas, etc.” (p. vii).

El concepto de estructura⁸ en las organizaciones es central y se refiere al conjunto de relaciones que se establecen entre las cosas (estructura física) y las personas que la componen (estructura

⁸ Los teóricos del intercambio presentan una imagen básica de la estructura social como una configuración de las relaciones sociales entre los actores (individuales y colectivos), donde las relaciones involucran el

social). Las relaciones estructurales abarcan la totalidad de las organizaciones, todo en su interior está estrechamente relacionado, funciona de manera interdependiente, mediante procesos que entrañan cohesión, integración social, oposición, conflicto, tensión y disolución. En el caso de las organizaciones formales su estructura social responde a tres dimensiones fundamentales: a) la división del trabajo; b) la jerarquía de la autoridad, y c) los procedimientos de coordinación. Blau (1975) identificó tres enfoques principales de la estructura social: a) como configuración de relaciones y posiciones sociales; b) como el sustrato subyacente a la vida social y la historia; y c) como un "espacio multidimensional de lo diferenciado", posiciones sociales de las personas en una sociedad u otra colectividad" (p. 14).

Según Oltra (2011) el concepto de estructura social es, junto con el de cultura, uno de los conceptos clave de la sociología. Toda sociedad posee una estructura social. La estructura social se puede definir como el conjunto de pautas regulares y predecibles de la organización e interacción social que caracteriza a la sociedad o el sistema de relaciones sociales entre diferentes partes de la sociedad o de un grupo. La estructura social implica reglas y recursos (piénsese en la organización de un grupo de *scouts*, de una iglesia, una gran empresa, o en la estructura laboral o de mercado de un país), pautas de interacción entre todos que regulan las relaciones sociales relativamente permanentes que se establecen entre sus componentes. Las relaciones estructurales son reales ya que influyen en el desempeño del rol que ejerce cada integrante de una organización, a su vez imprescindibles para comprender los procesos que componen su desarrollo organizativo.

La perspectiva sociológica comprende que todos los fenómenos sociales relevantes pueden explicarse principalmente, si no completamente, en términos estructurales (Cook y Whitmeyer, 1992).

3.1.4.2 Organizaciones formales

Los individuos en las sociedades modernas deben unirse a otros si tienen como propósito obtener beneficios en común de corto o largo alcance. Sin duda, en compañía de otros se puede llegar más lejos que solo, un colectivo movilizador puede resultar más eficaz. En un ámbito comunitario hay apuestas sociales que superan los esfuerzos individuales y precisan de la conformación de organizaciones específicas. Por ende, es posible afirmar que la sociedad

intercambio de materiales valiosos (informaciones, conocimientos, simbólicos, etc.) (Cook y Whitmeyer, 1992).

moderna es una sociedad de formaciones sociales: grupos de interés específico, organizaciones sociales y colectivos de distinta índole.

Las organizaciones pueden entenderse como una suerte de sistemas complejos que entrañan características dinámicas de adaptación y evolución, según el contexto en el cual se desenvuelvan, y como sistema que comprende reglas, políticas, procedimientos y roles definidos (precisamente lo que define una estructura formal), lo cual define cómo y cuáles acciones deben realizar los sujetos que interactúan. Las organizaciones como estructuras organizativas formales han sido una parte integral de la sociedad, y suelen comprender mejor a partir de su estructura intencional que otorga forma y delega funciones y responsabilidades en colectivo conformados para determinados propósitos y objetivos. Blau (1975) considera que varias formas de asociación social generadas por los procesos de intercambio a lo largo del tiempo llegan a constituir estructuras sociales bastante complejas.

Las organizaciones formales posibilitan por su tamaño los relacionamientos más impersonales y exigen una planificación aun mayor que cualquier otra organización informal, están diseñadas para el desarrollo de labores de complejidad mayor. En tal sentido, se encuentran organizaciones macro como los estados, encargados de aglutinar a numerosas organizaciones estatales que orientan y regulan procesos burocráticos.

En el marco de una organización formal es posible advertir que los individuos pueden participar en organizaciones sociales de diferente tipo: utilitarias, normativas y coercitivas. Las primeras, definidas a partir de cierta recompensa material. Las segundas, caracterizadas por un esfuerzo voluntario, sin ánimo de lucro. Y las terceras, relacionadas con algún tipo de sanción social, como castigo punible.

Giner y Lamo (2001) describen a continuación los aspectos centrales que definen a una organización formal:

Una organización formal es aquella que cuya existencia, característica, objetivos, estructura, normas, de funcionamiento han sido explícitamente establecidos e incluso reglamentados por escrito. Desde un punto de vista estructural, la distribución de la autoridad, los circuitos de comunicaciones y los procesos de adopción de decisiones son dimensiones formales esenciales para una organización. (p. 549)

Las formas o condiciones en las que interactúan instituciones de salud y organizaciones sociales en un territorio determinado, pueden generar la conformación de una red de gobernanza colaborativa en salud.

3.1.4.3 Organizaciones informales

La organización informal se asocia a una red de relaciones interpersonales suscitadas por individuos que coyuntural y/o permanentemente durante tiempo indeterminado se asocian entre sí para articular esfuerzos en pro de una solución particular que exige un compromiso en tareas identificadas con lo cual alcanzar una meta u objetivo específico.

No es usual advertir en las organizaciones informales la identificación de elementos como la capacidad para identificar la posición que ocupa en una red colaborativa, tampoco el aprovechamiento de los recursos internos y todo el entramado propio que supone el ejercicio de toma de decisiones. Esto último, está relacionado con la fundamentación requerida para decidir adecuadamente con base en la evidencia informada.

La tabla No. 5 contiene algunas categorías analíticas clave en la ejecución de tareas realizadas por las organizaciones formales e informales:

Tabla No. 5 Diferencias entre tipos de organización

Categoría analítica	Organizaciones formales	Organizaciones informales
Actividades	Existe una división del trabajo establecida. Participación en actividades diferenciadas y especializadas	No hay formalidad en la distribución de actividades. Todos suelen participar en diferentes actividades
Jerarquía	Existe una normatividad tipificada mediante estatutos que definen funciones y orientan el quehacer de los integrantes	Existe una mayor libertad de acción y menor aplicabilidad de normas y funciones mediante documentos formales (estatutos, por ejemplo)
Procedimientos de coordinación	Coordinación determinada con base en un planeamiento operativo que define y orienta la ejecución de proyectos, estrategias y acciones, con base en una hoja de ruta y trazabilidad específica	Coordinación indeterminada ante la no planificación de actividades a realizar prospectivamente

Relaciones (tipo de relacionamientos)	Secundarias, basadas más en el carácter impersonal	Primarias, emanan familiaridad, cercanía vecinal
Tipo de interacción	Ocasionales y personales	Programadas e impersonales
Comunicaciones	Realizadas mediante correo electrónico y/o mediante el Whatsapp con grupos laborales empresariales, y formalmente por escrito	Ejercidas mediante el voz a voz, o Whatsapp.
Enfoque	Objetiva y dirigida a la función a realizar	Orientado a la persona

Fuente: elaboración propia (2023).

3.1.5 Sociología de las organizaciones

El tema de las organizaciones, como objeto de estudio, no es ajeno a la sociología. Para Díaz y Rodríguez (2018), “esta ciencia social se ocupa del estudio de los grupos y agregados sociales, las organizaciones, las instituciones, los cambios y conflictos sociales, los gobiernos, las relaciones sociales, los sistemas y estructuras sociales, entre otros objetos de interés” (p. 12).

La sociología de las organizaciones tiene como “objetivo es difundir en la sociedad la comprensión del modo en que las relaciones sociales están establecidas, persisten o pueden modificarse, pero no tanto la acción o intervención sobre las relaciones” (Marín et al., 2013, p. 22). Tiene como función analizar el proceso racional del mundo de la experiencia organizacional, aportar conocimiento para facilitar los niveles de comprensión respecto a diferentes tipo y motivaciones para ejercer relacionamientos.

La sociología de las organizaciones tiene más importancia en el contexto de las grandes empresas o instituciones, donde los procesos de grupos adquieren una entidad difícilmente abarcable, e incluso inabarcable a simple vista, o por pura intuición. El sociólogo se podrá ocupar de esta forma de las causas estructurales del conflicto, de las funciones y conflictos del sistema de comunicaciones, de los grupos informales, de los prejuicios que impiden la cooperación y otros temas afines, cuya repercusión en la vida cotidiana de la empresa es evidente. También en la pequeña empresa estos problemas tienen su importancia, con frecuencia por los condicionamientos externos del entorno sociopolítico en el que se encuentran. (Marín et al., 2013, p. 23)

El concepto *organización* es de gran utilidad para el trabajo analítico de los sociólogos, el cual ha surgido societalmente como una evolución de las formaciones sociales y la necesidad de interrelación entre estas en distintos ámbitos. El tránsito se ha dado desde los grupos primarios

hasta los grupos secundarios; desde las organizaciones informales hasta las formales. Todo lo anterior, ha exigido analizarles conforme sus relacionamientos mediante las posibilidades que el análisis de redes posibilita, a partir de cómo sus relaciones establecidas no se determinan por un sentido de frontera geográfica y de pertenencia a una red en particular. El estudio de las organizaciones sociales, al menos desde la perspectiva sociológica, se basa en una tradición de estudio comunitario que comenzó con los estudios de la Escuela de Chicago orientados por teóricos como Park y Burgess en 1925. El esfuerzo por teorizar y analizar el comportamiento de individuos disímiles en el marco de colectividades sociales tiene una extensa y rica tradición en la sociología estadounidense. Según Giner y Lamo (2001) “las ciencias sociales siempre se han interesado por las organizaciones y por los peculiares comportamientos que se producen en su seno, por sus aspectos “racionales” o “bien organizados”, y por los no previstos o no requeridos (“no organizados”)” (p. 549).

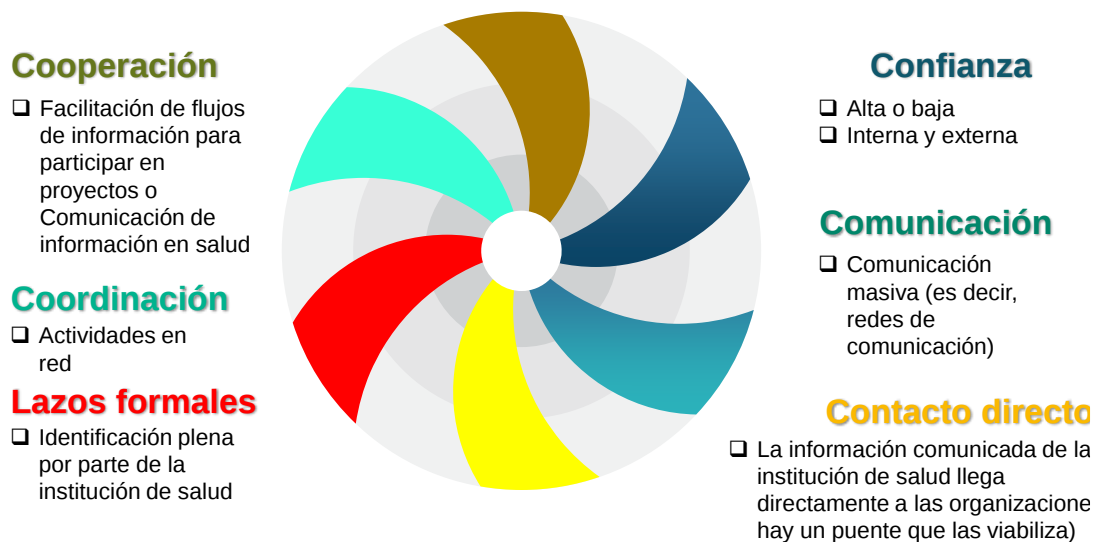
El enfoque sociológico de las organizaciones está relacionado con el proceso de comprensión de aspectos como la tensión entre los actores como sujetos individuales con sus propios objetivos e intereses, y la organización como una estructura de control y coordinación que tiene como función orientar determinados intereses colectivos. La sociología intenta dar sentido a las interacciones de los individuos y las agregaciones de individuos —clases, comunidades y sociedades—, y según Page (2015) “explorar cómo esas interacciones son formadas por la psicología humana, la cultura, la estructura social y las instituciones formales. La sociología ve a los actores dentro de redes, categorías y lugares” (p. 22).

Las organizaciones sociales, en términos sociológicos, suelen caracterizarse por los siguientes factores específicos:

1. Un conjunto identificable de miembros (cualquiera que sea su relación con la organización).
2. Una estructura interna con diferenciación de funciones (“organizada” formal e informalmente e interesada en la propia perpetuación).
3. Fines o propósitos específicos que lograr con la actividad de los miembros, todo ello en un sistema social con el que las organizaciones mantienen algún tipo de intercambio (Giner y Lamo, 2001, p. 549).

La figura No. 3 presenta diferentes elementos que son necesarios para el ejercicio de conexión socio comunitaria.

Figura No. 3 Factores clave para la conexión socio comunitaria



Fuente: elaboración propia (2024).

3.1.6 Instituciones de salud

El término *institución* se aplica generalmente a aspectos de comportamiento social regulado por normas, valores y leyes bien establecidas, fácilmente reconocibles y relativamente estables (Morgan, 1990). En el ámbito de la salud, las instituciones son organizaciones creadas para desempeñar diferentes funciones (prestación de servicios, regulación de normas sanitarias, ejercicio como autoridad territorial en salud). Funcionan de manera sistémica y sistemática, ejercen prácticas y controles respecto a la salud poblacional. En tal sentido, el sector salud incluye todas las organizaciones, participantes y procedimientos de la jurisdicción del ministro responsable de la salud, que incluye el propio ministerio y otras organizaciones legales relacionadas (McQueen et al., 2012).

Las instituciones son maneras de hacer las cosas que surgen o evolucionan paulatinamente, aunque una vez que han tomado una forma definitiva como organizaciones las pueden adoptar e implementar de manera consciente. Las instituciones hacen parte de los sistemas de salud y tienen varias funciones (gobernanza, financiación, generación de recursos, y prestación, entre otras) que contribuyen al logro de los objetivos propuestos (salud de la población, equidad, justicia, expectativas no médicas de ciudadanos y pacientes). El área de la salud tiene instituciones de salud representadas por “organizaciones, entidades públicas y privadas, incluyen

a todas las entidades del SGSSS, buscando su ampliación con la vinculación de actores del sistema de protección social y de sectores que tengan influencia en cada departamento, distrito y municipio” (Rodríguez, 2009).

El sistema de salud se compone de todas las organizaciones, instituciones, recursos y personas cuya principal finalidad es promover, restaurar o mantener la salud. Esto incluye los intentos de ejercer una influencia en los determinantes de la salud, así como en las actividades de mejora de la salud más directas. Un sistema de salud es más que una pirámide de servicios públicos que ofrecen servicios sanitarios, incluye también una acción intersectorial llevada a cabo por personal de salud (OMS, 2007).

Las autoridades en salud, mediante sus instituciones, han ejercido labores de formación en salud (información, educación y comunicación) con diferentes actores y de diferentes maneras: agentes comunitarios, líderes sociales, padres de familia, estudiantes, etc. Con el propósito de impactar positivamente a un grupo en particular afectado por alguna patología identificada (diabéticos, enfermos cardiovasculares, etc.), pero no es fácil rastrear experiencias de labores de formación en salud con organizaciones de diversa índole, que poseen estructuras informales, orientadas por intereses diversos, y las cuales pudiesen ayudar a canalizar o enfocar decididos esfuerzos encaminados a desarrollar estrategias y programas de salud. Este tipo de formaciones sociales pueden aglutinar y potenciar a las comunidades de las cuales provienen en temas de promoción y prevención en salud, transformando las participaciones pasivas en activas mediante un grado mayor de compromiso con el autocuidado y la responsabilidad respecto a impactos grupales.

3.1.7 Gobernanza en salud

El término gobernanza se refiere a la forma en que los gobiernos (incluyendo sus diferentes sectores constitutivos) y otras organizaciones sociales interactúan, el modo en que estos se relacionan con los ciudadanos y cómo toman decisiones en un entorno complejo y globalizado (Rasanathan, 2011).

Los distintos tipos de participación se caracterizan por diversos alcances: consultiva, cívica y decisoria, y esto se relaciona con una de las funciones del sistema de salud, conocido como gobernanza en salud, en el cual la participación en el sistema de toma de decisiones que afectan la salud poblacional, de nuevo el carácter relacional y el impacto aparentemente inconexo con el

proceso de producción de salud. La gobernanza es el sistema de toma de decisiones en el que se marcan las pautas, se ejerce la autoridad legislativa y se controlan las diferentes gestiones. Los gobiernos que reconocen la complejidad de los factores sociales y económicos gobernarán mediante una colaboración con el mercado y con los actores de la sociedad civil, para la implementación y el desarrollo de las políticas. Para Pearson (2013), “la gobernanza es el proceso mediante el cual una organización salvaguarda los intereses de sus partes interesadas y cumple sus objetivos mediante un marco supervisado de normas y procedimientos” (p. 502).

La alusión a la gobernanza casi siempre remite a la idea de cómo las instituciones públicas administran de forma eficiente los recursos y cumplen con una agenda pública. Significa pensar en la capacidad de gestión de los organismos públicos (o como lo entiende la ciencia política, la capacidad que tiene el gobierno de formular e políticas) (Fontes et al., 2008, p. 34). Lo anterior, implica la necesaria referencia a una nueva forma de gobernar en los territorios, con la participación activa de las instituciones estatales y la población conformada por colectivos (conformados coyunturalmente, por ejemplo) y organizaciones sociales reconocidas que en el marco de un ejercicio ciudadano buscan formas eficaces de gestión de las políticas públicas, anticipando sus efectos y evaluando su impacto.

La gobernanza, en el campo de la salud, para Hufty et al. (2006) “orienta el comportamiento de los actores y estos son modificadas por la acción colectiva, las normas sociales que están íntimamente ligadas a los actores, sus conductas e interacciones y condicionadas por su naturaleza, su poder, sus intereses, sus ideas y su historia”. Las categorías analíticas o dimensiones observables de la gobernanza, propuestas por Hufty et al. (2006) se observan en la tabla No. 6. Según McQueen et al. (2012), al igual que la financiación, generación de recursos y prestación, la gobernanza, es una de las funciones clave de los sistemas de salud que contribuyen al logro de los objetivos propuestos (salud de la población, equidad, justicia, expectativas no médicas de ciudadanos y pacientes).

Los conceptos gobernabilidad y gobernanza requieren una precisión: aludir a la gobernabilidad y a la gobernanza en su sentido más clásico, exige referirse a la capacidad del sistema político para operar de forma consistente con los *inputs* o recursos legitimadores, de un lado a partir de procesos políticos de representación de la voluntad popular (vía instituciones políticas constituidas legítimamente por representantes electos periódicamente a partir de procesos electorales definidos previamente y divulgados), y del otro a partir de la existencia de un aparato

burocrático capaz de procesar las agendas políticas de forma eficiente. La gobernanza, entendida de esta forma, es un concepto útil, pero limitado (Fontes et al., 2008). Hablar de gobernanza en este caso significa hacer un análisis que incorpore las relaciones diversas entre la máquina burocrática administrativa del Estado y el campo de la sociedad civil (Fontes et al., 2008).

La interacción de diferentes organizaciones en un territorio definido, genera un tipo de relacionamientos que a su vez propician la conformación de una estructura caracterizada por el grado de libertad y autonomía de cada organización, para decidir con quién relacionarse o no. Su posición en la red, posiciones diferenciadas, se reflejará en el acceso a diferentes recursos.

Una comunidad que tenga alta densidad de capital social -medida por el número de asociaciones allí actuantes-, según Fontes et al. (2008), tendría los prerequisites para la inserción en un modelo organizacional con énfasis en la participación popular, “pero tan solo reuniría en teoría las condiciones necesarias. Tendría que existir también una cultura política favorable a la participación y a la existencia de una red asociativa relativamente libre de los vicios del clientelismo” (p. 61).

Tabla No. 6 Categorías analíticas* o dimensiones observables de la gobernanza

Categoría analítica o dimensiones observables	Definición
Actores	Individuos o grupos. Su acción colectiva (acuerdos o decisiones) conduce a la formulación de <i>normas</i>
Normas sociales	Reglas de juego, o decisiones que orientan el comportamiento de los actores y son modificadas por la acción colectiva
Puntos nodales	o “interfases sociales”, espacios físicos o virtuales (por ejemplo, una mesa de negociación, el consejo federal o estatal de salud, etc.), en donde convergen varios procesos, actores y normas, que producen efectos, aisladamente o en interacción con otros, sobre la variable dependiente estudiada

Procesos

Los procesos son sucesiones de estados por los cuales pasan la interrelación entre actores, normas y puntos nodales. Los procesos, los actores y las normas pueden ser formales, es decir, reconocidos por los actores portadores de autoridad en la sociedad observada (este reconocimiento es “legal” al nivel de las sociedades dotadas de un derecho positivo), o informales, definidos por la práctica de los actores.

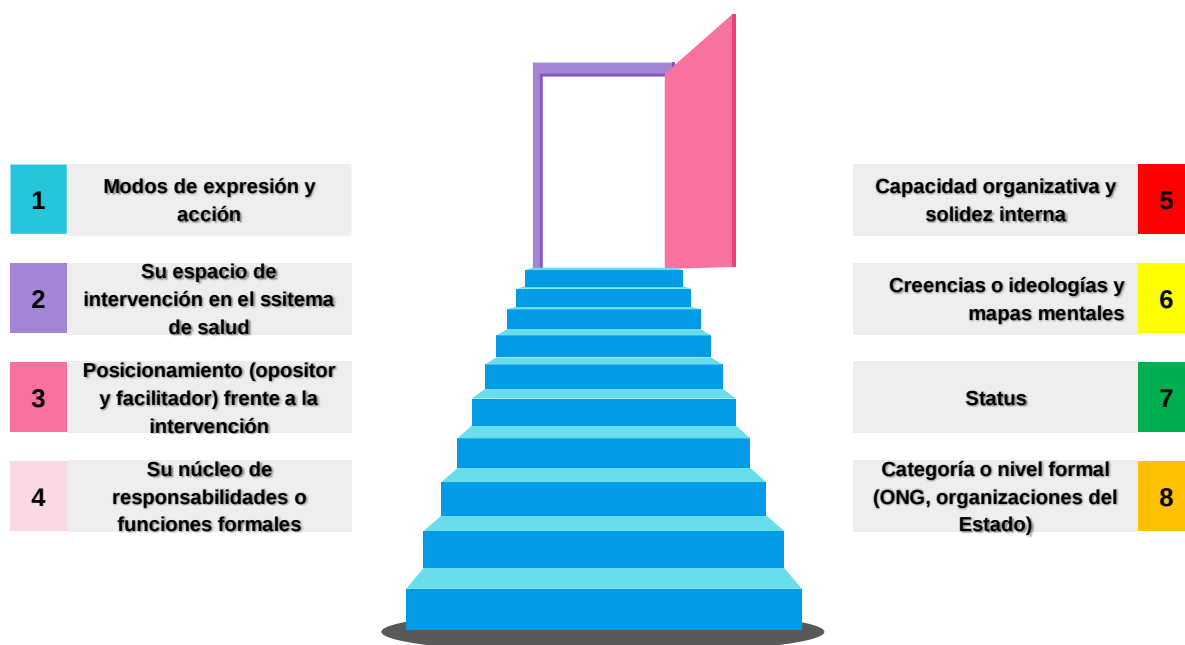
Fuente: Hufty et al. (2006, pp.38-39).

* A partir del uso de las categorías de análisis, la metodología apunta a identificar la forma como influye la gobernanza en las variables dependientes seleccionadas. Intenta identificar si existen características de los puntos nodales favorables o desfavorables a un cambio del problema bajo estudio.

La caracterización de las interrelaciones entre actores, precisa de un mapeo de los actores estratégicos implicados, lo cual es útil para reconocer la complejidad y naturaleza de los actores involucrados, sus expectativas, valores y estrategias, como factores constitutivos de los mecanismos (explícitos o implícitos) de interacción (Offe, 1996).

La figura No. 4 presenta algunos aspectos clave para el desarrollo analítico de la gobernanza en salud, propuestos por Hufty et al. (2006), entre estos las organizaciones, como actores clave con sus creencias, ideologías, posicionamientos y relaciones de poder para interactuar frente al accionar del gobierno, representado en sus instituciones, lo cual indica que puede y debe incluir a diferentes organizaciones civiles mediante la participación social, la cual de hecho constituye una de las estructuras de gobernanza. En el ámbito comunitario el modelo de gobernanza de la salud comporta una hoja de ruta que traza los caminos mediante el cual los procesos colaborativos ampliamente participativos conducen a la resolución de problemas de la comunidad y mejoras en la salud de la población.

Figura No. 4 Aspectos para el desarrollo analítico de la gobernanza en salud



Fuente: Hufty et al. (2006, p. 40).

La gobernanza puede incluir la acción que va mucho más allá del gobierno, mediante la delegación de la formulación de políticas y la implementación de políticas o partes de ella a las partes interesadas u organizaciones comprometidas. En esencia, la gobernanza se basa en relaciones de poder (McQueen et al., 2012). Desde el desempeño de los sistemas de salud, se define como un elemento clave para asegurar que las funciones y los objetivos del sistema sean claros, que los roles y responsabilidades de los actores estén definidos (Castilla, 2008).

La expresión gobernanza necesariamente incorpora la estructura asociativa, y de dos maneras diversas: a) en la concepción de una ingeniería política que destine institucionalmente espacios de participación, que garantice a los diversos actores sociales el lugar tanto en los procesos de decisión como también en los de gestión y de control social; y b) en la capacidad organizativa de la sociedad civil (Fontes et al., 2008).

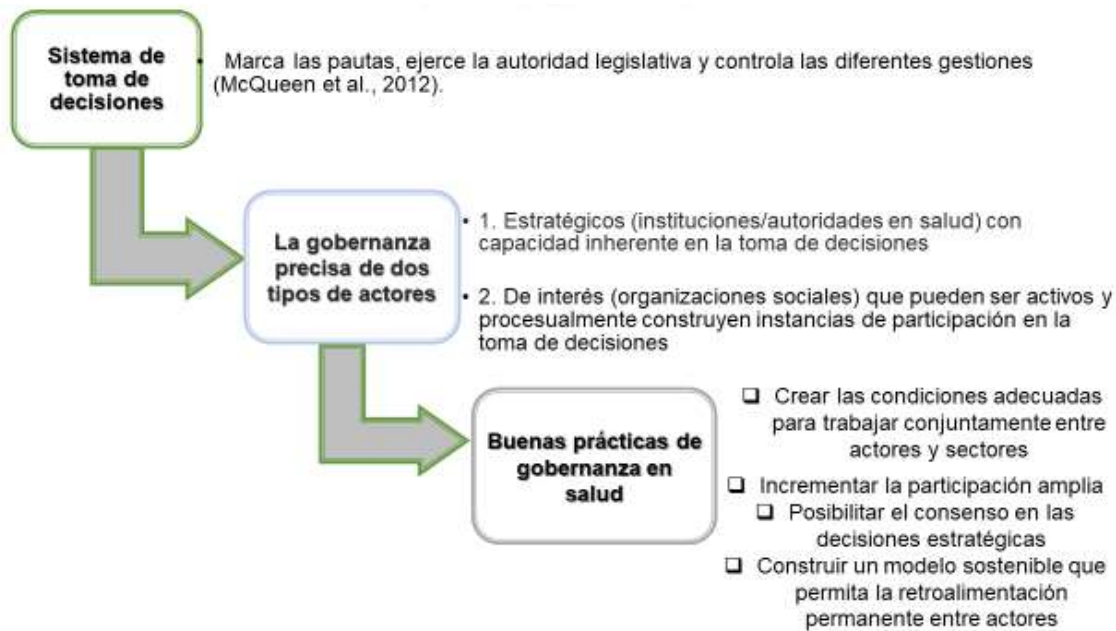
La gobernanza es antigua, lo que es reciente es el interés que existe por considerarla prioritaria en el ámbito de la salud. La gobernanza en salud es para la sociedad en general un asunto de vital importancia con el cual desarrollar adecuadamente los procesos que contienen esfuerzos de diferente naturaleza por su carácter intersectorial y político. La gobernanza es en el ámbito de la salud una función, como la financiación, la generación de recursos o la prestación que

contribuyen al logro de los objetivos propuestos (salud de la población, equidad, justicia, expectativas no médicas de ciudadanos y pacientes), en el sistema de salud (McQueen et al., 2012).

La renovación de ideas de gobernanza (equilibrio entre las demandas sociales y la capacidad para dar respuestas oportunas y eficaces), junto a las nuevas capacidades prospectivas y ejercicios de sistemas de planificación, pueden ayudar a superar los pensamientos cortoplacistas y fortalecer la construcción y visión de futuro. Las anteriores pueden considerarse buenas prácticas de gobernanza. En el sector salud éstas pueden definirse como el conjunto de estrategias y acciones realizadas que permiten actuar coordinada y colaborativamente entre diferentes actores y sectores para intervenir oportunamente, y así optimizar los recursos y condiciones para la prevención, promoción y producción social de la salud. La gobernanza proporciona orientaciones de índole normativa, técnica y administrativa para los diferentes niveles de administración pública (departamentos, municipios y distritos), dirigidos también a los aseguradores y proveedores de salud, para que organicen sus procesos de gestión para lograr mejores resultados en salud, basados en la acción articulada de los sectores involucrados (Ministerio de Salud, 2016).

La figura No. 5 evidencia los aspectos clave para el ejercicio de la gobernanza en salud: a) un mecanismo articulador (la gobernanza como sistema orientador); b) instancias interactuantes (actores interrelacionados); y c) un compendio de buenas maneras en el quehacer operativo (buenas prácticas):

Figura No. 5 Aspectos clave para el ejercicio de la gobernanza en salud



Fuente: elaboración propia (2023):

3.1.8 Participación social en salud

La participación social constituye un derecho democrático para cualquier ciudadano, el cual posibilita los relacionamientos o interacciones entre sujetos, y entre estos e instituciones de diversa índole. La participación beneficia el reconocimiento y respeto entre sujetos que pueden conformar organizaciones sociales en el seno de cualquier comunidad. La participación facilita el proceso de empoderamiento en la medida que los sujetos internalizan información y ejercen prácticas adecuadas, activan y dinamizan sus deberes y derechos, relacionados con aspectos como el control y la coproducción en salud. Los cambios en la forma de vida tradicional no solamente preocuparon a los antropólogos urbanos en África del Sur y otros lugares del mundo, también a los sociólogos americanos en los setenta y ochenta que se ocuparon de la llamada “Cuestión Comunitaria” (Cf. Wellman, 1979), la transformación de la comunidad en la sociedad “moderna” y urbana. Esta tradición de investigación se centra en la localización de las redes de apoyo social, redes de iguales constituidas por parientes, amigos y vecinos que proporcionan socialización, información y ayuda en general (Molina, 2005).

El concepto de participación social emerge en Latinoamérica en los decenios de 1960 y 1970, como indicador de democracia y desarrollo, una respuesta a las tensiones y conflictos

sistemáticos, el cual auspiciado por los movimientos políticos y sociales concienciados por la importancia de originar cambios en los sistemas políticos y económicos trabajaban en pro de este tipo de procesos transformadores. La participación social, sociológicamente hablando, puede comprenderse por su carácter relacional y no desprovisto de intereses, tensiones y apuestas no pocas veces en conflicto. La acción de participar retiene el propósito de la búsqueda deliberada de beneficios, individuales y/o colectivos, con individuos que por su grado de autonomía deciden movilizarse para ejercer determinadas actividades. La participación social se concentra en grupos organizados que actúan al unísono en busca de intereses comunes, en lugar de comportamientos individuales aislados (Sáez, 2016).

El análisis de las definiciones acerca del concepto de participación social nos indica que quizás el aspecto en el cual se advierte un absoluto consenso es en el reconocimiento acerca de la participación como “la capacidad que tienen los individuos de intervenir hasta la toma de decisiones en todos aquellos aspectos de su vida cotidiana que los afectan e involucran” (Gascón, 2002).

La participación poblacional en su relación con instituciones rectoras en el tema de la salud, se ha experimentado en dos ámbitos diferenciados: a) la participación comunitaria, referida a las acciones individuales, familiares y de la comunidad para promover la salud prevenir las enfermedades y detener su avance. En su mejor forma, o sea, la participación consciente, se caracteriza por el conocimiento interno de los problemas, la identificación de las necesidades percibidas y la acción intencional para satisfacer las necesidades y resolver los problemas; b) la participación social, referido a los procesos sociales a través de los cuales los grupos (incluidos los de la comunidad), las organizaciones, las instituciones, los sectores -todos los actores a todos los niveles dentro de una zona geográfica determinada- interviene en la identificación de las cuestiones de salud u otros problemas afines y se unen en una alianza para diseñar, probar y poner una práctica las soluciones. La participación social es por naturaleza sistémica, refiriéndose a la interacción de muchos actores dentro del sistema social (OPS, 1990).

La participación social se refiere a la participación activa de las personas que viven juntas en algún tipo de comunidad, y a los procesos de definición de los problemas, la toma de decisiones y las actividades encaminadas a promover la salud y orientar o controlar los recursos sanitarios (Rubio, 2015). En tanto, se ha comprendido que activar y dinamizar la participación social en salud puede ser útil para contribuir a mejorar los resultados en este ámbito, generando a su vez conocimiento focalizado y oportunidad para intervenciones priorizadas, fortalecimiento de gestiones en salud, promoción y prevención en salud, y procesos de participación en la toma de

decisiones territoriales en salud. La participación social en salud exige pensar en una perspectiva relacional entre actores implicados con diferentes intereses y motivaciones, la cual presenta a sujetos y organizaciones como referencias en los territorios con quienes se considera útil trabajar mancomunadamente en las intervenciones a desarrollar. El proceso de promoción de la participación social en el sistema de salud, como elemento esencial para su buen funcionamiento, inició con la Constitución Política de 1991. Sobre esta conceptualización, se entiende que la participación social comprende la participación ciudadana y comunitaria, y para éstas se han dispuesto los siguientes mecanismos: la participación ciudadana es el ejercicio de los deberes y derechos del individuo, para propender por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria y aportar a la planeación, gestión, evaluación y veeduría en los servicios de salud. En tanto, la participación comunitaria es el derecho que tienen las organizaciones comunitarias de participar en las decisiones de planeación, gestión, evaluación y veeduría en salud (Giovanella et al., 2012).

El concepto participación social en salud, sin embargo, suele mencionarse de manera indistinta como “participación ciudadana” o “participación comunitaria” “participación local”, pero lo importante es que a todas subyacen las mismas intencionalidades. Los antecedentes de Colombia en la participación social datan de 1957, con la conformación de las juntas de acción comunales. En el sector salud inician con la Declaración de Alma Ata (1978), sobre atención primaria de la salud y la vinculación de la comunidad en los procesos. Posteriormente, acorde con los principios de descentralización, se expidió el Decreto 1216 de 1989 que crea los COPACOS. Por su parte, la Ley 10 de 1990 amplía la esfera de la participación y brinda a la comunidad la oportunidad de participar en las juntas directivas de las organizaciones de salud y, con el decreto 1416 de 1990, se incorpora en la conformación de los COPACOS al jefe de la Dirección de salud departamental y municipal.

La participación puede ser comprendida como importante para la salud de varias maneras. Primero, las organizaciones laboran para mejorar la calidad de vida en la comunidad, ya sea trabajando fuera del vecindario (por ejemplo, aportando recursos a la comunidad asistiendo a reuniones del gobierno local y ejerciendo presión a los políticos) o dentro del vecindario en sí (p. ej., limpieza de basuras, organización del vecindario eventos sociales). Segundo, la membresía en tales grupos brinda la oportunidad a los residentes individuales de simplemente ser parte de un grupo (Carpiano, 2006). La figura No. 6 presenta un esfuerzo por establecer algunos aspectos clave en el proceso de caracterización de la participación social en salud.

Figura No. 6 Aspectos para la caracterización de la participación social



Fuente: elaboración propia (2023).

3.1.9 Participación Social en Salud (PSS): normatividad

El marco normativo que regula la participación social en salud, a nivel nacional, se estipuló mediante la Resolución 2063 de 2017 que entró en vigencia a partir de su publicación, señala que el Ministerio de Salud adelantó la formulación de la Política de Participación Social en Salud (PPSS), la cual busca dar respuestas a las problemáticas, necesidades, dificultades, oportunidades, limitaciones y debilidades que afectan la participación social en salud, como derecho fundamental, en la perspectiva de dar cumplimiento al marco legal vigente, y por ende, a la realización del derecho humano de la participación que se encuentra vinculado bajo una lógica de interdependencia con el derecho a la salud (Resolución 2063 de 2017).

El objetivo general de la PPSS es definir y desarrollar las directrices que le permitan al Estado garantizar el derecho a la participación social en salud y su fortalecimiento (Resolución 2063 de 2017). La participación social en salud, constituye un derecho y deber, facilita los relacionamientos entre las instituciones en salud y las organizaciones sociales que deben ejercerse como garantía fundamental del derecho a la salud. La PPSS se convierte en un instrumento para cualificar los procesos de participación de los actores del sistema y, de esta

manera, mejorar la salud para la población residente en el territorio nacional. (Resolución 2063 de 2017). La participación social constituye no solo un hecho ético y político, también es un hecho de carácter técnico. La participación fortalece el sector salud y contribuye notoriamente a su desarrollo y profundización. El hecho de que la salud sea una construcción social implica que quienes dirigen las políticas incorporen la participación de los afectados para poder no solo validar las decisiones, también para lograr constituir la salud como valor social (Resolución 2063 de 2017).

El análisis del marco situacional de la PPSS propone determinar el nivel de desarrollo de las modalidades de participación social en el sector salud, a partir de la aplicación de encuestas diseñadas para ello, teniendo en cuenta las características de los espacios constituidos formalmente para el desarrollo de las prácticas participativas, como referente básico (Resolución 2063 de 2017).

La PPSS, pese a la orientación del Ministerio de Salud (2015), enfocada en el desarrollo de redes sociales en salud compuestas por instituciones de salud y comunidades, las cuales pueden establecer coaliciones para el fortalecimiento de la participación social en salud como derecho fundamental. no contempla en su contenido la necesidad de avanzar en el desarrollo del trabajo en red en salud, el cual puede ser analizado con importantes resultados, a través del análisis de redes sociales (ARS)

En Colombia, las políticas de salud estimulan el surgimiento de organizaciones y redes de usuarios y familiares basándose en consideraciones como las siguientes: a) El acceso a los servicios es un derecho y no sólo un beneficio; b) Las políticas sociales son una forma de ejercer el rol del Estado en la redistribución de la riqueza; c) En Colombia sólo se dispone de un 7.2 % del PIB para salud; y d) Es necesario reducir el centralismo en la convivencia social para potenciar sus recursos (Rodríguez, 2009, p. 11). La participación comunitaria (a partir del tema de la salud como interés movilizador en común) entre instituciones de salud y organizaciones sociales, es necesaria para la conformación y fortalecimiento de las redes sociales en salud.

3.1.10 Participación comunitaria

La participación comunitaria (PC) no ha sido un asunto fácil de comprender debido a la multiplicidad de factores que intervienen para dificultar los resultados que de esta se esperan. La PC no funciona de manera automática, ni por mandato alguno, no es una panacea, corresponde

a procesos sociales determinados en los cuales diferentes participantes establecen consensos para trabajar junto a otros colectivos formales. La PC no se desarrolla bajo automotivaciones instantáneas, precisa de todo un trabajo de solidaridad, confianza y reciprocidad entre actores e instituciones: La participación de la comunidad no es singular sino plural, no es un conjunto simple y lineal de replicables reglas, es un enfoque que se adapta constantemente a una combinación compleja de política, fuerzas económicas, institucionales y culturales (Plummer, 2004).

La participación imaginaba a comunidades rurales automotivadas trabajando junto con el Estado para diseñar sus propios programas para mejorar la salud y desarrollo. Esta gran visión ha demostrado ser difícil de lograr en la práctica, sin embargo, particularmente en países y regiones sin tradición existente de cooperación conjunta comunidad-gobierno. (Morgan, 1993). Para Nilsen (1996) resalta un caso muy diciente ocurrido en Estados Unidos:

Hoy las expectativas sobre los beneficios obtenidos al involucrar a la comunidad en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades parecen reducirse. Los investigadores en promoción de la salud se han planteado serias dudas respecto a la relevancia y eficiencia de la implementación comunitaria. En Minnesota, Estados Unidos, está el proyecto de prevención de enfermedades cardiovasculares más grande del mundo, y allí las intervenciones comunitarias no parecen influir significativamente en las reducciones en el comportamiento relacionado con el riesgo y los factores de riesgo. (p. 168)

Nilsen (1996) en su trabajo argumenta que los investigadores interesados en desarrollar el concepto de promoción de la salud comunitaria pueden encontrar inspiración en alternativas y enfoques sociológicos contemporáneos trabajados con la comunidad. Lo primero que sugiere es un enfoque en la comprensión general de la comunidad para investigar la promoción de la salud. Sugiere que los investigadores presten más atención a las tendencias culturales en las sociedades occidentales, y cómo tales tendencias inciden en las comunidades locales. A su vez, contextualizar el desarrollo de identidades colectivas y personales. Este cambio en el enfoque comunitario puede tener implicaciones para los intentos de involucrar a los habitantes locales en proyectos concretos.

Según Morgan (1993) el concepto de participación supone una amalgama de ideas construidas socialmente, las cuales son susceptibles de refinarse a través del tiempo. Además, señala este autor, es en primer lugar un símbolo político, por naturaleza amorfo, flexible y adaptable. Operativamente, la participación puede iniciarse desde el más básico nivel, sin patrocinio

profesional, o puede imponerse desde arriba con los componentes organizacionales definidos por profesionales y las autoridades del Estado (Morgan, 1993).

La participación sin duda alguna puede ser espontánea o deliberada, voluntaria o involuntaria (inducida o forzada), y de abajo hacia arriba. Según Morgan (1993) la misma no está aislada en un 'sector' determinado como salud o educación, puede ser comprendida como parte de un proceso más amplio de desarrollo social destinado al fomento de la equidad social. La participación es siempre limitada a nivel estatal por partidismo, limitaciones de financiación, caprichos de agencias internacionales y la resistencia de locales y nacionales, grupos de interés, incluidos profesionales y burócratas. Y en el nivel local la participación aumenta y disminuye con las necesidades sentidas de la población y la capacidad del estado de responder efectivamente a ellos (Morgan, 1993).

El concepto de PC no es limitado a un territorio o continente específico, su entendimiento y aplicación se ha extendido a todas las regiones del mundo. Según Plumer y Taylor (2004) se ha aplicado en América Latina desde principios de la década de 1960, replicado en todo el sur de Asia en el desarrollo rural y urbano, y aplicado en el subcontinente africano. Según estos autores, la experiencia de procesos participativos ha proporcionado gran cantidad de lecciones y revelado muchas limitaciones en los procesos de su implementación efectiva.

La literatura muestra que el enfoque participativo para el desarrollo ha tomado un giro diferente con cada contexto, con cada persona, cultura y antecedentes. Como era de esperar, entonces, en el análisis global, comunidad la participación no es singular sino plural; no es un conjunto simple y lineal de replicables reglas, pero un enfoque que se adapta constantemente a una combinación compleja de política, fuerzas económicas, institucionales y culturales (Plumer y Taylor, 2004).

Existe una idea fuerza (el deber ser) de la participación comunitaria que imagina a las comunidades auto motivadas trabajando junto con el Estado en el diseño de programas para mejorar su salud, pero esto es un ideal que en la teoría puede plantearse sin problema alguno, pero difiere drásticamente en la realidad. La práctica parece contradecir ese anhelo y confirma otras realidades ajenas a ese objetivo. Sobre todo, en países con débil tradición en cooperación articulada comunidad-gobierno (Lynn, 1993).

La participación es siempre limitada a nivel estatal por partidismo, limitaciones de financiación, caprichos de agencias internacionales y la resistencia de locales y nacionales grupos de interés, incluidos profesionales y burócratas. Y en el nivel local

No es imaginable la salud pública del siglo XXI sin pensar en la participación y la acción comunitaria, el trabajo multidisciplinario, transversal y multisectorial (salud en todas las políticas, ciudades saludables...), en redes, con múltiples actores y roles diversificados, con una gestión basada en el compromiso y el cambio, en la comunicación y la información, un liderazgo decidido y claro, una mejor adecuación profesional de los recursos humanos, y una nueva y amplia utilización de las tecnologías de la información y la comunicación. En resumen, se trata de actuar localmente de manera efectiva y eficiente, a partir de estrategias comunes de amplio alcance, utilizando todo aquello que nos puede ser útil, sin por ello renunciar al carácter esencialmente público de nuestra actuación como salubristas. (Oliver, 2011, p. 426)

Para Lynn (1993) “la participación aumenta y disminuye con las necesidades sentidas de la población y la capacidad del Estado de responder efectivamente a ellos” (p. 6). La participación comunitaria se definió como un proceso mediante el cual los individuos y las familias ven la salud no solo como un derecho, sino como una responsabilidad.

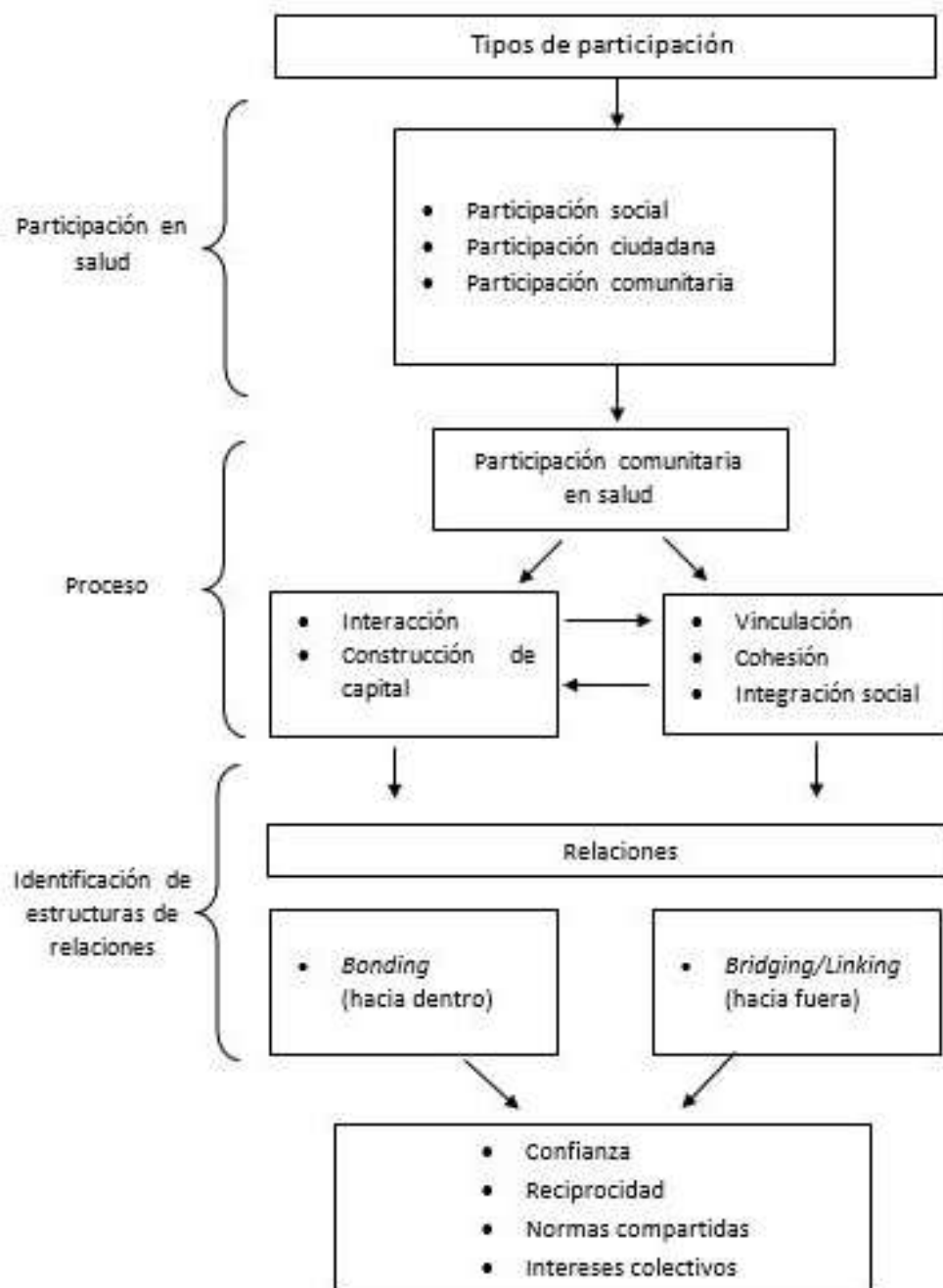
La participación social requiere que las organizaciones sociales comunitarias ejerzan un rol muy activo en sus territorios, trabajando juntas, para aprovechar los recursos y experiencia proporcionada por otras organizaciones en la red, los resultados obtenidos se orienta la salud y el bienestar de la comunidad mejorarán los miembros. En muchas comunidades existen redes organizativas que se han convertido en un mecanismo importante para la construcción de capacidad para reconocer problemas sociales y de salud complejos, para planear sistemáticamente cómo tales problemas podrían abordarse mejor y brindar los servicios necesarios (Provan et al., 2005).

La teoría de la participación de la comunidad suele ofrecer la idea de que es la comunidad total la que participa junto a las instituciones de salud, pero son las organizaciones sociales las que suelen participar activamente, en el mejor de los casos, o si se quiere en las experiencias en las que se ha avanzado bajo una lógica horizontal participativa. Lo anterior, permite inferir que paulatinamente la idea de participación comunitaria avanzó hacia un enfoque en una especificidad relacionada con un tema prioritario para todas las poblaciones y en los distintos territorios: el concepto de participación comunitaria en salud (PCS), el cual no es en absoluto un concepto nuevo ni atribuible exclusivamente a la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Escartín et al., 2016). La problemática de la salud exige sin duda la participación activa de todos

los habitantes de una comunidad. Según Escartín et al. (2016), “el concepto es flexible, se formula de forma ambigua e imprecisa, designa un conjunto muy diferenciado de fenómenos sociales susceptibles de distintas interpretaciones y connotaciones que hacen difícil y complejo su análisis y ello ha sido planteado como uno de sus problemas” (p. 1).

La figura No. 7 Permite distinguir los diferentes tipos de participación en salud, procesos e identificación de aspectos de capital importancia para su desarrollo:

Figura No. 7 Tipos de participación en salud



Fuente: elaboración propia, a partir de Coller (2000).

3.1.11 Capital social

El capital social alude a la inversión realizada en relaciones con individuos y en consecuencia la obtención de beneficios específicos, lo cual indica que como recurso no es producido del individuo, solo a través de micro interacciones sociales con otros (Vonneilic, 2022). El carácter relacional subyace a toda interacción, lo que genera la posibilidad de acceder a los recursos sociales (información, confianza, apoyo, etc.) que poseen otros. La clave de un buen capital social tiene que ver con la calidad de relacionamientos, más que con la cantidad de los mismos, alude a las ventajas derivadas de las mejores redes de conexiones que poseen algunas los individuos o grupos de estos, lo cual sienta las bases para estudios sobre los vínculos entre actores sociales.

Es indudable que las relaciones son una forma de capital social, similar al capital económico, físico y/o humano, que puede implementarse para fines productivos, y plausiblemente, fines relacionados con la salud. Woolcock (1998), sostiene que “los economistas clásicos identificaron tierra, trabajo y capital físico (es decir, activos que generan ingresos) como los tres factores básicos que dan forma crecimiento económico” (p. 154). Para Lieberman (2018), el capital social es reconocido como un “medio para promover el bienestar porque crea puentes hacia los recursos que ayudan a las personas a lograr mejores relaciones sociales, resultados económicos y/o de salud. Los individuos o grupos emplean estos recursos para alcanzar metas individuales o grupales” (p. 208).

El campo de investigación sobre las relaciones sociales es amplio y es objeto de muchas disciplinas. Abarca desde la sociología hasta la psicología social, desde la economía hasta la salud pública y la epidemiología. El estudio de las relaciones sociales tiene una larga historia en la sociología. (Vonneilic, 2022, p. 47).

El capital social es considerado un factor de éxito social. Para una organización que acumula e intercambia recursos sociales en una red trabajo determinada, los recursos (reales o potenciales) pueden ser materiales o de información.

Visto en un nivel colectivo, por ejemplo, en el caso de organizaciones, estas incluyen valores compartidos, visiones e ideas, contactos sociales, intercambios de recursos, y membresías, entre otros. Por tanto, si el capital social abarca normas vinculantes y redes que facilitan la acción colectiva para el beneficio mutuo, considera Woolcock (1998), que al desarrollarse el capital social por parte de grupos de interés, formaciones y organizaciones sociales en un territorio determinado se generan avances en pro de un conjunto de condiciones sociales específicas:

Uno esperaría que las comunidades bendecidas con altas reservas de capital social fueran más seguras, más limpias, más ricas, más alfabetizadas, mejor gobernadas y, en general, 'más felices' que aquellos con bajas existencias, porque sus miembros son capaces de encontrar y mantener buenos empleos, iniciar proyectos que sirvan a los intereses públicos, monitorear sin costo el comportamiento de los demás, hacer cumplir acuerdos contractuales, utilizar recursos de manera más eficiente, resolver disputas de manera más amigable y responder a las preocupaciones de los ciudadanos más rápidamente. (p. 155)

Fukuyama (2003) sostiene que fue Coleman quien reintrodujo este concepto a las ciencias sociales en el decenio de 1980:

El término "capital social" fue reincorporado al léxico de las ciencias sociales por James Coleman (1990) en los años ochenta y alude a la capacidad de las personas de trabajar en grupo. Este autor considera preferible definir el concepto en sentido amplio y emplearlo en todas las situaciones en que la gente coopera para lograr determinados objetivos comunes, sobre la base de un conjunto de normas y valores informales compartidos. Actualmente, muchos consideran que el capital social es un componente fundamental, tanto para el desarrollo económico como para la estabilidad de la democracia liberal. (p. 33)

El capital social representa para los teóricos de las redes, simplemente los vínculos sociales racionales o deliberados contruidos mediante los relacionamientos dados o las interacciones sostenidas con alguna permanencia temporal. La mayoría de los estudios de redes sociales, tradicionalmente, se han enfocado sobre los efectos en la salud, y se han centrado en un fenómeno como el apoyo social (Smith y Christakis, 2008). El capital social se construye entre los miembros de forma endógena y exógena, intra organizacionalmente e inter organizacionalmente, con base en la existencia de confianza y normas de reciprocidad que redunden en ayuda mutua.

Existen indicadores que pueden medir y captar las relaciones personales de un grupo o red (conocimiento de la información personal); su estructura y funcionamiento (por ejemplo, frecuencia de reunión, jerarquía); sobre su clima social (por ejemplo, confianza, reciprocidad); y su identidad (valores compartidos, metas) (Loss et al., 2018)

Si la combinación de vínculos y normas hace parte de los elementos constitutivos de las organizaciones, estos deberían vincularlos también al ámbito institucional. El capital social se considera también un 'recurso moral', tan importante como la confianza y la reciprocidad para fortalecer los lazos sociales. Sostiene Woolcock (1998), que lo anterior deja sin resolver si el capital social es la infraestructura o el contenido de las relaciones sociales, el 'medio' o el

'mensaje'. "¿Son ambas cosas? Definir el capital social funcionalmente, señalan correctamente Edwards y Foley (1997), hace imposible separar lo que es de lo que hace" (p. 156).

Lieberman (2018), sostiene que, en relación con la salud, el capital social puede considerarse a través de dos enfoques principales: la cohesión y las metodologías de red. El enfoque de cohesión (basado en el nivel comunitario) considera el capital social en términos de "confianza recíproca, percepciones de pertenencia e integración social, y niveles de participación cívica o social. En tanto, el enfoque de red mide los recursos sociales y considera las redes sociales relacionadas con las desigualdades en acceso a recursos sociales" (p. 207).

Una alta cohesión social estructural significa que los miembros de un grupo particular están estrechamente vinculados entre sí. Por lo tanto, la cohesión más fuerte dentro de un grupo se logra cuando cada miembro de una red está directamente conectado con todos los demás miembros, mientras que la cohesión baja se logra cuando muchos miembros de una red están conectados sólo de manera laxa e indirecta entre sí (Vonneilic, 2022, p. 28)

Tsai et al. (1998, citados por Abbasi et al., 2014) sostienen que el capital social está basado en tres componentes:

Estructural, relacional y cognitivo. La dimensión estructural implica la interacción social que el actor utiliza para obtener acceso, información o recursos. La dimensión relacional abarca aspectos que surgen de las interacciones, incluyendo la confianza y la lealtad. La dimensión cognitiva incluye atributos tales como normas compartidas, códigos de acción y convergencia de puntos de vista.

Según Nuntaboot, et al., (2019), los capitales sociales se pueden clasificar en distintos niveles:

1) nivel individual: líderes o líderes comunitarios, jefes de aldea, académicos locales y comités de desarrollo subdistritales; 2) nivel de grupos sociales y organizaciones comunitarias: grupos de voluntarios de salud, cuidadores, administradores de atención, voluntarios de desarrollo social y seguridad humana, clubes de personas mayores, escuelas para personas mayores, grupos de niños y jóvenes, grupos de voluntarios, voluntarios de protección civil, funeral Asociaciones de asistencia, grupos profesionales, fondos de bienestar comunitario, fondos de desarrollo profesional, Centros de desarrollo familiar y el Centro de desarrollo profesional y promoción de la calidad de vida de las personas mayores; y 3) Nivel de organización relevante: hospitales sub-distritales de promoción de la salud, LAO y recursos operativos como la aldea pabellones, áreas de actividad comunitaria, parques, lugares religiosos, mercados, etc., y finalmente, 4) nivel de red: la red de clubes de personas mayores, la red de voluntarios de salud y la red del equipo de rescate. Estos capitales sociales trabajan juntos y comparten experiencias, habilidades, información, herramientas, materiales y presupuesto.

Los recursos del capital social, según Rodríguez (2013), están constituidos por la *participación en redes*, los actores se involucran con otros mediante colaboraciones y/o coaliciones voluntarias. El capital social depende de la tendencia a la sociabilidad, en la capacidad para formar nuevas asociaciones y redes. La *reciprocidad* que implica proveer un servicio a otro con la expectativa que este sea devuelto en algún momento en el futuro en caso de necesidad. La *confianza* la cual requiere voluntad de aceptar riesgos, ofrecer y esperar apoyo mutuo. Las *normas sociales*, estas proveen control social informal que evita la necesidad de acciones legales e institucionalizadas. Determina patrones de comportamiento en un contexto social dado. Y la *proactividad*, precisa que el desarrollo del capital social sea activo y reivindicativo entre los actuantes en una comunidad.

La metáfora del capital social constituye los recursos asociativos antes descritos de un grupo o comunidad; derivan de sus relaciones sociales, las cuales tienen una cierta persistencia en el tiempo. Dichos recursos son utilizados por las personas como instrumentos con los que aumentan su capacidad de acción y satisfacen sus objetivos y necesidades (obtener empleo, recibir apoyo, etcétera), al tiempo que facilitan la coordinación y cooperación entre aquéllas en beneficio mutuo. (Rodríguez, 2013, p. 107)

El capital social es entendido en esta investigación como una variable que sintetiza el total de recursos acumulados por un individuo a través de su trayectoria social, es decir, de sus diversas interacciones o relaciones personales, más o menos formales, establecidas con otros similares. Todo lo que implica la vida asociativa de los individuos se capitaliza en un cúmulo de información y conocimiento estratégico que le es vital al individuo para obtener beneficios de diversa índole.

Abbasi et al. (2014) sostienen que las investigaciones sugieren que conceptualizar el capital social en términos de estructuras de red, tal como lo expresa la teoría de la fuerza de los vínculos débiles (Granovetter, 1973, 1983), proporciona información valiosa sobre coaliciones entre actores. Levin y Cross (2004) encontraron que los vínculos fuertes, más que los débiles, propician la recepción de conocimientos útiles para mejorar el desempeño en áreas de trabajo intensivas en conocimiento.

Una idea natural a priori es que aquellos con quienes se tiene vínculos fuertes están más motivados para ayudar sobre la información del trabajo. Contrarios a esta gran motivación están los argumentos estructurales que he estado realizando: aquellos con quienes estamos débilmente vinculados son más propensos a moverse en círculos distintos al propio y, por tanto, tendrán acceso a una información diferente a la que nosotros recibimos. (Granovetter, 1973, p. 11)

Granovetter (1973) analizó cómo a quienes definimos como *conocidos* suelen ser más importantes que aquellos que consideramos nuestros *amigos*, sobre todo por la utilidad que tienen la fuerza de los vínculos duales, un aspecto específico de la interacción a pequeña escala (la fuerza de los vínculos interpersonales).

La tesis desarrollada por Granovetter afirma que no son las relaciones frecuentes, estrechas y de mayor intensidad (también conocidas como *capital social vinculante*) las que pueden proporcionar recursos relevantes, como el acceso al mercado laboral. Más bien, esos recursos pueden ser posibles a través de contactos que se caracterizan por menores frecuencias de contacto y menor intensidad. Estos contactos, llamados *capital social puente*, se diferencian por el hecho de que se establecen entre diferentes grupos sociales y que aumentan la probabilidad de acceso a ciertos recursos. Por el contrario, es más probable que los contactos más estrechos proporcionen apoyo instrumental y emocional. (Vonneilich 2022, p. 27).

Según Granovetter (1973) “la fuerza de un vínculo es una (probablemente lineal) combinación del tiempo, la intensidad emocional, intimidad (confianza mutua) y los servicios recíprocos que caracterizan a dicho vínculo” (p. 2). Por tanto, para este autor existe en una red egocéntrica una clara distinción que clasifica con quienes más nos vinculamos:

Llama “red afectiva” a aquellos con los que uno “interactúa más intensamente y más regularmente y quienes por tanto suelen conocerse mejor”; el resto constituye la “red extensa”(pp. 110-11). Esto quiere decir, en mis términos, que los vínculos fuertes de alguien forman una red densa y los débiles una red menos densa. (Granovetter, 1973, p. 10)

3.1.12 El estudio de caso

El apartado *Estudio de caso* se ubica en esta parte del marco teórico para diferenciarlo del ámbito metodológico. Definir con exactitud que es un estudio de caso, no es un asunto fácil, desde diferentes perspectivas varios teóricos han postulado una variedad de puntos de vista para entender el enfoque de su investigación (exploratoria, descriptiva y/o explicativa), alcance (holístico o abordaje de un solo fenómeno), técnicas (observación participante, entrevista, etc.), y tipo de evidencia (cualitativa y/o cuantitativa, múltiples fuentes, triangulación, etc.). A este respecto Platt (1992) señala que muchas teorizaciones de estudios de casos suelen ser conceptualmente confusas porque contienen demasiados temas diferentes bajo la sombrilla de ‘estudio de caso’.

Esta metodología es aplicable principalmente en el análisis de fenómenos sociales y educativos. En su definición, Stake (1998) argumenta que es el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes. La metodología de estudios de caso es diseñada para aquellos investigadores que desean profundizar el estudio de una situación determinada en particular.

Stake (1998) define tres tipos de estudios de caso:

- *Intrínseco*, que es denominado así porque interesa conocer algo en particular que en sí es relevante, o bien, porque existe una necesidad expresa de llevar a cabo el estudio. Es decir, se decide realizarlo porque obtendremos información directa de su aplicación, no porque contribuirá a la comprensión de otros casos o de alguna problemática más general. Para este propósito se utiliza el siguiente tipo de estudio de caso, que el autor denomina como instrumental.
- *Instrumental*: Se lleva a cabo para indagar sobre una cuestión más general que, mediante el estudio de un caso, puede aportar elementos de análisis interesantes para entender una problemática en conjunto que no sólo involucra el caso específico que se estudia.
- *Colectivo*: Se diferencia del instrumental debido a que se enfoca en el estudio simultáneo de varios casos con la misma problemática o situación, pero en diversas personas, familias, empresas, o cualquier otro sujeto de estudio. La intención aquí es utilizar cada caso como un instrumento para conocer la situación en su conjunto, sobre un mismo aspecto.

El estudio caso —sus ventajas y desventajas, su potencial relativo, sus limitaciones, su campo de aplicación—, en particular, es especialmente valioso si se desarrolla un estudio de la causalidad y se plasma en una teoría. Una de las ventajas que justifica trabajar con un estudio de casos es la garantía de abordar un caso en su totalidad, se trata de una particularidad que permite entender su complejidad. El estudio de caso como método cualitativo de investigación social otorga preeminencia a la exploración de un caso mediante un proceso que puede abordar, por su carácter epistemológico, la investigación de personas, organizaciones, comunidades o sociedades, mediante la reconstrucción de hechos (historias, trayectorias, experiencias, relacionamientos y producción social) y contextos específicos para comprenderlos a fondo. El estudio de caso constituye una estrategia de investigación profunda y detallada, difícil de realizar por la búsqueda de respuestas a cuestionamientos del tipo cómo, por qué y cuándo de un

fenómeno específico (Rowley, 2002), acerca de un fenómeno limitado espacialmente (una unidad) observado en un punto único en el tiempo o durante un período de tiempo. Los casos son particularmente válidos cuando se presentan preguntas del tipo "cómo" o "por qué", cuando el investigador tiene poco control sobre los acontecimientos y cuando el tema es contemporáneo (Yacuzzi, 2005).

Para Yin (1994) un estudio de caso se define porque es una investigación empírica que investiga un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto de la vida real, especialmente cuando los límites entre fenómeno y contexto no son claramente evidentes. Comprende el tipo de fenómeno que una inferencia intenta explicar (Gerring, 2006).

El estudio de caso es en síntesis la explicación a un fenómeno observado y abordado metodológicamente, a partir de una amplia descripción que se enfoca en los factores causales del mismo. El alcance del método de caso es el entendimiento generalizado de un(os) problema(s) para analizarlo(s), integralmente y obtener resultados que posibiliten conclusiones fiables. El estudio de caso propuesto por Yin (1994), requiere la formulación de un esquema de investigación conformado por los siguientes aspectos:

Diseño del estudio: el primer paso establece los objetivos del estudio, a partir del diseño, junto a la estructura de la investigación. Esta fase define la estructura a desarrollar en la investigación, en la cual se determina la metódica, técnicas e instrumentos a ejercer para recabar la información de fuentes primarias y secundarias, así como programas informáticos con los cuales procesar la información. El diseño de investigación comprende cinco componentes: a) pregunta del estudio; b) proposiciones, si existieran; c) unidad de análisis; d) lógica que vincula los datos con las proposiciones y e) los criterios para interpretar los hallazgos (Creswell, 1998).

Construcción teórica: toda investigación se origina y desarrolla a partir de un *corpus* teórico referentes teóricos específicos que contienen conceptos que orientan las formulaciones expresadas.

Unidad de análisis: en una investigación es el objeto de estudio que se analizará, lo que se abordará como unidad típica (una organización, un grupo o colectivo, por ejemplo) y que provee información clave.

Proceso de recolección de la información: esta fase de la investigación exige establecer los tipos de fuentes (primarias y secundarias) que se consultarán, así como los instrumentos idóneos para

recabar la información (encuestas, cuestionarios, etc.), y los programas informáticos con los cuales se procesará la información obtenida. Los métodos de recolección de evidencia para los estudios de casos precisan de entrevistas con los informantes clave, así como la observación directa en el contexto de investigación.

Conclusiones generales: el seguimiento de la metodología anterior debe asegurar la validez y confiabilidad de los resultados del estudio. No obstante, se debe tener en cuenta que una investigación basada en el estudio de caso nunca se puede planificar en su totalidad, ya que su desarrollo está condicionado por numerosas variables no controladas. Por tanto, se debe hacer un análisis de la fiabilidad y validez de los resultados acordes con la metodología empleada.

Según Yin (2018), este proceso constituye una investigación empírica que aborda un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto de vida real, especialmente cuando los límites entre el fenómeno y el contexto no suelen ser lo suficientemente evidentes, y precisan del uso de múltiples fuentes de evidencia. Las múltiples fuentes de información incluyen observación, materiales audiovisuales, documentos y reportes, así como información derivada de las entrevistas a realizar. El contexto del caso involucra situarlo dentro de su escenario, que puede ser un escenario físico, un escenario social, histórico o económico (Creswell, 1998).

Existen cuatro tipos de casos de estudio considerados por los expertos como básicos. Yin (2018) explica que las condiciones contextuales relacionadas con el "caso", son definidas a partir de su naturaleza única o múltiple, las cuales reflejan diferentes situaciones de diseño donde estas dos variantes también pueden tener unidades de análisis unitarias o múltiples. En el tipo 1 los diseños se presentan como diseños de *caso único* y se caracterizan por ser de tipo *holístico*. El tipo 2 presenta diseños de *caso único incrustados*, lo cual se refiere a las múltiples unidades de análisis posibles. Para el caso de los diseños tipo 3 se emplean *casos múltiples* de carácter *holístico*. Por último, el tipo 4 que exhibe diseños de *caso múltiple* de carácter *incrustado*.

Yin (2018) presentó una interesante propuesta sobre las tácticas investigativas (ver tabla No.7) usualmente empleadas durante los procesos investigativos que recurren a la metodología de los estudios de caso. Estos aspectos se presentan como criterios útiles para determinar la calidad de los diseños de investigación y sus posibles aplicaciones respecto a factores como su viabilidad y contrastación implicados en el diseño de investigación.

Tabla No. 7. Tácticas de estudios de caso para pruebas de diseño

Pruebas	Objetivos	Tácticas de casos de estudio	Fase del estudio de caso en la cual la táctica es adherida
Validez de constructo	Identificar medidas operativas correctas para los conceptos que se estudian.	Utilizar múltiples fuentes de evidencia. Tener informantes clave para revisar el borrador del informe final del estudio de caso.	Recopilación de datos. Composición.
Validez interna	(Solo para estudios explicativos o causales y no para estudios descriptivos o exploratorios): busca establecer una relación causal, por la cual se cree que ciertas condiciones conducen a otras condiciones, a diferencia de las relaciones espurias.	Hacer coincidir de patrones. Construir explicaciones. Abordar explicaciones rivales. Usar modelos lógicos.	Análisis de datos.
Validez externa	Muestra si y cómo se pueden generalizar los hallazgos de un estudio de caso.	Usos teóricos en estudios de caso únicos. Emplear lógica de replicación en múltiples estudios de caso.	Diseño de investigación.
Fiabilidad	Demostrar que las operaciones de un estudio, como sus procedimientos de recopilación de datos, pueden repetirse con los mismos resultados.	Usar protocolo de estudio de caso. Desarrollar una base de datos de estudio de caso. Mantener una cadena de evidencia.	Recopilación de datos.

Fuente: elaboración propia, a partir de Yin (2018, p. 87).

Diversos enfoques metodológicos ofrecen diversas posibilidades de trabajo investigativo a propósito de las prácticas de intervención en comunidades. Yin (2018) propuso una clasificación puntual sobre las diferencias entre los estudios de caso, en comparación con otros tres tipos de investigación conductual en el campo de la investigación de conglomerados sociales. En esta propuesta las relaciones atienden a dos dimensiones: 1) si un estudio de manera específica se basa en datos derivados de un grupo social o de un sujeto individual; y 2) si un estudio implica una posible intervención, lo cual conlleva a una manipulación conductual. En ambos casos la naturaleza de estos problemas exige diferentes enfoques y abordajes.

Tabla No. 8 Estudio de caso de investigación comparado con otros dos tipos de investigación conductual

	Intervenciones manipuladas por un investigador	
	Si	No
Datos agrupados	Diseños experimentales	Estudios de caso y control convencionales
Datos individuales	Investigación de un solo tema	Estudios de caso (únicos o múltiples)

Fuente: elaboración propia a partir de Yin (2018, p. 350).

El estudio de caso, como se puede observar en este caso de manera específica, busca identificar las relaciones que existen entre diversos actores, las redes positivas y negativas (si existen) que dificultan o facilitan todos los aspectos relacionados con la salud, desde sus percepciones, las posibles apropiaciones colectivas de índole socio-comunitaria, hasta la eficiencia de los servicios prestados a la comunidad. Debido a la específica idea de redes, los diversos niveles de relacionamiento entre grupos e individuos no pretenden manipular a nivel conductual los desarrollos agenciales de los actores abordados. El estudio de caso permite la recopilación de datos desde su fuente original, para establecer un modelo investigativo susceptible de validez interna y externa. Diferentes teóricos han expuesto varias definiciones de lo entendido por estudio de caso: “El caso es definido como un sistema delimitado en tiempo y espacio de actores, relaciones e instituciones sociales” (Neiman y Quaranta, 2006). Stake (1994), considera que el estudio de un caso representa para un investigador, más que la elección de un método, la selección de un objeto de estudio. Por eso afirma que se elige estudiar un caso específico. Como perspectiva de investigación, un estudio de caso se define por el interés en casos individuales antes que por métodos de investigación a emplearse.

Los estudios de caso, en el enfoque interpretativo, se caracterizan por desarrollar los siguientes aspectos: a) hermenéutica, perspectiva enfocada en captar los significados, interpretados a partir de la observación y la voz (narración) de los actores; b) naturalista, capta las realidades y acciones en la forma en que se presentan o suceden, busca comprender los valores, sistema de creencias, significados y resignificaciones de las personas que están inmersas en la situación

analizada; c) la selección de personas o grupos es deliberada, no aleatoria o probabilística, de tamaño reducido; d) dimensión temporal, temporalidades en las cuales han ocurrido lo acontecimientos (Bolívar, 2002).

En la taxonomía construida para caracterizar cada tradición relacionada con el desarrollo de estudios de caso asevera que “un detallado retrato de la vida de un individuo forma una biografía; una descripción de la esencia de la experiencia en el fenómeno se transforma en una fenomenología; una teoría, frecuentemente retratada en un modelo visual, emerge en la teoría fundamentada; una visión holística de un grupo social-cultural o un sistema es el resultado de una etnografía; y un estudio en profundidad de un sistema ligado o un caso (o varios casos) se convierte en un estudio de caso (Fredericks y Durland, 2005).

Los diseños de investigación de caso único suelen utilizarse para estudiar una situación o problema particular y poco conocido que resulta particularmente interesante, o bien para probar una teoría a través de un caso crítico o desviado. Estos diseños se rigen por razonamientos hipotético-deductivos, en donde a partir de determinada teoría y aplicando generalmente el análisis comparativo, el caso la confirma o la discute (Yin, 2018).

Los estudios de casos se utilizan con frecuencia en la investigación sociológica, a veces de manera preliminar en una investigación más extensa, según Abercombrie et al. (1994), pero a menudo como el método de investigación principal.

Muchas investigaciones de estudios de casos utilizan más de un solo caso, a fin de tener una idea del rango de preferencia en la población bajo consideración. Luego de seleccionar casos para representar lo que sobre la base de la teoría o el conocimiento previo, los sociólogos utilizan técnicas de investigación cualitativa como la etnografía o la observación participante, que requieren mucho tiempo y no se pueden delegar fácilmente a los asistentes de investigación. Los estudios pueden proporcionar datos de una riqueza y detalle que son difíciles de obtener de encuestas más amplias. (pp. 46-47)

El caso explicativo, aquel que expone las causas de los diferentes fenómenos organizacionales, según Yin (1984), permite identificar y analizar los diferentes fenómenos sociales acaecidos, en este caso, en el tema inter-organizacional develando los procesos de conformación y permanencia que han originado un trabajo en red entre disímiles organizaciones sociales.

La unidad de análisis es la base del caso, y puede ser una persona individual (como un líder de negocios, o alguien que haya tenido una experiencia de interés), o un evento (como una decisión,

un programa, un proceso de implementación o cambio organizacional), o una organización, equipo o departamento dentro de la organización. En esta investigación se trata de instituciones con estructuras diferenciadas (formales e informales): instituciones en salud y organizaciones sociales. Según Yin (1994) la forma de pregunta o los tipos de pregunta de investigación es lo más importante para determinar el enfoque más apropiado. En este caso la pregunta se construyó a partir del cómo y bajo qué condiciones se ha planificado, estructurado y desarrollado la participación comunitaria para el trabajo en red en salud durante la pandemia.

Tabla No. 9 Matriz para la elección de un método de investigación social según las características del problema de interés

Método	Forma de la pregunta de investigación	¿Requiere control sobre los acontecimientos?	¿Se concentra en acontecimientos contemporáneos?
Experimento	¿Cómo? ¿Por qué?	Sí	Sí
Encuesta	¿Quién? ¿Qué? ¿Dónde? ¿Cuánto? ¿Cuántos?	No	Sí
Análisis de archivos	¿Quién? ¿Qué? ¿Dónde? ¿Cuánto? ¿Cuántos?	No	Sí/No
Historia	¿Cómo? ¿Por qué?	No	No
Estudio de casos	¿Cómo? ¿Por qué?	No	Sí

Fuente: Yin, (1994, p. 39).

3.1.13 Análisis de Redes Sociales

Nuestra intensa y avasallante coexistencia en un mundo extremadamente interrelacionado ha superado cualquier idea de relacionamiento precedente, la cual a la luz de los vertiginosos cambios exige ser pensada y repensada individual, colectiva e inter-institucionalmente, de manera relacional e indefectiblemente transdisciplinar. Por tanto, el concepto de red es comprendido por diferentes teóricos como un paradigma definitorio de la era moderna. El ARS posibilita, según Serrat (2017), que en cada gráfico elaborado se visualicen tres tipos de datos e

información: i) los nodos que representan a las organizaciones u objeto de estudio; ii) los lazos que representan la diferentes relaciones entre los nodos (que pueden ser insuficientes o excesivas); y iii) los atributos que componen las diferentes características de las organizaciones estudiadas. Los nodos de una red representan a los actores y las líneas entre nodos indican las relaciones entre los actores. El análisis de redes proporciona una base empírica o una comprensión del flujo de información y la influencia en las redes de gobernanza para identificar organizaciones clave (Kuros y Masha, 2023).

Una red social es un conjunto de actores (nodos, vértices) unidos por alguna relación (instituciones comunicadas para la prestación de algún servicio público, por ejemplo) pueden representar personas o estructuras sociales como organizaciones e instituciones. Los nodos pueden ser personas, organizaciones o entidades como textos, artefactos e incluso conceptos (Butts, 2008). En términos epistemológicos una red es una manera de ver la realidad social. Es una metáfora que permite hablar de relaciones sociales, aportando los atributos de posibilidad de manipulación, contención, tejido social, estructura, densidad, extensión, control, y posibilidad de crecimiento, entre otros (Pakman, 1995).

Los actores son estratégicos y evalúan sus posiciones para tratar de mejorarlas por medio de cálculos racionales de costes y beneficios -incluso a corto plazo- (De la Rúa, 2005), responden a tipos de relaciones más bien voluntarias sobre las que no pesan normas sociales muy restrictivas (como las relaciones de amistad) y en que los márgenes de maniobra de los actores son relativamente amplios. Determinan con quien(es) deben relacionarse estratégica y benéficamente en pro de los objetivos que persiguen como actores. Una conexión puede ser más importante que otra en diferentes maneras. Algunas son mejores porque cruzan porciones separadas de la red, mientras que otras relevantes ya que se enlazan a gente bien conectada. El enfoque del ARS indica cómo se puede mejorar la cooperación en una sección específica de la red, y cómo mejorar las relaciones (Etemadi et al., 2017).

La idea básica del enfoque de redes reside en que los individuos son actores intencionales, orientados por motivaciones sociales y económicas. La perspectiva relacional no se construye mediante categorías sociales o atributos, se realiza a través de vínculos inter actorales. De la Rúa (2005, citando a Clyde Mitchel, 1969) define una red como “un conjunto particular de interrelaciones (*linkeages*) entre un conjunto limitado de personas, con la propiedad adicional de

que las características de estas interrelaciones, consideradas como una totalidad, pueden ser utilizadas para interpretar el comportamiento social de las personas implicadas”.

Desde una perspectiva de análisis de redes sociales, el "organigrama" en forma de árbol que comúnmente representa la estructura jerárquica de una organización o empresa es demasiado simple y carece de información importante sobre las conexiones que existen entre y a través de departamentos y divisiones. En contraste con la estructura de árbol simplificada de un organigrama, una vista de red social de una organización o población conduce a la creación de visualizaciones que se asemejan a mapas de sistemas de carreteras, rutas de líneas aéreas o redes ferroviarias (Hansen et al, 2020)

Los nodos o actores de la red son las unidades que están conectadas, interrelacionadas, y estas unidades son comúnmente personas u organizaciones (Barnett, 2011). Los nodos pueden ser personas, grupos, organizaciones o entidades como textos, artefactos e incluso conceptos (Butts, 2008). El enfoque de red requiere la identificación de componentes (nodos en una red) y las relaciones ejercidas entre estos (vínculos o enlaces entre nodos, si son bidireccionales o no, acumulación de aquellas emitidas y/o recibidas). La identificación de nodos y enlaces, y la posterior construcción de la red, permitirá analizar la topología de la misma estableciendo una descripción de la red (caracterización), con base en la utilización de herramientas descriptivas del ARS. Por tanto, es necesario que se realice una descripción completa y rigurosa de la estructura de las relaciones como punto de partida. Cualquier tipo de relación puede ser materia de estudio del análisis de redes: relaciones entre personas u organizaciones, comunicaciones, transferencias de conocimientos, traspasos económicos, incluso, vínculos neuronales (Cárdenas, 2016). Los vínculos (es decir, las relaciones) entre los actores funcionan como conductos para el flujo de diversos tipos de 'bienes' materiales y no materiales, como información, sentimientos, recursos financieros, normas, enfermedades, opiniones y confianza (Everton, 2018, p. 55).

El análisis de redes sociales (ARS) es básicamente el estudio de la estructura de las redes que conforman diversos actores. Según Wasserman y Faust (1994) "las regularidades o patrones en las interacciones dan lugar a estructuras" (pp. 6-7). Lo anterior significa en el contexto del análisis de redes, según Giuffre (1988), que "los patrones persistentes de relaciones entre participantes de un sistema se convierten en núcleo del análisis. Las relaciones entre los miembros del sistema, es clave en lugar de los atributos individuales de aquellos miembros, el componente para comprender el sistema" (pp. 2-3).

El abordaje del ARS considera que cualquier tipo de relación puede ser objeto de estudio: relaciones entre personas u organizaciones, comunicaciones, transferencias de conocimientos, traspasos económicos, incluso, vínculos neuronales (Cárdenas, 2016), alianzas y recursos (Han et al., 2024). El enfoque de algunos estudios sobre redes de organizaciones, reconoce que son los individuos quienes realmente interactúan en nombre de sus organizaciones. En el ARS, a diferencia de los métodos más tradicionales, la unidad de análisis es la relación, no la organización misma. El ARS permite analizar interacciones y redes informales construidas que posibilitan identificar estrategias y alternativas desarrolladas entre individuos y colectividades (Condé y Scherlowski, 2015).

Las redes son a menudo estructuras subyacentes de las que los propios participantes no son conscientes y que solo pueden revelarse después de una cuidadosa investigación. Los actores suelen ser conscientes solo de sus conexiones más cercanas, pero no de aquellos vínculos indirectos que los ubican en una estructura extendida. Incluso puede suceder que el actor no sea consciente de ninguno de estos vínculos en absoluto. Tal es el caso de las redes sociales que facilitan la propagación de enfermedades, o “redes temáticas” en las que uno se involucra sin darse cuenta con solo mostrar interés en un determinado tema y contactar al menos a una persona que comparte ese interés. (Luna y Velasco, 2017, p.48)

Kilduff y Tsai (2003) describen tres fuentes principales de las cuales surgieron las ideas de redes en las ciencias sociales, también resaltan los beneficios que los enfoques de redes proporcionan para identificar y analizar relacionamientos ocultos entre diferentes actores en un contexto y momento determinado:

Las ideas de red fluyeron en las ciencias sociales desde tres fuentes principales: primero, investigadores alemanes (como Kurt Lewin, Fritz Heider y Jacob Moreno), influenciados por los desarrollos en la teoría de campo en física, transfirieron la idea de la red para el examen de la interacción social. Estos científicos trajeron su distintivo nuevo enfoque de los Estados Unidos durante los años 1920 y 1930. (...) En segundo lugar, la influencia de un enfoque matemático para la interacción social, evidente en el trabajo de Kurt Lewin, fue retomado en los Estados Unidos primero por investigadores que trabajaban con la teoría de grafos (por ejemplo, Cartwright y Harary en 1956), y más tarde por un grupo de Harvard trabajando con Harrison White. (...) La tercera fuente principal de ideas de red en las ciencias sociales deriva no de los sociólogos inclinados matemáticamente, pero sí de inclinación antropológica con los trabajadores de campo organizacionales. (p.13-14)

La teorización del ARS abarca dos dominios (analíticamente) distintos, referidos a la 'teoría de la red', propiamente dicha, y a la 'teoría de las redes'. La teoría de red se refiere a los mecanismos y procesos que interactúan con las estructuras de red. La teoría de red trata sobre las consecuencias de las variables de red, como tener muchos lazos o estar ubicados en el centro de la red. En contraste, la teoría de las redes se refiere a los procesos que determinan por qué las redes tienen las estructuras que tienen, los antecedentes de las propiedades de la red, en términos de Brass, esto incluye modelos de quién forma qué tipo de vínculo y con quién, quién se convierte en nodo central, y qué características lo definen (Borgatti y Halguin, 2011). Los actores, una vez visualizados en una red, se representan como nodos, tomando formas geométricas, y las relaciones establecidas entre actores se representan mediante líneas entre estas formas.

Los bordes no dirigidos o dirigidos son los dos tipos principales de conexiones. Los bordes dirigidos (también conocidos como bordes asimétricos) tienen un origen y un destino claro: el dinero que se presta de una persona a otra, un usuario de Twitter sigue a otro usuario, se envía un correo electrónico de un autor a un destinatario, o una página web enlaza con otra web página. Se representan en un gráfico como una línea con una flecha que apunta desde el vértice de origen al vértice destinatario. Los bordes dirigidos pueden ser recíprocos o no. Si te envié un mensaje, puedes enviar uno de vuelta a cambio, o no. Un borde no dirigido (también conocido como un borde simétrico o mutuo) simplemente existe entre dos personas o cosas: una pareja está casada, los usuarios de Facebook son amigos, o dos personas son miembros de la misma organización. No hay origen ni destino claro en estas relaciones mutuas, no pueden existir a menos que sean correspondidos. (Hansen et al., 2011, p. 34)

Wasserman y Faust (1994) argumentan que existen cinco niveles de análisis en el análisis de redes: a) el nivel de análisis del actor individual y sus vínculos relacionales; b) el nivel de análisis de las díadas (dos actores y sus vínculos); c) nivel de análisis las tríadas (tres actores y sus vínculos); d) el nivel de análisis de los subgrupos; y e) el nivel de análisis global. Exponen que en el ARS el concepto de rol posee tres niveles conceptuales: todo el grupo, un subconjunto de actores y un actor individual. Para todo el grupo el nivel asignado es el de estructuras de roles globales; para el caso de un subconjunto de actores el nivel asignado es el de rol local; y en el caso de un actor local el nivel de análisis deviene en roles individuales o de ego. Los roles globales describen todo el grupo, los roles locales pertenecen a subconjuntos de actores dentro de un grupo, y en el nivel de los roles individuales el más específico de todos los roles está adscrito a un procedimiento asociado a un rol con cada actor estrictamente sobre la base de esquemas, patrones y regularidades derivados de su red personal.

El ARS cuantifica las relaciones entre los actores con el objeto de crear matrices y redes gráficas que representen esas relaciones como un todo, y de esa forma analizar las distintas características del sistema de relaciones bajo estudio, indistintamente de la naturaleza de estas relaciones: políticas, económicas, de parentesco, amistad, cooperación, conflicto, etc. El ARS trabaja con la estadística para objetivamente analizar, cuantificar y representar visualmente la orientación de los actores en una red y las características estructurales de la red (Opurum et al., 2019). De tal manera, algunas redes pueden visualizarse como un tejido denso o tupido debido a que la mayoría de los nodos que la componen se encuentran estrechamente conectados. Algunos nodos pueden poseer redes más densas que otros, es decir, están más conectados con más personas.

Las relaciones entre diversos actores pueden conformar una red de interacciones o colaboraciones que no se visibilizan fácilmente y que el ARS intenta visibilizar para entenderle mejor. Las interacciones pueden reflejar filiaciones (pertenencia a la misma asociación), relaciones institucionales (firmar convenios colaborativos) e interacciones (intercambiar información). El ARS permite establecer la orientación del flujo dado entre dos actores, posibilitando su cuantificación y la intensidad relacional a través de la fortaleza del vínculo. El ARS tiene la utilidad distintiva de medir, visualizar y comprender relaciones inter organizacionales (Wasserman y Faust, 1994).

El ARS al examinar los datos relacionales y aporta conceptos analíticos para expresar y evaluar las propiedades estructurales formadas por las relaciones (por ejemplo, amplitud, densidad y centralización) (Colvin, 2017). De tal manera, identificar los factores limitantes en posibles relacionamientos:

El ARS registra automáticamente las conexiones de red, proporcionando así una red de datos precisos, y puede hacerlo a gran escala, lo que hace que el análisis de red sea escalable. Para Kilduff y Tsai (2003) “el enfoque de red permite a los investigadores capturar las interacciones de cualquier unidad individual dentro del campo de actividad más grande al que pertenece la unidad” (p.13). Según Everton (2018) existen redes de modo único que consisten en un solo conjunto de actores (personas, grupos, familias, organizaciones, corporaciones, países, etc.), y existen también redes de modo doble que constan de dos conjuntos de diferentes actores, o un conjunto de actores y un conjunto de eventos o afiliaciones. Los ejemplos de redes de dos modos

incluyen membresía en varias organizaciones, asistencia a eventos particulares, empleados en una compañía en particular, etc.

Los diferentes actores inmersos en una sociedad hacen parte de un sistema relacional interdependiente que los vincula con otros actores e instancias decisionales. Debido a la naturaleza relacional de las sociedades humanas las premisas del ARS posibilitan identificar la estructura de los vínculos sociales, lo cual permite de manera decidida realizar exploraciones efectivas en este terreno, a nivel de intervenciones, documentaciones, análisis y formulaciones prácticas sobre los problemas de la salud humana, a través de una perspectiva social. (Luján, 2021, p. 463)

Las redes basadas en contactos grupales se caracterizan por conformarse por personas relacionadas con miembros de grupos estructurados en torno de agrupaciones y organizaciones. Este tipo de red favorece las relaciones polidíadicas y se basa en el intercambio entre todos los participantes de la red, se asemeja a las redes de intercambio recíproco que en sí constituyen pequeñas estructuras colectivas. Pueden ser ‘democráticas’, en las que todos ‘valen’ lo mismo o pueden ser redes en mayor o menor grado dirigidas por una o más personas (Guzmán et al., 2003).

Los investigadores suelen modelar la estructura de la red mediante el sistema de nodos y enlaces, y el pensamiento estructural en red, modelándose las relaciones entre los individuos en una red mediante sus propiedades relacionales (dependencias entre enlaces de red). Los modelos a nivel relacional hacen inferencias sobre los vínculos que unen a los individuos u organizaciones.

Las redes sociales se pueden modelar como un gráfico, donde los nodos representan a los usuarios, y las relaciones entre ellos se indican mediante los bordes. En un gráfico de red, todos los nodos no tienen el mismo papel, y algunos nodos son más importantes que otros según sus posiciones estructurales en el gráfico. (Zareie, et al., 2019)

El ARS se concentra en la red de relaciones, las posiciones funcionalmente diferenciables dentro de éstas, sus procesos dinámicos de adaptación, sus flujos y transacciones, entre otras (Aguirre, 2011). Según Everton (2018), las redes sociales poseen un carácter dinámico al estar conformadas por distintos tipos de actores. Las redes pueden cambiar con el tiempo, su conformación puede modificarse una vez ingresan o salen actores de la red, pero no solo por la

presencia, también cuando los vínculos se forman y se disuelven. Por tanto, una red es susceptible de acrecentar o reducir su tamaño, aumentar o disminuir su nivel de centralización.

Un enfoque de red puede descubrir e identificar los límites de grupos y conglomerados, o aplicar la información existente sobre cada vértice para crear categorías o divisiones. En una perspectiva de red, las personas mantienen muchas relaciones y son potencialmente miembros de muchos grupos y agrupaciones vagamente definidos. Definir los límites exactos de los grupos en una red puede ser difícil, ya que refleja la realidad de las personas con membresías múltiples y cambiantes. Desde una perspectiva de red, un grupo es una colección de vértices. Los grupos se pueden formar por muchas razones, en algunos casos algunos vértices están más conectados entre sí que con otros. Conjuntos de vértices relativamente más cohesivos o densamente conectados forman regiones, también llamadas grupos, que pueden reflejar la existencia de grupos. Un grupo de personas descubiertas de esta manera podría no ser nombrada o reconocida explícitamente. Es posible que los miembros de un clúster de red no reconozcan su pertenencia colectiva a pesar de sus conexiones individuales con otros miembros del grupo (Hansen, et al., 2011, p. 41)

Las redes se pueden caracterizar en diferentes niveles, que van desde el nivel de los nodos individuales (por ejemplo, su número de conexiones, o su centralidad dentro de la red) al nivel de grupos de nodos (por ejemplo, su densidad de conexión), hasta el nivel global de toda la red (por ejemplo, la distribución del número de conexiones por nodo en todos los nodos de la red). La centralidad es la medida más utilizada, referida por el número de vínculos directos con otros actores en una red. La centralidad mide que tan ‘central’ es un actor que está en una red específica, lo cual ayuda a indicar la estimación de su importancia en la red. Indica la probabilidad de que un actor reciba lo que fluye a través de la red (información, tareas, etc.). No obstante, lo que cuenta como ‘central’ puede variar según el contexto, a partir de una aplicación determinada. La medida de centralidad fue introducida por Alex Bavelas (1948) cuando todavía estos “grupos” u “organizaciones” no tenían el nombre de “redes” que hoy detentan. El texto básico e insuperado sobre el particular es todavía hoy el de Linton Freeman (1979) (Reynoso, 2018).

La noción de rutas de conexión es fundamental para el estudio de redes. Por ello los analistas de redes suelen preguntarse: ¿qué tan lejos están unos de otros? Por ejemplo, se suele establecer que personas que no son vecinos, están a una distancia de dos nodos de otro nodo. La distancia geodésica es el camino más corto entre dos personas se llama y se utiliza en muchas métricas de centralidad. En el ámbito social el ARS “proporciona muchas aplicaciones estratégicas para que las personas de una organización analicen su posición y la posición de los

demás. Los gerentes y líderes pueden reconocer brechas o desconexiones dentro de las organizaciones y dedicar recursos para cerrar la brecha” (Hansen et al., 2011, p. 41).

La estructura de la red de relaciones sociales es mejor fuente de explicación de las conductas que los atributos personales de los individuos. Nótese que se dice “mejor”, no única fuente de explicación. Así, por ejemplo, el comportamiento de los jóvenes o de las mujeres, se explicará mejor por las redes en las que se integran que por sus atributos de edad o de género. (Garrido, 2001, p. 7)

Para Garrido (2001), entre los principios metodológicos del análisis se destacan los siguientes:

1) la estructura de las redes no es directamente observable en los datos, sino el resultado del análisis; 2) por lo general, las relaciones son recíprocamente asimétricas, diferenciándose en contenido e intensidad; 3) los miembros de la red se vinculan de forma directa e indirecta y es el conjunto del contexto estructural el que define una relación específica; 4) las redes creadas por la estructura de las relaciones no son arbitrarias; y 5) las relaciones pueden vincular a individuos, así como a grupos y organizaciones

La tabla No. 10 registra los diferentes niveles de análisis de red, conforme las descripciones específicas y medidas de red:

Tabla No. 10 Niveles de análisis de red con descripciones y medidas de red

Nivel	Definición y propósito	Medidas de red estándar	Concepto
Individual	Un solo actor o nodo	Grado	Conectividad de un actor o nodo determinado dada por la cantidad de líneas que están relacionadas (conectadas) con el nodo
	Identificación de la posición o ubicación y características de un actor dentro de una red	Centralidad	Importancia o prominencia de un actor o nodo dado A continuación, se presentan varios tipos de centralidad: Centralidad de intermediación: medida en que un actor se encuentra entre dos nodos. Nodos que de otra manera no estarían conectados. Cercanía: cuán cerca está un actor de todos los demás actores en el base de distancia entre nodos

			Grado: medida en que un actor está conectado a otros. La más simple de las medidas de centralidad. Prestigio: específicamente para redes dirigidas; Hasta qué otros miembros eligen un actor o nodo dado
		Equivalencia estructural	Grado en que los actores desempeñan roles similares dentro de una red al tener los mismos patrones de conexiones con otros actores
Subgrafo	Un subconjunto del gráfico basado en ciertos nodos o enlaces	Diada	Un par de actores y el posible empate entre ellos.
		Triada	Tres actores y los lazos entre ellos.
	Examen de las características de un grupo.	K-core	Todos los nodos en una red con grado $\geq k$
		Clique	Tres o más actores conectados por todas las conexiones posibles.
Red	Todo el sistema de nodos y enlaces.	Densidad	Relación de vínculos observados a posibles vínculos. Fracción de enlaces observados al número total de enlaces posibles.
		Diámetro	La más larga de todas las geodésicas (la ruta más corta entre dos nodos)
	Descripción o inferencia basada en la estructura de toda la red	Centralización	Grado en que la gráfica muestra una estructura jerárquica o centralizada. Medida en que la red está dominada por un actor central.

Fuente: Luke y Harris (2007).

La tabla No. 11 contiene los elementos básicos del ARS:

Tabla No. 11 Elementos básicos de una red

Elementos	Definición
Nodos o actores	Son las entidades entre las cuales se establecen los vínculos que se pretenden analizar. Puede tratarse de individuos, empresas u otras unidades de carácter colectivo.
Vínculo	Son los lazos que existen entre dos o más nodos. En una Red de amistad, por ejemplo, un actor muestra un vínculo directo con otro actor. Los vínculos o relaciones se representan con líneas.
Lazo relacional	Son los vínculos existentes entre pares de actores. La gama y tipo de lazos es muy diverso: opiniones de carácter personal (amistad, respeto, preferencia), transmisión de recursos (transacciones económicas, información), interacción entre individuos (hablar, escribirse), conexión física (una carretera, un puente), pertenencia o afiliación a una misma organización, relación de parentesco, etc.

Díada	consiste en un par de actores y los posibles vínculos entre ellos. Los vínculos se contemplan siempre como una propiedad de una pareja de actores, y nunca como una característica individual. Por lo tanto la díada es el nivel mínimo al cual puede realizarse el análisis.
Triada	Subconjunto de tres actores y sus posibles vínculos. Importantes métodos y modelos se basan en ellas para su análisis, particularmente los interesados en la transitividad y en el equilibrio de las relaciones
Subgrupo	Subconjunto superior a tres de actores y sus relaciones entre ellos. Existen diferentes criterios para delimitarlos.
Flujo	Indica la dirección del vínculo. Los flujos se representan por una flecha que indica el sentido. Cuando un actor no tiene ningún tipo de flujo, lo que a su vez implica ningún vínculo, se dice que este nodo está suelto dentro de la Red.
Flujos dirigidos o unidireccionales	Flujo cuya dirección sólo contiene un sentido.
Flujos mutuos o bidireccionales	Son los flujos que contienen flechas en ambos sentidos.
Grafo	Nombre técnico del gráfico de una red.
Tamaño de la Red	La suma de todos los nodos o actores representa el tamaño de la red.
Caminos geodésicos	Distancia (# de vínculos) entre un nodo y otro.

Fuente: elaboración propia, a partir de Wasserman y Faust (1994).

La tabla No. 12 presenta una serie de pasos para el diseño y análisis de una red completa:

Tabla No. 12 Pasos del plan analítico (ARS) con diseño de red completa

Paso de análisis de redes sociales	Procedimientos
Definir los límites del grupo	Aplicación de la técnica de muestreo, conocida como de bola de nieve (<i>snowball sampling</i>)
Número de actores identificados y activos actualmente en la red	Aplicación de técnicas de investigación como la entrevista semiestructurada, por ejemplo
Definición de las relaciones de interés en conjunción con los actores de la red (la mayoría de los datos de redes sociales son observacionales)	Aplicación trabajo de campo
Crear visualizaciones de la red	Aplicación de análisis mediante uso de programas informáticos
Analizar la red utilizando métodos analíticos de redes sociales.	Cálculo de índices a nivel de red

	Aislamientos: actores no conectados con el resto de la red. Componentes: subgrupos de actores conectados entre sí, pero desconectados del resto de la red. Densidad: fracción de enlaces observados respecto al número total de enlaces posibles Centralización: la medida en que la red está dominada por un actor central
--	---

Fuente: adaptado de Petrescu et al. (2015).

La tabla No. 13 contiene directrices útiles para evaluar y mejorar el funcionamiento de coaliciones, a través de ARS. Es una poderosa herramienta para conocer la estructura de la comunidad. La investigación sistematiza el uso de indicadores estructurales que inciden en los resultados de las coaliciones y clarifica la conexión entre los indicadores de cohesión y el funcionamiento de coaliciones. La tabla No. 13 describe las etapas, contenidos e indicadores que fundamentan la guía para evaluar coaliciones mediante ARS.

Tabla No. 13 Guía para evaluar coaliciones a través de ARS

Etapas	Actividades y contenidos	Indicadores, técnicas y metodologías
I. Diseño de investigación	Delimitación del tamaño de la red analizada. Tipo de relación ejercida entre actores (condiciones, contenidos - solicitud de información-, intensidades, etc.).	Numero de nodos y vínculos, tipos de relaciones.
II. Procesamiento de la información	Definición del contenido de los vínculos. Análisis comparativo de las medidas estructurales. Selección de los indicadores de cohesión. Modelos exploratorios para identificar subgrupos. Modelos específicos de detección de agrupaciones	Muestreo no aleatorio, diseño y encuadre de la investigación.
III. Contraste y validación	Métodos cualitativos (p.ej. entrevista con informantes clave y grupo focales). Diseño del guión de la entrevista. Aplicación de la entrevista de devolución (<i>feedback</i> visual)	Trabajo de campo, <i>feedback</i> socio-comunitario

IV. Intervención estructural en la red	Selección de estrategias de intervención. Diseño e implementación (adaptación contextual). Reconfiguración estructural de la coalición. Sistematización de la información producida.	Técnica Net Map, <i>feedback</i> socio-comunitario, identificación de oportunidades, estrategias de intervención consensuadas
--	--	---

Fuente: elaboración propia, adaptado de Ramos (2015, p. 334).

La tabla No. 14 contiene los principales indicadores de red, elaborado por Max Planck *Institute for Informatics*:

Tabla No. 14 Indicadores de red

Parámetros	Definición
Número de componentes conectados	En el caso de la red, es el número de componentes conectados y asociados a otros componentes. El número de componentes conectados indica la conectividad de una red, por ejemplo, el número más alto de conectores conectados, resultantes de la conectividad
Parámetros relacionados con las vecindades	1. La vecindad de un nodo n es el conjunto de sus vecinos. La conectividad de n, denotada by k_n, es el tamaño de la vecindad. 2. El número promedio de vecinos indica la conectividad media del nodo en la red. La versión normalizada de este parámetro es la <i>densidad de red</i>. 3. La densidad es un valor entre 0 y 1. Muestra cuán densamente es la red con vínculos. Una red que no contiene bordes y únicamente nodos aislados tiene una densidad de 0. Por tanto, la densidad de un clique es 1. 4. El número de nodos aislados (<i>number of isolated nodes</i>) permite obtener una idea acerca de cómo se distribuye la densidad de la red. 5. La centralización de la red (<i>network centralization</i>). Las redes cuyas topologías se parecen a una estrella tienen una centralización cercana a 1, mientras que las redes descentralizadas se caracterizan por tener una centralización cercana a 0. La heterogeneidad de la red (<i>network heterogeneity</i>) refleja la tendencia de una red a contener nodos centrales. El número de pares de nodos de distintos vínculos (<i>number of multi-edge node pairs</i>) señala la frecuencia con la que los nodos vecinos se vinculan por más de un vínculo.
Conectividad de vecindad	1. La conectividad de un nodo es representada por el número de sus vecinos. 2. La conectividad de vecindad de un nodo n se define como la conectividad promedio de todos los vecinos de n. 3. La distribución de conectividad de vecindario (<i>Then neighborhood connectivity distribution</i>) permite establecer el promedio de las conectividades de vecindario de todos los nodos n con k vecinos para $k = 0,1$ 4. La distribución de conectividad del vecindario es una función decreciente en k, por tanto, los vínculos entre los nodos conectados bajos y los altamente conectados predominan en la red.

Centralidad de intermediación	1. La centralidad intermedia de un nodo refleja la cantidad de control que éste puede ejercer sobre las interacciones de otros nodos en la red. Esta medida beneficia a los nodos que conectan comunidades (subredes densas), en lugar de nodos que se encuentran dentro de una comunidad. 2. La centralidad de intermediación $C_b(n)$ de un nodo n se calcula de la siguiente manera: $C_b(n) = \sum_{s \neq n \neq t} (\sigma_{st}(n) / \sigma_{st}),$ donde s y t son nodos en la red diferentes de n, σ_{st} denota el número de rutas más cortas desde s hasta t, y $\sigma_{st}(n)$ es el número de rutas más cortas desde s hasta t en que n se encuentra.
Centralidad de proximidad	1. La centralidad de proximidad constituye una medida de la celeridad y forma como la información se difunde desde un nodo determinado a otros nodos accesibles en la red. 2. La centralidad de proximidad $C_c(n)$ de un nodo n se define como la reciprocidad de la longitud promedio de la ruta más corta y se calcula de la siguiente manera: $C_c(n) = 1 / \text{avg}(L(n, m)),$ dónde $L(n, m)$ es la longitud del camino más corto entre dos nodos n y m. La centralidad de proximidad de cada nodo es un número entre 0 y 1. Por ejemplo, la centralidad de proximidad de los nodos aislados es igual a 0.

Fuente: Network Analyzer (2018).

3.1.13.1 Análisis de Redes Sociales en salud

El ARS en salud puede indagar por temas relacionados con las formas en las cuales se propagan valores y costumbres vinculados a los hábitos de salud, a la transmisión de enfermedades o a la gestión de los recursos humanos en un centro sanitario, por ejemplo. En tal sentido, se puede explorar qué nodos líderes, individuales o institucionales, son los que pueden colaborar o entorpecer más en el proceso de implantación de una determinada estrategia sanitaria (Marqués et al., 2013).

Los procesos involucrados en la salud y la enfermedad humana van desde la escala molecular hasta la poblacional. Las redes proporcionan un marco unificador para describir e investigar las interacciones complejas que ocurren tanto dentro como entre escalas: se pueden usar para describir las interacciones moleculares que forman la base de todos los procesos biológicos dentro de la célula, así como las interacciones sociales que forman la base para la propagación de enfermedades infecciosas. El análisis de redes sociales (ARS en español y/o SNA en inglés) ha adquirido notable popularidad -desde el decenio de 1970-, en la agenda investigativa de diferentes grupos de investigación, investigadores, y distintos campos disciplinares, entre ellos

el de la salud. El interés por las redes abarca todos los aspectos de las ciencias sociales, y está aumentando aún más rápido en física, epidemiología, y biología (Borgatti y Halguin, 2011).

El ARS se ha aplicado cada vez más a investigaciones de temas en el campo de la salud pública, principalmente a las asociaciones entre las características estructurales y funcionales de las redes sociales, y los resultados de salud, la transmisión de enfermedades o comportamientos relacionados con la salud, y la información dentro de una red social (Luke y Harris, 2007).

La relación entre redes sociales y salud, desde la búsqueda de mejoras para la población contrario a lo que pudiese pensarse, surgió con más fortaleza en los países en desarrollo en los cuales el acceso a los recursos sanitarios está restringido debido al quiebre de falta de políticas y sistemas públicos de la seguridad social (Molina, 2005).

Esta relación suscitó la estrategia del trabajo en red en salud, la cual generada por coaliciones precisa de la participación comunitaria con lo cual pueden fortalecerse las oportunidades y espacios para el ejercicio ciudadano de participación activa. Las coaliciones mejoran la prestación de servicios sociales (Harris et al., 2002), fomentan e implementan programas de prevención y promoción de la salud (Feinberg et al., 2005). La formación de coaliciones produce efectos positivos en procesos como el capital social, el sentido de comunidad y la preparación comunitaria para el cambio social (Feinberg et al., 2005). Wendel et al. (2010, citado por Vidal, 2015), han investigado la forma de mejorar la coordinación de una red de organizaciones comunitarias en torno a temas de salud, y observaron descensos en el número de actores aislados, incrementos de vínculos y densidad asociados a mejoras en la capacidad operativa.

El tema de las redes sociales ha posibilitado pensar en un trabajo en red en salud como estrategia para el logro de diferentes propósitos a este respecto. En tal sentido, diferentes estudios y análisis han constatado resultados óptimos, respecto a los esfuerzos articulados entre autoridades de salud y comunidades, instituciones y organizaciones, respectivamente. Estos esfuerzos se concretan mediante los diferentes desenlaces en salud obtenidos, y en estos la formación de coaliciones constituye un mecanismo para ejercer colaboraciones entre organizaciones de diversas instituciones públicas y comunitarias, que trabajan en red de forma coordinada para mejorar las condiciones de vida de la población (Butterfoss et al., 1993).

Shen et al. (2021) coinciden que fenómenos poblacionales no pueden ser explicados solo por métodos estadísticos tradicionales a nivel individual, y se requieren las potencialidades del ARS como el método apropiado y la perspectiva singular para estudiar problemas de la salud pública, permite a los investigadores utilizar teorías y modelos expresados en términos de procesos relacionales para estudiar la salud de una población, en lugar de considerar a los individuos como independientes o separados del contexto social en el que viven.

En las últimas décadas, los científicos sociales han demostrado que las estructuras de red tienen una profunda influencia en salud, trabajo y comunidad. Conseguir un trabajo, ser promovido, contraer una enfermedad, y adoptar una innovación, se han explicado muchas más actividades y procesos en los términos de las redes sociales. Las estructuras de red son importantes en las ciencias biológicas donde la investigación es centrada en las conexiones entre metabólico y genético procesos. La forma y la función de las redes pueden tener grandes consecuencias como ideas, genes, innovaciones o los patógenos se difunden a través de las poblaciones. (Hansen et al., 2011, p. 37)

El uso de ARS, expresado en la salud pública, se ha desarrollado también a partir de la ciencia comunitaria, de la cual surgió el trabajo sobre apoyo social. Se pensó que el apoyo social tenía un efecto positivo en una amplia variedad de características y comportamientos individuales importantes, que incluyen afrontamiento, duelo, suicidio, salud física y mental en general, según Cohen et al. (2000):

Los científicos comunitarios han comenzado a reconocer la utilidad de ir más allá de las redes egocéntricas para examinar redes completas, especialmente en el estudio de relaciones organizacionales y comportamiento (...) aunque las redes sociales son importantes porque influyen en las personas, se deben analizar redes completas que no se definen a partir de la perspectiva de un miembro. La mayoría de las poderosas técnicas de análisis de redes son solo utilizables con redes completas. (Luke, 1994, p. 194)

A medida que el término 'red social' gana aceptación, se aplica cada vez más a todo. De tal manera, suele comprenderse por su asociación comercial a un sitio web de redes sociales como Facebook (Borgatti y Halguin, 2011). Para diferenciar el tema analítico de redes de las denominadas redes de segundo orden, algunos teóricos prefieren referirse al tema metodológico y analítico como ciencia de red.

El enfoque de las redes sociales en salud, se ha orientado principalmente hacia las denominadas *redes sociales virtuales* (Facebook, Twitter, LinkedIn, Google+, Instagram, etc.) que permiten la

interacción entre personas, pero no se ha abordado el tema de las organizaciones sociales, su relación con instituciones de salud y su análisis formal con el cual avanzar hacia un diagnóstico e identificación de los problemas de contexto que dificultan los vínculos permanentes entre estos actores, así como su sostenibilidad, y a su vez la continuidad del trabajo en red en salud en los diferentes territorios.. Gustafsson y Hammarström (2000) evidencian cómo el trabajo en red genera participación, cómo las relaciones entre las actividades de una red de mujeres y la salud percibida entre los participantes de esa red se analizaron en Suecia, con resultados que sugieren que las redes desempeñan un papel importante en la promoción de la salud. En Saskatchewan, Canadá, estudios a nivel individual sobre capital social y salud mostraron que la participación social en clubes y asociaciones se correlacionaba con la salud autoevaluada solo entre los ancianos (Veenstra, 2000).

Estos estudios no pueden resolver el problema de la dirección causal, ya que la participación activa necesita individuos conectados socialmente. En tal sentido, para Lindström et al. (2001), algunos de los factores más importantes para mejorar la salud entre los participantes de una red son los siguientes: mayor sentido de pertenencia; participación en un proceso donde se pone en práctica una idea; y el trabajo en sí y una mayor confianza mutua. La baja participación social se asocia con un mayor riesgo de baja actividad física en el tiempo libre, lo que significa que la participación social puede modificar el comportamiento relacionado con la salud, y es clave no solo pensar en el ámbito individual, su alcance colectivo es otro gran propósito.

Las redes de salud pueden ser comunitarias y útiles en este contexto porque permiten un trabajo horizontal y facilitan recursos, formas de hacer y enfoques más globales y adaptados a los diferentes contextos, se considera beneficiosa la existencia de soportes sociales, comunitarios, sectoriales e intersectoriales, a partir de la conformación o fortalecimiento de redes que permitan aunar esfuerzos y complementar acciones en pro de la construcción de bienestar y calidad de vida (Ministerio de Salud, 2015).

Las redes pueden facilitar indicadores para un sistema de información y vigilancia de promoción de la salud sobre la creación de capacidad de los servicios en el territorio, la identificación de activos y modelos de buena práctica, la intersectorialidad y la equidad de las iniciativas. Las redes de experiencias son una oportunidad para generar un sistema de información en promoción de la salud, sistematizando la información disponible y estableciendo criterios de calidad de las iniciativas (Gállego et al., 2016).

3.1.13.2 Historicidad y algunos enfoques

La historicidad de la idea de redes, para algunos autores, se remonta a fines del siglo XIX, según Barnett (2011), con el trabajo analítico del sociólogo alemán Georg Simmel quien analizó el rápido cambio social y tecnológico que estaba transformando a la sociedad moderna:

Simmel observó que las personas estaban cada vez más involucradas en las relaciones de diferentes tipos, desde lo económico hasta las relaciones afectivas y comunicativas, y que estos contactos originados eran solo parciales de las preferencias de la persona como la participación en círculos sociales, el resultado de las relaciones, fue influenciado por aspectos formales tales como el número de participantes a la relación, la positividad/negatividad de estas relaciones, y la presencia de grupos de individuos similares (sobre la base de edad, sexo, o clase social y origen étnico). (p.661)

Según Freeman (2004, citado por Everton, 2018), Simmel es considerado el antecesor intelectual de lo que se conoce como ARS. Afirmaba que la comprensión del comportamiento social precisa del estudio de los patrones de interacción, él postuló ideas contundentes sobre la naturaleza de las sociedades secretas. Aseguraba que la sociología debía centrarse en el estudio de las interacciones inter-actorales.

Según Giuffrè (1988), la idea de Simmel del desarrollo de la individualidad se basa en una noción de la dinámica entre círculos sociales e individuos cada uno formándose y siendo formado por el otro, “se concentra particularmente en el intercambio como forma de interacción, a través del cual se forma la sociedad, religión, economía y política, todas se basan en el intercambio” (p. 4-5).

Jacob Levi Moreno, fundador de la sociometría en la década de 1930, desarrolló métodos gráficos para describir configuraciones y propiedades de las relaciones sociales, como la intensidad de las conexiones entre los miembros, las posiciones de liderazgo y flujo de comunicación dentro de grupos sociales y de trabajo. Diseñó una técnica de notación para representar gráficamente las interacciones entre los miembros de un grupo u otra unidad social, llamado "sociograma" (Barnett, 2011). Convertido en estándar para visualizar redes sociales. Propuso modelar las relaciones sociales como un *sociograma* (1934)⁹, definiéndolo como un

⁹ Los sociogramas, también llamados gráficos de red, son una forma común de visualizar redes. Como todas las redes, consta de dos bloques de construcción principales: vértices (también llamados nodos, agentes, entidades o elementos), a menudo representan estructuras sociales como organizaciones, instituciones o estados; y bordes (también llamados aristas, enlaces, lazos o conexiones, y pueden

proceso para visualizar la posición de cada individuo dentro de un grupo dado, así como la interrelación de todos los demás individuos.

Wasserman y Faust (1994) han resaltado la labor ejercida por Moreno, con base en su labor estos autores subrayan tres motivaciones que benefician el desarrollo del ARS: las empíricas, las teóricas y las matemáticas. La primera referida a motivaciones empíricas, aspecto que relacionan con el trabajo pionero de Moreno en el decenio de 1930, el cual con la creación del *sociograma* propicio una forma de visualizar las relaciones y la estructura dentro de un pequeño grupo. La segunda relacionada con las motivaciones teóricas, lo cual ha exigido a los investigadores la conformación de un *corpus* teórico basado en las redes con las que trabajaban. Y la tercera referida a las motivaciones matemáticas y el desarrollo de la teoría de grafos¹⁰. “Algunos modelos de probabilidad han sido utilizados para comparar redes teóricas con redes empíricas y modelos algebraicos utilizados para representar redes multirrelacionales” (Verd y Martí, 1999, p.509).

La figura No. 8 presenta los distintos momentos y enfoques que han dado lugar a la evolución del análisis de redes sociales:

representar muchos tipos diferentes de relaciones como la proximidad, colaboración, parentesco, amistad, asociación comercial, transacción, o cualquier atributo compartido) (Hansen, et al., 2011). En tanto, Petrescu et al. (2015) señalan que los sociogramas “representan los lazos existentes y pueden incluir atributos adicionales del actor representados a través del color, la forma y el tamaño de los puntos y los atributos de los lazos a través de la dirección, el color y el grosor de las líneas. La posición de los puntos en dichas gráficas se determina a través de un algoritmo que coloca puntos que tienen muchos lazos con otros puntos hacia el centro de la gráfica y puntos menos conectados hacia la periferia, mientras intenta mantener la misma longitud de línea”. Según Alhajj y Rokne (2014) los algoritmos se utilizan para crear grupos (o clústeres) en una red donde cada clúster consiste de los actores que se relacionan entre sí en algún sentido.

¹⁰ La teoría de los grafos en el ARS proporciona un lenguaje formal que facilita estudiar la red y su estructura. Los grafos constituyen un conjunto de puntos interconectados por una serie de líneas que se denominan nodos y aristas. Si un grafo representa una red social, los puntos representan a los diferentes actores sociales, los cuales son los miembros de la red (individuos, organizaciones, usuarios de un servicio de salud, etc.) (Madariaga y Ávila, 2012).

Figura No. 8 Evolución del análisis de redes sociales



Fuente: adaptación de Reynoso (2011, p. 39).

Freeman (2004) divide la historia del análisis de redes sociales en cuatro eras: 1) todo hasta fines de la década de 1920; 2) la década de 1930; 3) los 30 años desde aproximadamente 1940 hasta 1969; y 4) la era moderna, comenzando cuando Harrison White (quien se había mudado a Harvard en 1963).

El ARS entendido como una herramienta metodológica tiene como ventajas la posibilidad de visualizar las posiciones de diferentes actores en una red específica, establece mediciones de esas posiciones (grados de relación entre actores), analiza los flujos de información y características estructurales de las redes. El propósito de la visualización de la red es para obtener una idea de la complejidad de la dinámica social.

La visualización e interacción tiene un papel más activo hoy en día. No solo vemos formas nuevas y sofisticadas de mostrar datos de red, usando combinaciones únicas de procesos analíticos, como el análisis de centralidad y la identificación de la comunidad, también vemos el proceso de análisis visual como un enfoque interactivo e iterativo. Incluso cuando el análisis falla, un estudio visual de una red social podría llamar la atención de los analistas regiones que aparentemente no son importantes, pero pueden ser sobresalientes para la tarea en cuestión (Correa y Ma, 2011, p. 322).

Existen supuestos comunes sobre el ARS, los actores y sus acciones relacionadas son interdependientes, en lugar de ser independientes, con otros actores:

- ❑ Los vínculos entre actores son conductos para la transferencia o el flujo de varios tipos de bienes o recursos materiales y / o no materiales (por ejemplo, fondos, creencias, confianza, enemistad, etc.)
- ❑ Las estructuras sociales se ven en términos de patrones duraderos de vínculos entre los actores.
- ❑ Las interacciones repetidas entre actores dan lugar a formaciones sociales que adquieren vida propia, siguen su propia lógica y no pueden reducirse a sus partes constitutivas, aunque sigan dependiendo de esas partes.
- ❑ La ubicación de los actores en la estructura social (es decir, su ubicación estructural) afecta sus creencias, normas y comportamiento observado
- ❑ Las redes sociales son entidades dinámicas que cambian a medida que los actores, subgrupos y vínculos entre los actores entran, se forman, se van o se eliminan de la red.
- ❑ El ARS supone que los actores no toman decisiones de manera autónoma; en cambio, están sustancialmente influenciados por el comportamiento y las elecciones de otros actores (Wasserman y Faust 1994; Everton, 2018).

Los datos de la red se diferencian de los datos convencionales porque estos describen una relación entre actores, y eso facilita su ubicación y posición ocupada en términos de la relación. Los analistas de redes suelen observar el mundo como un conjunto de unidades interconectadas. Entendiendo que cada conjunto de relaciones combinándose crea patrones emergentes de conexiones entre las personas, grupos y cosas. De tal manera, el enfoque del ARS está entre, y no dentro, los nodos que interactúan. Todo lo anterior, ayuda a orientar la perspectiva de redes enfocada en las medidas que describen la ubicación de cada actor o nodo dentro de la estructura de todas las relaciones en la red.

1) el posicionamiento de nodos y enlaces en un diagrama debe facilitar la legibilidad de la red; 2) el posicionamiento de los nodos debería ayudar a descubrir cualquier capacidad de agrupación inherente de la red, es decir, si un determinado grupo de nodos se considera un clúster, el usuario debería poder extraer esa información del diseño; y 3) la posición de los nodos debe dar como resultado una imagen confiable de representación de la red social, o, en términos sencillos, la visualización no debe mentir. (Correa y Ma, 2011, p. 310)

El ARS permite establecer los relacionamientos entre actores sociales, denominados en el lenguaje de redes como *nodos*, lo cual tiene es útil para adquirir conocimientos sobre los patrones de comportamiento. De igual manera, “ayuda a determinar que necesitan para expandirse y cómo pueden replicarse las redes. Posibilita una medición estadística de los actores relacionados en

una red (indicadores relacionales)” (Luján, 2021, p.445). A este respecto, Everton (2018), sostiene lo siguiente:

Los analistas pueden medir el tamaño de una red (el número de actores en una red), su distancia promedio (la longitud promedio de las geodésicas entre todos los actores en una red) y su diámetro. Dos de las medidas topográficas más comunes son la densidad y la centralización. (p.66)

Las dos medidas enunciadas por Everton revisten gran importancia en el ARS. Según Hansen et al. (2011) la densidad es una métrica de red agregada utilizada para describir el nivel de interconexión entre un conjunto de actores. La densidad resulta del conteo del número de relaciones observadas presentes en una red dividida por el número total de relaciones posibles. Para estos autores “es a su vez una forma cuantitativa de capturar importantes ideas sociológicas como cohesión, solidaridad y afiliación” (p. 40). En tanto, la centralización es para estos autores una métrica agregada que caracteriza la cantidad en la que se centra la red en uno o solo unos pocos nodos importantes. Para Hansen et al. (2011) las redes centralizadas “tienen muchos bordes emanados de unos pocos vértices importantes, mientras las redes descentralizadas tienen muchos vértices con muchas interconexiones. Estudios convencionales muestran que las personas están conectadas con similares por atributos como ingresos, nivel educativo, afiliación religiosa y edad”.

El planteamiento de Hansen et al. (2011), permite enfatizar en la importancia que tiene el carácter relacional si se recuerda que los hechos sociales están basados en relaciones entre individuos, formaciones o entidades sociales. Para Lozares (2005) lo social no se conforma solo mediante categorías generales o atributos individuales, como los enfatizados por Hansen et al. (2005), también a través de los vínculos entre los actores, aunque estos no establezcan relaciones directas. Esta dinámica relacional determina que los actores construyan y adquieran su identidad social, así como su posición y estatus, elementos que son considerados como categorías (atributos y variables) sociales construidas desde la relación y no lo contrario.

Madariaga y Ávila (2012) encuentran similitud en lo planteado por Lozares (2005), respecto a lo argumentado por “Wellman (1999) quien considera que las estructuras de relaciones tienen un poder explicativo más importante que los atributos personales. (...) Considera que el ARS centra su estudio en la determinación de las estructuras de relaciones que los individuos establecen” (p. 99).

El ARS mapea y mide (cuantifica) las relaciones y los flujos entre personas, grupos, organizaciones, computadoras u otras entidades de procesamiento de información/conocimiento (Barnett, 2011). Mide empíricamente cómo está estructurada la red y a través de la interpretación sugiere cómo las propiedades estructurales pueden afectar el comportamiento de los participantes (Barnett, 2011). En tal sentido, el objetivo de los modelos estadísticos es explicar la probabilidad de la estructura observada de una red total, es decir, la organización de lazos entre los actores (De la Rúa, 2005, p. 152).

El ARS posibilita determinar el tipo de red existente derivada de la evaluación (niveles, grado de complejidad, etc.), así como los actores que la integran (funcionarios, académicos, planificadores, políticos o usuarios, por ejemplo), el relacionamiento entre estos, y en el caso de redes de servicios cómo a los usuarios los impactaran los resultados (Luján, 2021). El ARS puede contribuir a determinar los factores facilitadores y restrictores, para crear estrategias y sostener procesos de cambio, respecto a la implementación de programas y su evaluación, así como aquellos factores que restringen la expansión de una red, por ejemplo.

Freeman (2004) entiende que el ARS se caracteriza por cuatro aspectos: 1) está 'motivado por una intuición estructural' y se centra en los vínculos entre los actores en lugar de sobre los atributos de estos; 2) se basa en acopio de datos sobre esos vínculos; (3) se basa en visualizaciones a través de gráficos; y 4) trabaja con base en herramientas matemáticas/computacionales para dar sentido a la cantidad de información sobre todos esos lazos (p. 3).

Fredericks y Durland (2005) consideran que existen al menos tres líneas principales de investigación en las aplicaciones del ARS: 1) el análisis de las estructuras totales o redes completas; 2) el abordaje de los subconjuntos formados dentro de la estructura total del grupo; y 3) la investigación de los "puntos", "vértices", "nodos" o individuos que forman la red, entre las cuales se encuentran las redes sociocéntricas y egocéntricas.

Los estudios sobre redes sociocéntricas requieren que los conjuntos de actores, aquellos que influyen y los que están siendo influenciados se observen directamente. Porque así hacen obtiene un mayor número de datos. Los estudios sociocentristas en redes son más raros. No obstante, a menudo producen más ideas novedosas y adecuadas para demostrar la cualidad emergente de una red en particular (Smith y Christakis, 2008).

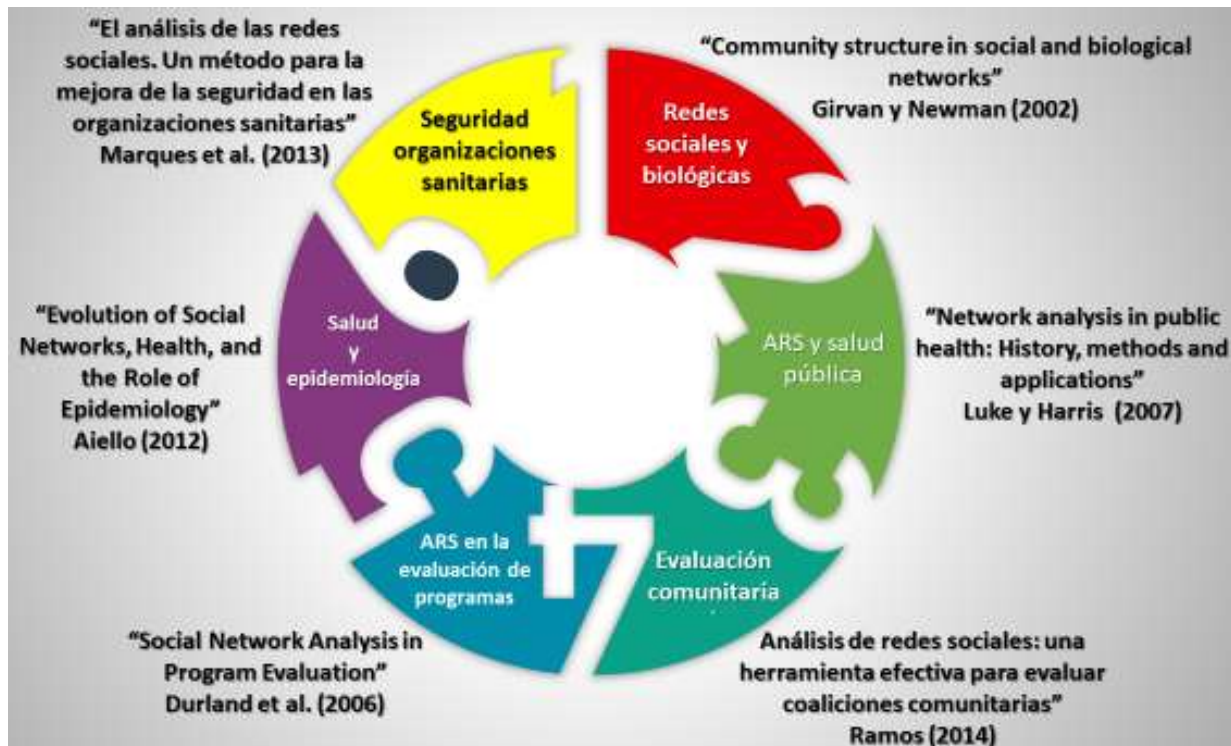
Cárdenas (s.f.b) sostiene que “cuando usar redes socio-céntricas (completas) – Si el fenómeno de interés ocurre dentro de un espacio social delimitado – Si los miembros de una población NO son independientes y tienden a interactuar entre sí” (p. 18).

3.1.13.3 Evidencias del Análisis de Redes Sociales en salud

La idea de analizar las redes sociales, compuestas por los relacionamientos entre amigos, organizaciones o instituciones, es cada vez más una forma importante de pensar el mundo moderno. El ARS en Europa y Estados Unidos desde hace varias décadas ocupa un lugar importante en la práctica científica de decenas de investigadores porque entre otras cosas ayuda a identificar posiciones centrales y periféricas para fortalecer y mejorar las condiciones de los relacionamientos. El ARS se ha aplicado a casi todas las áreas de investigación en salud, incluido el comportamiento médico y los enfoques de enfermedades infecciosas hasta enfermedades crónicas: “toma de riesgos en adolescentes, obesidad y actividad física, acoso escolar, comunidad investigación participativa, difusión de políticas, relaciones inter organizacionales, y coaliciones comunitarias, entre otros” (Valente y Pitts, 2017). Para estos autores las redes también son factores significativos que afectan la evaluación de todas las intervenciones de salud pública, al menos de tres formas: a) estimando el desbordamiento o el contagio efectos; b) la comprensión de la verdadera prevalencia, y c) la medición de la moderación y la mediación de los efectos de los programas (Valente y Pitts, 2017).

No son pocos los estudios que en el mundo han tratado en términos de redes el tema de la salud y los problemas sociales en salud. En tal sentido, la figura No. 9 registra una muestra exigua de algunos estudios sobre redes sociales, realizados en Europa y Estados Unidos en el nuevo milenio, enfocados en el tema de la salud, a partir de diversos enfoques y perspectivas teóricas y analíticas:

Figura No. 9 Algunos campos de acción y estudios representativos de ARS en salud



Fuente: elaboración propia (2023).

El ARS a nivel internacional se ha utilizado para analizar redes sociales digitales en salud, en temas como la prevención de enfermedades cardiovasculares, salud digital, obesidad, atención centrada en los pacientes, educación de los pacientes en diversas condiciones y el autocontrol, contribuyendo con evidencias en temas como la evaluación de programas de salud; la selección de agentes de salud y mediadores comunitarios a través de indicadores de redes sociales; modelos de difusión de la innovación en campañas de prevención y promoción de la salud; teorías de la difusión de innovaciones utilizadas en campañas de prevención y en la difusión de mensajes de salud; y el análisis de datos relacionales utilizados para guiar las estrategias de mediación de la comunidad, agentes de salud y otras acciones con efecto multiplicador. Bajo esta lógica, el investigador puede modelar la estructura de la red mediante el sistema de nodos y enlaces, y el pensamiento estructural en red, modelándose las relaciones entre los individuos en una red mediante sus propiedades relacionales (dependencias entre enlaces de red). Los modelos a nivel relacional establecen inferencias sobre los vínculos que unen a los individuos u organizaciones.

El ARS por su potencial desplegado para capturar la estructura, la composición y los patrones de interacción, es capaz de modelar los diferentes sistemas sociales que inciden en la salud en materia de salud pública (Luke, 2005). De igual manera, el ARS se ha utilizado ampliamente en las ciencias de la salud, mediante métodos de red para modelar la transmisión de enfermedades (Rothenberg et al., 1998).

Christley et al. (2005), determinaron que las redes sociales inciden considerablemente en la forma como se transmiten enfermedades como el VIH, considerando condiciones específicas de la red como la centralidad de los individuos contagiados, las dinámicas de relaciones y la estructura misma de la red, los cuales operan como elementos predictivos de una infección.

El estudio de las redes y su relación con la salud como componente esencial de la calidad de vida ha mostrado rendimiento en materia de ARS con diversos grupos étnicos. El caso de los adultos mayores reviste una tendencia a estudiar las redes de poblaciones vulnerables, la mayor parte de los estudios en torno a esta población se enfocan en el ARS desde la perspectiva de la salud general y su bienestar (Ávila y Madariaga, 2012, p. 59).

El interés por aplicar el análisis de redes sociales en salud pública está creciendo. Los investigadores no suelen utilizar los métodos o la teoría del ARS para informar las intervenciones (Shelton et al., 2018; Franco et al., 2020).

Si bien estos estudios han ampliado nuestra comprensión del papel que juegan las redes sociales en la salud, ha habido menos investigación que haya investigado la aplicación del ARS para informar las intervenciones relacionadas con la salud (Franco et al., 2020).

Algunos enfoques actuales sobre la investigación de detección comunidades, establecen la centralidad de la información local de la red, a través de la utilización de procesos algorítmicos como el paseo aleatorio (*Random Walk Processes*), los cliques, o el reconocimiento de nodos influyentes o líderes, lo cual se suele clasificar en la literatura especializada como métodos locales (Shahriari et al., 2019). A partir de los datos adecuados es posible también identificar las dinámicas de la red a través del paso del tiempo y poder establecer su evolución gradual con el fin de realizar un análisis y posibles predicciones. En este campo de estudio, las comunidades devienen primarias respecto a su análisis, detección, mapeo, evolución, predicción, herramientas y aplicaciones de soporte.

Introcaso (2005) en España asegura que el valor del ARS en la evaluación de proyectos e intervenciones en salud es elevado. Reconoce que “el análisis de redes se puede utilizar para

desarrollar y respaldar las relaciones de red, así como para crearlas intencionalmente, todo con el propósito de generar aprendizaje compartido o un significado compartido”. La importancia del ARS se expresa a partir de su capacidad de explicar los niveles de complejidad de las articulaciones sociales y los procesos y relaciones en un contexto social.

En Estados Unidos los investigadores Harris et al. (2008) realizaron un estudio de colaboración, cooperación e intercambios inter-organizacionales para mejorar la comprensión de la prestación de servicios de salud. Para este estudio de las relaciones inter-organizacionales entre agencias asociadas clave en ocho programas estatales de control del tabaco en Estados Unidos emplearon el ARS. Los resultados permitieron establecer que existe una agencia líder altamente central en las relaciones de todo el conjunto, aunque se evidenció una estructura organizativa común a nivel general. Según Harris et al. (2008), sus conclusiones indican que el ARS puede contribuir a mejorar la capacidad de los programas investigados, y también permite desarrollar estrategias organizativas y evaluativas eficaces aplicadas a los diversos sistemas de salud pública.

Stoebenau y Valente (2003) mediante el empleo del ARS mejoraron la difusión de mensajes y la implementación de programas y proyectos de salud comunitaria. Utilizaron técnicas derivadas del ARS a través de cuestionarios aplicados a 159 mujeres y hombres con el propósito de investigar sobre la distribución comunitaria de anticonceptivos.

El empeño por estudiar las perspectivas metodológicas, aplicaciones prácticas y conceptos del campo de la salud y la medicina con aplicación al ARS, se evidencia en el trabajo de Valente (2010), respecto al análisis de información derivada de las redes analizadas:

1) La identificación de líderes de opinión o actores clave; 2) la identificación de grupos; 3) la identificación de líderes dentro de grupos o creación de parejas líder-aprendiz; 4) el muestreo o reclutamiento de bola de nieve; 5) las redes de recableado (cambio); y 6) las redes y sus atributos. (Luján, 2021, p. 448)

Lefebvre y Bornkessel (2013) encontraron que muchas innovaciones tecnológicas como los blogs, los *podcasts*, los medios interactivos y en general los sitios de redes sociales digitales permiten a diversos actores sociales crear, publicar y compartir sus propios mensajes, conocimientos, experiencias y contenidos relacionados con la salud a través de la utilización de las tecnologías disponibles y las plataformas de comunicación social digital. Los investigadores

consideran que estos mensajes ahora pueden ser compartidos con una mayor eficiencia y un mayor impacto en los niveles de interacción entre pacientes, organizaciones y profesionales de la salud.

Latinoamérica no presenta, como si ocurre en Estados Unidos y Europa, centros de investigación de alto nivel en los cuales se aborde en el campo de la salud el ARS como una opción metodológica. Los siguientes son algunos centros de investigación de alto nivel, ubicados en Europa y Estados Unidos, en los cuales el ARS se aplica en el campo de la salud.

En Estados Unidos figuran el Duke Network Analysis Center (DNAC)¹¹ de la Universidad Duke, el cual incluye la línea de investigación The Social Networks and Health Scholars Training Program, dedicada al sector de la salud. El International Network for Social Network Analysis (INSNA)¹² ha desarrollado importantes aplicaciones del ARS en el campo de la salud, publicadas en su reconocido *Journal Connections*, instancia académica de esta prestigiosa asociación de investigadores (Luján, 2021, p.458).

El EPSRC Centre for Mathematics of Precision Health Care se encuentra adjunto al Imperial College London e incluye al Social network analysis for health policy, el cual trabaja una línea de trabajo sobre el ARS aplicado la política de salud. A este espacio se encuentran asociados investigadores de la Universidad de Oxford, entre otras universidades¹³.

El Minnesota Department of Health y su Center for Public Health Practice¹⁴ trabaja con base en una sólida línea de investigación social que realiza aplicaciones de ARS a organizaciones sociales en salud en aspectos metodológicos como encuestas de personales, mapeo de conexiones del personal, y la búsqueda de agrupamientos naturales, conexiones y cuellos de botella, los cuales tienen un amplio campo de aplicaciones prácticas presentadas por este centro. El Mailman School of Public Health de la Universidad de Columbia¹⁵ oferta entre sus diversos métodos un portal especialmente dedicado a los métodos de salud poblacionales, mediante una

¹¹ <https://dnac.ssri.duke.edu/>

¹² <https://www.insna.org/about-us>

¹³ <http://www.imperial.ac.uk/mathematics-precision-healthcare/research/social-network-analysis-for-health-policy/>

¹⁴ <https://www.health.state.mn.us/communities/practice/resources/phqitoolbox/sna.html>

¹⁵ <https://www.mailman.columbia.edu/research/population-health-methods/social-network-analysis>

plataforma educativa sobre metodologías innovadoras en salud de la población y las ciencias sociales, comportamentales y biológicas.

Harvard T.H. Chan School of Public Health de la Universidad de Harvard¹⁶ incluye el Onnela Lab dirigido por Jukka-Pekka “JP” Onnela, especializado en una amplia variedad de aplicaciones de ARS que comporta la bioestadística, la geografía, la sociología, la epidemiología social, y demás ciencias comportamentales. Este Centro está consagrado al estudio de las representaciones en red de fenómenos físicos, biológicos y sociales, a través de redes sociales y biológicas, y su conexión con la salud humana.

El Institute for Data, Systems, and Society del MIT¹⁷, presenta una extensa gama de aplicaciones de ARS a la investigación en salud mediante programas doctorales, programas de política y tecnología, estadísticas y ciencias de datos, y demás disciplinas analíticas (Luján, 2021, pp. 459-460).

Estos centros de investigación cuentan en sus equipos con profesionales de las ciencias sociales, particularmente con sociólogos. La prominencia de los sociólogos en el estudio de las redes sociales, a partir del decenio de 1970 se ha incrementado. La participación de los sociólogos en el estudio de los efectos de red sobre la salud se ha incrementado y es un avance positivo, porque consideran que la perspectiva sociológica ofrece un análisis específico para dilucidar cómo la información y la influencia se difunde, cómo las redes trabajan en general, y cómo las redes sociales impactan la salud (Smith y Christakis, 2008). Para estos autores “los sociólogos también aportan particularmente consideraciones que arrojan luz sobre cómo la raza, el género y la clase pueden interactuar en procesos de red para producir y mantener desigualdades en salud relevantes para las políticas” (p. 406).

Smith y Christakis (2008) sostienen que debido a la escasez de datos y a los desafíos metodológicos, estudios respecto a cómo las redes sociales impactan la salud son más difíciles y menos comunes que los estudios de apoyo social.

¹⁶ <https://www.hsph.harvard.edu/onnella-lab/>

¹⁷ <https://idss.mit.edu/about-us/>

3.1.13.4 Experiencias en Latinoamérica

El campo de la salud en Latinoamérica respecto al tema de redes sociales ha presentado mayoritariamente un trabajo enfocado en los siguientes ámbitos de abordaje: 1) análisis de las redes de apoyo social en salud, para adultos mayores; 2) en el análisis de las redes de prestación de servicios en salud, evidenciándose en la gran mayoría abordajes no formales del análisis de redes sociales; y 3) análisis de los efectos de las redes sociales virtuales, para la salud mental de los adolescentes (Luján, 2021).

La relación entre redes sociales y salud fue alentada desde el momento en que se entendió la salud como fenómeno social, producto de interacciones humanas y diversos procesos políticos, económicos y socioculturales. A partir de la década de 1980 la tendencia a superar la concepción simplista de la salud como negación de la enfermedad a una visión más compleja en la que la salud comenzó a definirse a partir de una serie de determinantes sociales, culturales, afectivos, económicos, etc. De tal manera diferentes enfoques y posibilidades del ARS se han desarrollado en distintos estudios en salud. Disímiles cuestiones de salud han requerido abordajes que van desde mapeos, análisis territoriales con redes asociativas locales, análisis de sistemas de salud, pasando por el análisis de las dinámicas relacionales de las redes con enfoque de género, redes de profesionales, hasta su contribución en el impacto de los procesos de información, educación y comunicación en salud, entre otros, sin obviar que la noción de redes en salud ha estado ligada también a ámbitos de trabajo como las redes integradas de servicios de salud, las redes de usuarios, y las redes de colaboración y participación social en salud, entre otras.

El trabajo en redes en el sector salud es un instrumento de planificación estratégica territorial con base en la intervención del proceso salud-enfermedad, potenciando la capacidad resolutive en atención del individuo, la familia y la comunidad. En la organización por niveles de resolución se presenta como estructura organizativa y funcional que da respuestas regulares e integradas con responsabilidades definidas y articuladas que integran los lineamientos del órgano rector (Ministerio de Salud y Desarrollo Social) y sus direcciones o corporaciones regionales, sin ser servicios ni estructuras físicas. (Castillo, 2002)

Algunas exploraciones presentan el ARS como una posibilidad metodológica capaz de afrontar el reto del estudio de las asociaciones comunitarias de manera eficaz. Las metodologías mixtas, las técnicas de investigación cualitativas y la información obtenida del ARS posibilitan realizar balances estructurales de las coaliciones comunitarias en el campo de la salud, a través de su funcionamiento, sus tipos de relaciones y los límites formales de la red (Ramos, 2015). El ARS quizá de manera más informal empieza a ser considerado en Latinoamérica en la década de

1990, aunque desde el decenio de 1970 ya se había tenido acercamientos desde metodologías similares (Espinoza, 2005).

En Argentina existen equipos de investigación desde finales de la década de 1990, los cuales desarrollaron investigaciones utilizando ARS aplicadas a temas de salud y alimentación, economía local, desastres naturales, y ordenamiento territorial de bosques nativos, entre otros (Luján, 2021). Entre los equipos de investigación reconocidos en este campo figuran el ARS La Plata de la Universidad Nacional de La Plata y el IDIP, y el grupo ANTROPOCAOS de la Universidad de Buenos Aires (Teves y Pasarin, 2014).

El ARS en México presenta diversas líneas de investigación activas respecto a factores derivados de la promoción de la salud y los cuidados socio sanitarios (Ramos et al., 2014). Existen ejemplos respecto al abordaje investigativo sobre las redes personales para la implementación de estrategias de atención socio médica (Terán, 2009), y en torno a las redes de apoyo para la atención y el apoyo social en una comunidad transnacional (Lizardi, 2010).

La Sociedad Chilena de Ciencia de las Redes Sociales (CHISOCNET)¹⁸, la cual está activa, agrupa a especialistas en ciencia de las redes y promueve la aplicación de distintos tópicos mediante el ARS. Pese a no existir una comunidad formal de la ciencia de las redes sociales en ese país, el trabajo realizado se efectúa en campos variados que incluyen el área de la salud. El panorama histórico en Chile, a propósito del ARS y sus aplicaciones, se remonta en sus comienzos al decenio de 1990 con la aparición profesional del ARS en la academia chilena, según Gaete y Pino (2014).

Luego de una revisión documental con el objetivo de analizar el abordaje del tema de redes sociales en el campo de la salud en Latinoamérica, con especial énfasis en Colombia, y con un horizonte temporal delimitado (2000-2019), se encontró como resultado 111 artículos seleccionados que cumplieron con cuatro criterios de inclusión:

- 1) porque incluía en su título la especificidad del tema de análisis de redes sociales relacionado con temas de la salud; 2) porque incluía en su título la relación del tema de redes sociales con los de salud; 3) porque incluía en las palabras clave, redes sociales; y 4) porque se trataba de documentos completos. (Luján, 2021, p.453)

¹⁸ <http://www.chisocnet.org/chisocnet/>

El hallazgo registró a Brasil como el país en el cual se identificó el mayor número de artículos publicados (47, 42.3%), seguido de Colombia, (20, 18%), Cuba (15, 13.5%), México (15, 13.5%), Chile (7, 6.3%), y Argentina (3, 2.7%) (Luján, 2021).

El campo del ARS en Brasil, según Grapegia Dal Vesco et al. (2014), está relacionado históricamente a la gestión del riesgo y a las perspectivas derivadas del control de la gestión en el ámbito organizacional. Otras experiencias como los estudios de Fontes y Dornelas (2008) evidencian el análisis realizado de la posición de los individuos en las redes asociativas locales, su estructura, grado de centralidad, la capacidad de articulación de los actores y su inserción comunitaria, así como la capacidad de inserción del Programa de Salud de la Familia (PSF) en la red de sociabilidad del territorio en que interactúan diferentes actores. En tanto, Barreto et al. (2014) analizaron la presencia en la web de instituciones brasileras en una red internacional de instituciones de investigación en el campo de la salud, a partir de la combinación de análisis y técnicas webmétricas, especialmente de interlinks con ARS. Krenkel et al. (2015) se enfocaron en aspectos teóricos-metodológicos con los cuales comprender la dinámica relacional de las redes sociales significativas de las mujeres víctimas de violencia familiar.

Antunes da Costa et al. (2017), en su estudio llevaron a cabo un método de georreferenciación y análisis de sistemas de asistencia a los usuarios de drogas basado en tecnologías y procesos de libre acceso que pueden ser utilizados en diferentes escenarios, así como el ARS, aplicando la técnica de muestreo de bola de nieve. Krenkel et al. (2015) en su estudio enfocaron sus esfuerzos teóricos-metodológicos para comprender la dinámica relacional de las redes sociales significativas de las mujeres víctimas de violencia familiar, entendiendo este hecho como un problema de salud pública. Marteleto (2010) describe y analiza los diferentes esfuerzos por trabajar el ARS, respecto a los fenómenos de información en Brasil, enfatizando en el tema en el campo de la salud, identificando a partir de Strotz (2009), que es posible estudiar las redes sociales en salud como:

- a) Apoyo social: estudios sobre seguimiento del tratamiento, control de enfermedades, nutrición, envejecimiento, prevención de riesgos, como embarazo y enfermedades de transmisión sexual; b) solidaridad: estudios sobre la acción de las personas seropositivas al VIH / SIDA; c) centrándose en políticas sociales - Programa de Salud de la Familia; d) gestión de políticas y articulación de intereses: estudios sobre ciudades saludables y políticas para combatir la pobreza; y e) compromiso social (estudios sobre la acción de los adolescentes). (p. 31)

Gomide y Grossetti (2010) plantean y desarrollan una discusión sobre la importancia de las relaciones interpersonales en la implementación de programas de salud basados en el ARS, y proponen que las investigaciones dirigidas a comprender las fluctuaciones en el rendimiento de los programas de salud incorporen esta perspectiva para apoyar la toma de decisiones. Gomide y Grossetti (2010), siguiendo a Varanda (2007), reconocen que el ARS “constituye un instrumento de análisis social cuyo potencial, la sistematización y el rigor, han sido reconocidos durante casi cuatro décadas en todo el mundo” (p. 208).

Lima y Rivera (2010), analizaron cómo se aplica la metodología de ARS en estudios cuyo ámbito es la Atención Primaria de Salud (APS). Los autores concluyen que el ARS como método puede estudiar los procesos de trabajo en equipo y atención al usuario, en una perspectiva relacional. En este sentido, el ARS “puede ser un elemento capaz de contribuir a la efectividad de la interdisciplinariedad y vocación de la profesión, con miras a mayor equidad y acceso universal a las acciones de salud” (p. 334).

David et al. (2018), en su estudio analizaron cómo se aplica la metodología ARS en estudios cuyo ámbito es la Atención Primaria en Salud, los resultados obtenidos indican que las publicaciones tienden a concentrarse en los últimos cinco años, y que la metodología de ARS es más utilizada en países de habla inglesa. El estudio concluye que el ARS tiene potencial para evidenciar estructuras y flujos relacionales en Atención Primaria de Salud, siendo de interés para estudios en salud colectiva y de enfermería. “Los estudios basados en el ARS se presentan como una posibilidad que puede evidenciar relaciones interpersonales, estructuras relacionales institucionales, y sus influencias sobre los procesos de salud-enfermedad-atención” (p. 114).

Pinheiro et al. (2010), en su estudio analizaron la red interpersonal de los integrantes de un equipo de enfermería que trabaja en una unidad de hematología. Este estudio empleó la metodología de ARS, y utilizó los programas UCINET 6.123 y NETDRAW 2.38. El ARS permitió aprender sobre la estructura del grupo “fue posible hacer consideraciones sobre la posición ocupada por los individuos y sobre el núcleo de relaciones constituidas alrededor cada uno de ellos” (p. 828).

Mangia y Muramoto (2005) en su artículo proponen una revisión de los aportes teóricos y contribuciones del ARS para el campo de la salud. De tal manera, mencionan diversos estudios realizados, respecto a diferentes patologías, a partir del ARS.

De Lima y Gomide (2019) efectuaron su estudio con un abordaje en ARS, para lo cual se realizó la construcción y análisis de las redes personales de usuarios de fitoterapia de una Unidad Básica

de Salud en Río de Janeiro, Brasil. “A través del ARS fue posible comprender mejor de qué forma se da la relación entre actores, también de qué forma se da el flujo de información sobre el servicio de fitoterapia en un periodo de tiempo investigado” (p.250).

Neves da Silva y Kliemann (2009), demostraron las contribuciones del ARS al sistema de salud, identificando patrones y estructuras en la red de servicios, a través de un estudio de caso de las Unidades de salud de VIH / SIDA en la ciudad de Porto Alegre - Brasil. Rodrigues y Gomide (2015), demostraron que la aplicación del ARS permitió identificar cadena de flujos de información y comunicación establecidas. Identificaron diferentes aspectos a partir del ARS (cadenas de relaciones entre profesionales, conexiones informales, debilidades en la rutina operativa), se desarrollaron aspectos clave (construcción de sociogramas representativos de enlaces -conexiones fuertes, frágiles, formales e informales, además de relaciones rotas-, integración de sociogramas para la construcción de la red colectiva).

Los estudios hallados en Latinoamérica sobre redes sociales, trabajados en este campo, se han enfocado en un alto porcentaje en el análisis de los efectos de las redes sociales virtuales, para la salud mental de los adolescentes; en las redes de apoyo social en salud, para adultos mayores; y en el análisis de las redes de prestación de servicios en salud. evidenciándose en la gran mayoría abordajes no formales del análisis de redes sociales.

El uso de la metodología ARS puede aportar una diversidad de posibilidades y acciones que benefician la identificación de los principales implicados en los procesos de mediación, acelerar el flujo de conocimiento e información, y a su vez la propagación de nuevos conocimientos, así como los lazos contruidos y las dinámicas de las redes sociales. La aplicación del método ARS requirió crear una simulación para establecer los valores en el contexto de los relacionamientos entre actores, que a su vez conforman una comunidad (red) estudiada, la cual es constituida por organizaciones sociales e instituciones de salud. Se desarrolló una estadística descriptiva, y lo que se midió en conformidad fueron los relacionamientos. El análisis de centralidad proporcionó estadísticas interesantes sobre la red. Útil para representar la distribución de las métricas de redes sociales. El ARS es un amplio conjunto de métodos para el estudio sistemático de la estructura social (Degenne y Forse, 2004; Cárdenas, 2017; Everton, 2018).

El ARS es un instrumento de naturaleza inductiva de la investigación social, con el propósito de identificar los tipos de actores, midiendo sistemáticamente el comportamiento relacional de estos actores. Medir tales relaciones, o el intercambio de recursos, permite comprender las interdependencias y asimetrías que existen en toda acción colectiva (Varanda, 2007).

El ARS metodológicamente permite establecer los relacionamientos entre actores sociales, denominados en el lenguaje de redes como *nodos*, lo cual tiene es útil para adquirir conocimientos sobre los patrones de comportamiento. De igual manera, “ayuda a determinar que necesitan para expandirse y cómo pueden replicarse las redes. Posibilita una medición estadística de los actores relacionados en una red (indicadores relacionales)” (Luján, 2021, p. 445).

El ARS se ha utilizado en el campo de la salud en numerosos temas como la prevención de enfermedades cardiovasculares, salud digital, obesidad, atención centrada en los pacientes, educación de los pacientes en diversas condiciones y autocontrol, evaluación de programas de salud, selección de agentes comunitarios en salud, modelos de difusión de la innovación en campañas de prevención y promoción de la salud, teorías de la difusión de innovaciones utilizadas en campañas de prevención y en la difusión de mensajes de salud; y el análisis de datos relacionales utilizados para guiar las estrategias de mediación de la comunidad.

El campo de la salud en Brasil, respecto al tema de ARS, se ha enfocado mayoritariamente en los siguientes ámbitos de abordaje: 1) análisis de las redes de apoyo social en salud, para adultos mayores; 2) análisis de las redes de prestación de servicios en salud; y 3) análisis de los efectos de las redes sociales virtuales, para la salud mental de los adolescentes, evidenciándose en la gran mayoría de los estudios abordajes no formales del análisis de redes sociales.

3.1.13.5 Colombia y el ARS en salud

La noción de redes en salud está ligada a diferentes ámbitos de trabajo. Por tanto, es importante comprender qué tipos de redes existen y cuál se considerará en este trabajo: a) redes integradas de servicios de salud (RISS); b) redes de usuarios; y c) redes de participación comunitaria en salud. A esta última es a la cual se refiere esta investigación. A cualquiera de estos enfoques subyace la idea de articulación, integración y participación para lograr objetivos comunes como la prestación de servicios oportunos y óptimos, el bienestar integral poblacional, y el desarrollo de planes territoriales en salud. El tema de redes sociales abordado en Colombia por parte de investigadores en temas de la salud se ha desarrollado como en Latinoamérica, en general, a partir del auge de las redes sociales virtuales, y en este ámbito se han estudiado las patologías que su uso y abuso producen (Luján, 2021).

Reynoso (2010), distingue las redes sociales virtuales de última generación (Facebook, Twitter, Instagram, y demás), de las redes sociales de segundo orden (RSSO), tanto por su posicionamiento histórico como por su contingencia y virtualidad.

Algunos grupos de investigación en Colombia han trabajado enfocados en el ARS con base en líneas de trabajo de la salud como campo de indagación. No obstante, es inexistente un *corpus* de referencias que informen que trabajos aplicaron el ARS en el país, tampoco se evidencia sobre los formalismos requeridos e implementados en estudios prácticos (Luján, 2021). Aunque se mencionan grupos de investigación, no se documentan estudios que permitan considerar aplicaciones en este terreno. Solo se ha identificado un caso en el que se menciona una propuesta de articulación de una red de salud virtual aplicada a un estudio de caso en un departamento colombiano (Méndez y Lozano, 2012).

El desarrollo del ARS en Colombia es incipiente, es un campo de conocimiento aún por explorar en su totalidad, y el área de la salud no es ajena a esta realidad. Se requiere una mayor divulgación del tema, sus propósitos, metodología, teoría, fortaleza analítica y alcances desde la etapa de formación, y en ello son clave las Facultades de Salud de las universidades en todo el país.

El trabajo en red en salud en Colombia puede beneficiarse mediante el enfoque de ARS, si se tienen en cuenta los siguientes aspectos: a) es útil en la medida que mejora el conocimiento de la estructura comunitaria; b) analiza la expansión o contracción de la red de trabajo en salud, a través del tiempo; c) incrementa la capacidad de pensamiento crítico de los actores de una red; d) identifica los factores facilitadores o restrictores para afianzar los relacionamientos entre actores; e) evidencia y visibiliza la existencia de posibles redes negativas que afectarían los procesos y desarrollos del trabajo en red en salud; y f) optimiza la comprensión de los resultados de los programas desarrollados. Esta información es útil porque facilita el diseño de intervenciones estructurales que las autoridades en salud pueden realizar (análisis de red de promoción socio-sanitaria, por ejemplo).

El ARS puede establecer si existe un incremento de la densidad de la red, si se reduce el número de actores aislados y sí el aumento de la reciprocidad ayuda a mejorar el desempeño de relacionamientos estratégicos en la red. Mediante el ARS puede reconocerse la interdependencia entre los actores y sus debilidades y/o fortalezas para ejercer procesos de integración y colaboración social.

La forma en que se utilice el ARS en un territorio puede ser útil para adelantar experiencias en otros territorios que trabajan para desarrollar su capacidad conforme el abordaje de una amplia gama de problemas de salud identificados mediante redes de trabajo en salud. Las redes comunitarias locales potencian los capitales sociales para compartir información y aprender experiencias de trabajo en temas relacionados a la población de adultos mayores y/o discapacitada.

3.1.13.6 Trabajo en red en salud: un cambio de paradigma

El trabajo coordinado entre instituciones de salud y organizaciones sociales en los territorios ha existido desde hace varias décadas. Se identificó por parte de las autoridades de salud la necesidad de contar cada vez más con la participación de la comunidad, como componente activo y determinante en el desarrollo de la salud colectiva, un aliado estratégico en el desarrollo idóneo de cualquier programa, proyecto, actividad o acción planificada en salud. Ese tipo de trabajo es el que podemos denominar como *colaborativo tradicional*, que se ha ejercido de manera coparticipativa, en el cual por tradición se ha trabajado casi siempre sin la regularidad y resultados esperados. Suele ejercerse de manera coyuntural, esporádica, sin la prospectiva y trazabilidad que exige el trabajo en red en salud, como estrategia orientada a incidir en los procesos sociales comunitarios en salud.

El trabajo en red en salud no abunda en Colombia, o al menos no se ha documentado ampliamente. Son pocos los estudios que explicitan la idea de trabajo en red en salud en Latinoamérica, con todo el formalismo que este implica, y en ese sentido pocos los disponibles, dada la revisión realizada.

El Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010 de Colombia “define las prioridades y los parámetros de actuación en respuesta a las necesidades de salud, a los recursos disponibles y a los compromisos establecidos por la Nación en los acuerdos internacionales” (Rodríguez, 2009, p. 4). En tal sentido, la cuarta prioridad nacional en salud es la Salud Mental, y para esta se formuló la necesidad de implementar el trabajo en red, una alternativa importante en el desarrollo de las tres primeras líneas de política, en la siguiente forma:

Para la línea de política No.1: Promoción de la salud y la calidad de vida, en el literal (d) contempla la formación de redes de salud mental conformadas por actores institucionales, comunitarios y organizaciones no gubernamentales, para el desarrollo de actividades de promoción de la salud

mental. (...) Las de política 2 y 3: Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud, el literal (b) plantea promover la conformación de redes comunitarias en salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas que favorezcan el tratamiento integral en salud mental, la participación de la familia y los grupos de autoayuda. (Rodríguez, 2009, p. 5)

Posada (2008) en el documento *Propuesta para el Desarrollo de Redes Sociales y Comunitarias de Apoyo en Salud Mental para el Nivel Territorial*, identificaba la necesidad de trabajar en red en salud y definía operativamente el concepto de red: “una red es la integración de instituciones públicas y/o privadas, comunidades o personas que coordinan, comparten e intercambian conocimientos, experiencias y recursos, con el propósito de alcanzar un objetivo común en respuesta a una situación determinada”.

Rodríguez (2009) refiere la necesaria integración de tres procesos estrechamente relacionados para el desarrollo de la Salud Mental en los territorios, principios que se ajustan a cualquier ámbito de aplicabilidad de la salud pública:

a) La organización comunitaria como un proceso mediante el cual las personas se unen para lograr una mayor comprensión de sus realidades y a partir de este nuevo conocimiento iniciar procesos de transformación que mejoren su calidad de vida, generando cambios significativos en cada persona, en las familias y en la comunidad, así como en su contexto y en su territorio; b) La intersectorialidad como un conjunto de intervenciones coordinadas de instituciones de más de un sector social, en acciones destinadas a comprender y abordar situaciones relacionadas con el bienestar y la calidad de vida; c) Las interacciones entre las organizaciones sociales y comunitarias, la comunidad y las instituciones del sector salud y de los otros sectores, en la construcción conjunta de condiciones favorables para el mejoramiento de su salud mental a nivel territorial y local. (p. 8)

Los siguientes documentos se han elaborado formalmente desde la institucionalidad como formulación y orientación para implementar el trabajo en red en salud:

- ❑ El documento *Guía para la implementación del modelo de articulación de redes “TO2ES: Por una Colombia saludable”* del Ministerio de Salud y Protección Social (2014), presenta un objetivo general, respecto al trabajo en red en salud:

Orientaciones a las Secretarías de salud y/o entidades territoriales, para que lideren procesos de articulación y armonización de políticas, planes, programas, proyectos y acciones intersectoriales entre instituciones y redes sociales y comunitarias existentes de carácter público y/o privado, que aporten al desarrollo integral de las comunidades en un marco de derechos. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, p. 7)

El modelo de redes sociales y comunitarias TO2ES, está dirigido a “entidades territoriales, secretarías de salud, actores, sectores y comunidad en general, interesada en promover los modos, condiciones y estilos de vida saludable, para disminuir la edad de inicio y discapacidad que producen las enfermedades No Transmisibles” (p. 8). Es un modelo sistémico que comprende la importancia de las redes sociales y comunitarias que posibilitan relacionamientos que entre diferentes actores suscitan vínculos, interacciones, interdependencias y articulaciones armónicas necesarias para avanzar hacia su sostenibilidad.

Existen tres principios fundamentales que orientan el modelo:

Totalidad. Entiende a las redes sociales y comunitarias existentes como una unidad; Equifinalidad. Señala que el alcance de las metas en los procesos de movilización social a través de las redes sociales y comunitarias, están determinadas por su estructura, es decir conforme a la manera como se encuentren organizadas; y Entropía. La entropía es una medida de desorden, permite pensar en acciones que se implementen entre diferentes sectores, actores y comunidad en propósitos comunes en los entornos, incorporando mecanismos de seguimiento, monitoreo y evaluación que posibiliten el reconocimiento de los avances y resultados. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, p. 10)

Rodríguez (2009), identifica la necesidad de construir un Modelo de Gestión de Redes, entendiendo el modelo TO2ES como una apuesta guiada por las recomendaciones dadas por la OPS, la cual “identifica el trabajo en red como alternativa práctica capaz de presentar resultados a las demandas a través de la generación de una cultura basada en relaciones sociales y políticas horizontales” (OPS-OMS, 2008). Esto último que asevera la OPS, es clave sin duda alguna, ya que son las relaciones de poder asimétricas las que dificultan el desarrollo de los relacionamientos horizontales entre actores, que infortunadamente solo conocen una forma de trabajo tradicional guiado por inveteradas interacciones verticales. A este respecto, Castiblanco et al. (2015), en el documento *Orientaciones para la conformación y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC*, sostienen que “las interacciones de una red exitosa se caracterizan por su horizontalidad, adaptabilidad, apertura, fluidez y espontaneidad generando procesos de concertación y cooperación que propicien un sentimiento de identidad colectiva, capaz de sustentar la ejecución y sostenimiento de proyectos comunes” (p. 1). OPS-OMS (2008), comprenden que fomentar la horizontalidad y los multiliderazgos, para apoyar el desarrollo del trabajo en redes, es clave y que hay países como Brasil que, por ejemplo, “aceptaron el desafío de estimular nuevas relaciones

interpersonales e interinstitucionales que sean democráticas y participativas, capaces de decidir, compartir y estimular iniciativas de multiliderazgos” (p. 9).

- ❑ El documento *Orientaciones para la conformación y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC*, en sus directrices u orientaciones plantea a las autoridades en salud los siguientes objetivos para el desarrollo del trabajo en red en salud en los territorios:

1. Coordinar, compartir o intercambiar información, conocimientos, experiencias. 2. Sumar esfuerzos o crear sinergias y potenciar los recursos que poseen las personas, familias, comunidades, organizaciones o redes. 3. Establecer lazos de cooperación con el propósito de alcanzar un objetivo común en respuesta a una situación determinada. (Castiblanco et al., 2015, p. 2)

Castiblanco et al. (2015), en el documento mencionado sugiere que operativamente se realice lo siguiente:

- Primero se identifique claramente la situación, evento o riesgo que se considera pertinente intervenir o gestionar a través de la dinámica del trabajo en red. Basándose en el proceso realizado para la construcción del Plan Territorial de Salud que establece las prioridades en salud de su territorio y las potenciales alternativas de intervención a través de la participación de los diferentes actores del SGSSS, con especial énfasis en la participación activa de la comunidad y de los otros sectores involucrados de manera relevante en la situación.
- Segundo, que se efectúe un mapeo y caracterización de actores, incluyendo la identificación de los miembros de la red (instituciones, redes existentes, organizaciones, grupos, familias, personas) considerando que en los departamentos, distritos, municipios, localidades y barrios existen diferentes tipos de redes que integran a la mayor parte de los actores con los que se puede trabajar, y una vez identificadas gestionar la incorporación de nuevas temáticas (intervenciones, gestiones en salud).
- El desarrollo analítico permitirá a los actores decidir si se comprometen con la red, y así establecer claramente cuáles y cómo son sus verdaderas y actuales interacciones. A su vez, mediante un proceso de construcción conjunta, determinar cuál es el propósito, visión, misión y objetivos de la red.

- Construir las disposiciones para el desarrollo idóneo de la interacción entre los miembros de la red: espacios y frecuencia de reuniones, conformación de comités, flujos de información, liderazgos, y demás aspectos clave que faciliten la articulación y coordinación de las actividades y el manejo de la red.
 - Garantizar que el liderazgo en el manejo de la red y la coordinación de las acciones debe ser democrático y rotativo, permitiendo relevos entre los miembros y manteniendo la horizontalidad de las relaciones, así como la independencia y autonomía de cada miembro dentro de la dinámica del colectivo.
 - Evaluar el desempeño de la red:
 - Mediante la verificación y evaluación de los indicadores incluidos en el proyecto. También evaluar la percepción de satisfacción, de los resultados o cambios percibidos por parte de la comunidad a través de encuestas, entrevistas, etc.
 - En su estructura e interacciones como red, analizar las estructuras derivadas de las relaciones de la red, lo cual permite conocer el verdadero rol que cada uno desempeña, en términos de su centralidad, intermediación, apertura, entre otros aspectos.
 - Analizar el tipo de relaciones que conforman la red, para conocer aspectos como la intensidad y la frecuencia de los contactos, el carácter proactivo o reactivo de los mismos, entre otros.
- ❑ El documento *Guía para el fortalecimiento y articulación de redes de organizaciones sociales Versión 1.0.* elaborado por la Corporación Somos Más Fundación Saldarriaga Concha, incluye aspectos que casi nunca se explicitan y que es clave conocer y entender para saber cuáles son los factores que pueden impactar negativamente el trabajo en red en salud: desventajas de trabajar en red. Las siguientes son algunas dificultades comunes identificadas para trabajar en red:
- Cada decisión toma más tiempo y esfuerzo.
 - Puede requerir comprometer su posición en relación a ciertos aspectos de temas en discusión.
 - No se recibe reconocimiento individual.
 - Si la red se interrumpe, se divide o se debilita con la salida de uno o más miembros, ello repercute en el desarrollo de las estrategias de la red.
 - No es fácil aprender de los errores, todas las

organizaciones pueden cometer errores, aprender de ellos es importante, así como aceptar ante otras organizaciones que nos hemos equivocado. • Existen personas que quieren ser el centro de atención de las dinámicas de red, esto ocasiona muchas veces intervenciones interminables. Por eso es útil crear mecanismos de visibilidad del trabajo individual y en momentos de diálogos importantes tener unas normas claras que no permitan dejar perder el centro de una buena discusión. • Los grupos cerrados, es importante crear espacios que promuevan la diversidad de actores en los grupos internos de trabajo, a su lado puede estar una organización muy importante la cual usted aún no ha tenido en cuenta. • Muchas veces su organización puede recibir invitación a participar de redes que podrían hacerle perder tiempo a usted y a su organización, es importante definir parámetros que validen o no la participación de su organización en la red. (pp.16-17)

- ❑ El documento *Política de Participación Social en Salud- PPSS, guía planes de acción. Instrumento para la formulación de los planes de acción 2021 Política de Participación Social en Salud- PPSS (2021)*, contiene un instrumento de trabajo para la formulación planes de acción vigencia 2021 PPSS, Resolución 2063 de 2017, tiene el siguiente objetivo: instrumento que orienta la programación de acciones a desarrollar para la vigencia 2021, teniendo en cuenta que es el cuarto año de implementación de la Política, en donde la consolidación de los ejercicios participativos y su incidencia en las decisiones del sector salud, deben ser efectivos y reales en el territorio. Contiene en el Marco Estratégico de la PPSS, el eje 3 *Cultura de la salud*, con la línea de acción 'Promover un programa de formación de formadores comunitarios en salud pública con enfoque de derechos para implementar la PPSS', que tiene como función la implementación de la estrategia: ciudadanos, líderes, veedores, redes de veedurías reconocidas en acciones de control social, y generar reconocimientos a través de canales y medios institucionales a veedores y redes ciudadanas en salud con publicaciones. Generar reconocimientos a través de canales y medios institucionales a veedores y redes ciudadanas en salud.

Existen otros tipos de redes más conocidas en el sector salud. Las redes integradas de prestación de servicios de salud (RISS), integradas por instituciones de salud, brindan servicios de salud pública, como la promoción y prevención de la salud. El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), contiene a las instituciones, entidades públicas y privadas. En tal sentido, el Comité Técnico Ejecutivo de la OMS y la OPS desde junio de 2009, promueven en los países de la región panamericana lo consignado en el artículo III de la Declaración de Montevideo: "Los modelos de atención de salud deben fomentar el establecimiento de redes de atención de salud y la coordinación social que vela por la continuidad adecuada de la atención" (Rodríguez, 2009, p. 3).

El Observatorio Nacional de Salud (ONS), en Colombia, estructuró en 2013 la red de conocimiento en salud pública (RCSP). Misnaza et al. (2022) en su estudio se enfocaron en el ARS y su utilidad para identificar la proximidad entre actores y el grado de conocimiento entre ellos. El objetivo de ese estudio fue realizar un ARS de la red de conocimiento en salud pública (RCSP) del Observatorio Nacional de Salud.

La red de conocimiento en salud es creada por el ONS para integrar a los actores de información de la situación de salud en el país. Con el objeto de realizar de manera conjunta y articulada análisis e investigación en salud pública. Generar productos (documentos) a partir de trabajo colaborativo, y garantizar la transferencia y gestión del conocimiento, en la red y en las comunidades en donde se encuentran sus actores. (Instituto Nacional de Salud y Observatorio Nacional de Salud, 2019, p. 14)

4. Metodología

Para una mayor comprensión de este apartado se entenderá por metodología, el conjunto de medios teóricos, conceptuales y técnicos utilizados para el desarrollo investigación y la obtención de sus fines. Por método, se comprenderá el camino que hay que seguir para acceder al análisis de los distintos objetos que se pretenden investigar. Las técnicas aluden a procedimientos de actuación concreta y particular respecto al levantamiento de información acorde con el método de investigación utilizado (Campoy y Gomes, 2009).

El estudio se desarrolló desde una perspectiva interpretativa-constructivista, avanzando en la comprensión de los significados y resignificados que los actores sociales atribuyen a sus experiencias de participación y coparticipación. Esta perspectiva teórica de investigación cualitativa proporcionó un marco para explorar cómo las organizaciones estudiadas construyen significados a partir de sus experiencias, interacciones y el contexto social en el que viven. Esta perspectiva se evidenció en el enfoque en las narrativas de los participantes y en el análisis contextual de sus interacciones. Además, ayudó a seleccionar las preguntas de investigación, la metodología, la obtención de los datos y la aplicación de las técnicas de análisis de datos.

La pregunta de esta investigación: ¿cómo se ha planificado y desarrollado la participación comunitaria para ejercer el trabajo en red en salud, en la comuna 16 en Cali, Colombia?, tiene un carácter exploratorio que requirió el desarrollo de una metodología cualitativa y cuantitativa, lo cual exigió el desarrollo de dos métodos: estudio de caso y análisis de redes sociales. Aunque se trata de una tesis que es trabajada cualitativa y cuantitativamente no se puede hablar de un trabajo de métodos mixtos, ya que no se trata de una pregunta de investigación compleja, y no hay una triangulación o contrastación fuerte en el sentido tradicional de cruzar métodos y técnicas de los dos paradigmas convencionales. No presenta la triangulación metodológica de distintos tipos de información de la manera como los métodos mixtos precisan: contrastando datos cuantitativos de una encuesta con datos cualitativos de entrevistas, por ejemplo. No se requirió validar o corroborar los resultados obtenidos con otros métodos.

4.1 Estudio de caso

Esta propuesta investigativa se enfocó metodológicamente en el desarrollo de un estudio de caso en profundidad, un estudio de caso intrínseco, siguiendo lo propuesto por Stake (1995) quien distingue tres términos para describir los estudios de caso: intrínseco, instrumental y colectivo. Para Stake (1998), un caso de tipo intrínseco es denominado así porque interesa conocer algo

particular que es en sí relevante o porque existe una necesidad expresa de llevar a cabo el estudio.

Lo anterior, fundamentó el abordaje de este caso, y comprendiendo que un estudio de caso se realiza para explicar la causalidad de un fenómeno social, este estudio se enfocó en investigar cómo se realiza el trabajo colaborativo entre actores en pro del tema de la salud colectiva en la comuna 16 de la ciudad de Cali. El estudio de caso fue útil porque permitió comprender los roles de los actores en el conjunto de relacionamientos en red, posibilitando conocer cómo se relacionan para ejercer diferentes actividades relacionadas con el tema de la salud.

Las etapas del estudio incluyeron: planificación y diseño, recolección de datos, análisis de datos, e interpretación y reporte. En cada etapa se realizaron actividades específicas, como la elaboración de guías de entrevista, la realización de entrevistas semiestructuradas, el análisis temático de los datos cualitativos, y la integración con los resultados del ARS. Este estudio de caso exigió construir el mismo a partir de recabar información sobre el origen de la comuna 16 en la ciudad de Cali, sus condiciones sociodemográficas y de salud.

El estudio de caso es cualitativo y ayudó a recopilar datos no numéricos para explicar por qué ocurre como fenómeno social, interpretando y determinando sus particularidades y así generar conocimiento sobre el mismo. En este estudio se fue consciente que los resultados tienen una transferibilidad limitada. Es decir, no se llevó a cabo el estudio porque el caso represente a otros casos, necesariamente, sino porque en toda su particularidad el caso en sí es de interés para el ámbito de la salud. El método de estudio de caso fue central para el enfoque de este estudio porque permitió un examen en profundidad de las interacciones y dinámicas suscitadas entre diversos actores.

El estudio de caso en este estudio aparece expuesto a lo largo del documento, su presencia es transversal, desde que inicia el documento hasta el final del mismo.

Las siguientes fueron las etapas desarrolladas para este estudio de caso:

1. **Determinar la pregunta de investigación, los objetivos y la metodología.** La construcción de la pregunta de investigación precisa del vacío de conocimiento identificado y sobre el cual se ha intentado avanzar. Los objetivos determinados se establecieron para alcanzar el propósito de la investigación, en este caso, comprender, explorar y evaluar los relacionamientos entre actores. La metodología estableció cómo se efectuó la investigación.

2. **Planeación.** Esta etapa 1 concierne a la planeación del estudio de caso, con base en la construcción de una guía de entrevista, así como el abordaje individual de los sujetos objeto de estudio, y el análisis documental del material elaborado por los diferentes actores (principalmente documentos elaborados y disponibles por la Institución Ese Sur Oriente).
3. **Ejecución.** Esta etapa se refiere al levantamiento de la información, según lo planeado en la etapa 1. El trabajo de selección de entrevistados se realizó con base en la técnica de muestreo, conocida como de bola de nieve, la cual ayudó a identificar a los informantes clave de cada organización social.
4. **Revisión de la bibliografía existente en relación con el caso.** La búsqueda de la información siempre necesaria para conocer que se ha escrito sobre el tema en particular, así como para identificar vacíos frente al objeto de estudio, conforme la necesidad e conocer mejor las características del caso. El hallazgo de información secundaria fue útil para la construcción del marco teórico que se utilizó para abordar el fenómeno y elegir un enfoque de análisis de la información recopilada.
5. **Codificación de las entrevistas realizadas.**
 - **Preparación y organización de los datos obtenidos.** Esta actividad alude a la transcripción de entrevistas realizadas.
 - **Desarrollo de un sistema de codificación de datos y asignación de códigos.** Basado en la elaboración de una matriz de Excel se adjudicó un código a cada entrevistado o informante clave participante en el estudio, lo cual se efectuó para cumplir con el requerimiento de anonimato o confidencialidad exigido por cuestiones éticas.
 - **Categorización.** Como se trata de una investigación de índole exploratoria primero se establecieron categorías con base en lo que se quería indagar y que ayudaron a estructurar la guía de preguntas construida para los diferentes actores *relacionamientos (tipo de participación), capacidad de convocatoria*, flujos o tipo de información intercambiada entre actores de la red, *relaciones de poder liderazgo social*) y como es lógico en este tipo de investigaciones y conforme el

tipo de entrevista (semiestructurada), aparecieron en los hallazgos otros aspectos relevantes en la investigación como los *aspectos críticos de la salud, percepciones sobre lo institucional, interés político y pandemia*. relaciones de poder, etc.

6. **Procesamiento de las entrevistas realizadas.** Se realizó en el software ATLAS.ti23.
7. **Análisis.** Esta etapa alude a los resultados de las fuentes primarias y secundarias. La información obtenida no solo en las entrevistas analizadas, también incluye el análisis de los documentos recabados durante la investigación. El capítulo 5.9 *Resultados análisis cualitativo*, contiene detalladamente el análisis y las subcategorías analíticas surgidas del levantamiento de información.
8. **Conclusiones y recomendaciones.** El capítulo 7 *Conclusiones*, contiene las reflexiones y conclusiones principales de todo el estudio.

Las técnicas empleadas para este método fueron las siguientes: análisis documental, entrevistas semiestructuradas (las cuales permitieron conocer no solo teorías y conceptos, también los relacionamientos establecidos, las condiciones estructurales, comunicación, flujos de información, etc.).

4.2.1 Análisis documental

La técnica de análisis documental consistió en la identificación, obtención y análisis de los documentos relacionados con el objeto de estudio. Esta técnica sirvió de base para orientar la selección y revisión de los documentos examinados. La pregunta de investigación orientó el desarrollo del análisis documental específica y pertinentemente. Sin duda alguna, el producto de lectura de lo publicado por otros autores ayudó a construir las categorías analíticas contenidas a lo largo del marco teórico.

El procedimiento que se siguió en el estudio fue el propuesto por CIFE (2017), el cual contiene criterios de selección de documentos, a partir de las siguientes fases:

1. Se localizaron documentos como artículos científicos, libros o capítulos de libros en bases de datos como Redalyc, Ebsco Host, Scielo, Science Direct, Jstor, Pub Med, Google Academic, y la página institucional de la Ese Sur Oriente (<https://www.esesuroriente.gov.co/institucion.html>), mediante una búsqueda documental, efectuada durante el periodo de pandemia (sin el propósito

deliberado de efectuar un estado del arte o estado de la cuestión específica, ya que no se buscaba establecer tendencias de investigación como punto de partida para nuevas, tampoco porque se buscara la identificación de una perspectiva más adecuada para abordar el objeto de estudio. La búsqueda se enfocó específicamente en la salud preventiva y comunitaria en Cali entre 1980-2023. Lo realizado permitió concluir que un alto número de esa literatura gris seriada está conformada por documentos de trabajo publicados como: a) reportes de investigación; y b) ensayos sobre el tema, así como literatura gris no seriada: 1) informes de investigación; 2) documentos técnicos; y 3) tesis de pregrado y maestría, buena parte de ese material impreso no se ha digitalizado, en el mejor de los casos. Metodológicamente, se enfatizó en esta búsqueda en una meta referenciación, es decir, una revisión de las referencias de cada documento pertinente e incluido, para así rastrear el mayor número de documentos referidos. Los materiales elegidos variaban por su tipo.

2. Se utilizaron una combinación de MeSH o descriptores (salud comunitaria, salud preventiva, participación comunitaria, participación en salud).

3. Se determinó un horizonte temporal para la búsqueda de documentos por la naturaleza del tema. Entre los meses de octubre y noviembre de 2020; y en diciembre de 2023 específicamente para abordar los documentos de la página institucional de la Ese Sur Oriente (<https://www.esesuroriente.gov.co/institucion.html>).

4. Se compararon documentos. Comparación y organización del material disponible para la obtención de citas y referencias. El proceso ejercido no solo consistió en localizar y seleccionar documentos, también en organizar y analizar los diversos materiales para apoyar el proceso de comprensión a la pregunta sobre el tema específico, según Bermeo et al. (2016), a esto es a lo que se le denomina análisis documental. Una vez seleccionados los documentos, fueron organizados para facilitar su análisis, lo cual ayudó a categorizarlos por temas y tipos de fuentes.

5. Se integraron al análisis los documentos que abordaran al menos una categoría de las propuestas.

5. Se descartaron documentos que no aplicaban a los criterios de búsqueda.

6. Análisis del material comparado y elaboración de una propuesta de lectura crítica, por parte del investigador.

4.2.2 Entrevista semiestructurada

Este estudio exigió la elaboración de guías para las entrevistas semiestructuradas (ver anexos 4, 5 y 6 guía de entrevistas semiestructuradas), las cuales se efectuaron acorde con el tipo de informante (funcionario de institución de salud, e integrante de organización). Como se trata de un análisis de tipo sociocéntrico, metodológicamente en el ARS, requiere un abordaje de la red total, lo cual implica contar con todas las organizaciones sociales de la comuna 16, tal como se hizo. Por tanto, se abordó a uno o dos informantes clave por organización, para las entrevistas semiestructuradas: director, coordinador u otro representante administrativo de cada organización, quienes respondieron al conjunto de preguntas formuladas y contenidas en la guía diferenciada de preguntas. De tal manera, las entrevistas semiestructuradas permitieron establecer un conjunto de aspectos principales relacionados con objetivos, contexto, factores causales, y resultados de los relacionamientos, lo cual ayudó a la construcción de categorías analíticas para la actividad de análisis: *relacionamientos (tipo de participación, motivaciones), capacidad de convocatoria, flujos de información, relaciones de poder (influencia, liderazgo social)*.

La guía construida para las entrevistas orientó y posibilitó el espacio para identificar otros aspectos relevantes que surgieron durante el proceso de dialogicidad efectuado entre investigador e informantes.

El contenido temático de las guías se orientó a partir de la pregunta de investigación, y de los objetivos planteados a desarrollar, intentando conocer los puntos de vista de los participantes sobre los objetivos, supuestos, contextos, mecanismos y resultados de sus relacionamientos para el trabajo en red, en general, y en salud, en particular. Las entrevistas se realizaron de manera individual, garantizando condiciones de privacidad y anonimato. Fueron realizadas en su totalidad por el investigador de este estudio. La duración promedio fue de 30 minutos por entrevista y se grabaron en audio, previo consentimiento informado.

El carácter semiestructurado¹⁹ de las entrevistas permitió al investigador no ceñirse estrictamente a la guía establecida para su realización. Por tanto, aunque las conversaciones se orientaron

¹⁹ Entrevistas semiestructuradas: se caracterizan por su flexibilidad, ya que, aunque parten de un conjunto de preguntas previas, el entrevistado pueden contestar de forma abierta evitando así la elección de respuestas específicas. Los entrevistados además pueden realizar apreciaciones transversales. Los resultados son menos sistemáticos, pero la información recogida de este modo puede llegar a ser de una

conforme las preguntas formuladas, los participantes pudieron responder libremente y no de manera secuencial necesariamente.

Luego de culminada la entrevista el investigador registró en un diario de campo en las primeras 24 horas una descripción de los elementos de la entrevista: las facilidades y/o dificultades de acceso al territorio, reacciones de los informantes (tipo de disposición), así como apreciaciones sobre aspectos relevantes de la actividad. Durante el proceso de recolección se registraron algunas notas descriptivas objetivas que describen de manera general los contextos del ejercicio de inmersión. Junto a las notas reflexivas referidas a la experiencia personal del investigador, se registraron los esfuerzos interpretativos para atribuir significado a las observaciones y de desplazamiento y estadía transitoria en el territorio.

El investigador efectuó una transcripción de las entrevistas lo antes posible luego de finalizar las entrevistas utilizando el programa Word®. Los audios y las transcripciones de las entrevistas fueron revisados por el investigador verificando la transcripción literal de la misma. Las entrevistas y las transcripciones se almacenaron en medio magnético por el investigador y permanecen bajo su custodia.

Las entrevistas se codificaron para proteger la identidad de los informantes clave con el apoyo del software ATLAS.ti23, mediante el cual se analizó línea por línea para identificar conceptos, con sus prioridades y dimensiones. La descripción del proceso analítico se desarrolla en el apartado 7.6 *Resultados análisis cualitativo* de este documento.

4.3 Análisis de redes sociales (ARS)

El ARS como teoría y método es considerado el ámbito o instancia analítica de las redes sociales, su abordaje formal permite identificar, medir y analizar interacciones institucionalizadas (relacionamientos, procesos de cooperación y vínculos, entre otros).

La utilización de ARS es compatible con otras metodologías, al igual que con técnicas de investigación cualitativas como el grupo de discusión, entrevistas con informantes clave y el *feedback* visual que enriquece la interpretación de datos relacionales (Ramos, 2015, p. 334). El

gran riqueza si las preguntas han estado acertadas y los entrevistados se sienten libres de expresar sus conocimientos gracias a esta flexibilidad (Lopezosa et al., 2022, p.1).

ARS entendido como una herramienta metodológica tiene como ventajas la posibilidad de visualizar las posiciones de diferentes actores en una red específica, establece mediciones de esas posiciones (grados de relación entre actores), analiza los flujos de información y características estructurales de las redes.

Las herramientas utilizadas en el ARS tienen como base el análisis de datos relacionales, es decir, la información sobre las conexiones entre un conjunto de actores determinado. En tal sentido, la idea central del análisis de redes reside en el supuesto que aquello que la gente siente, piensa y hace tiene su origen y se manifiesta en las pautas de las relaciones situacionales que se dan entre actores oponiéndose así a la idea de que los atributos o las características de los actores individuales están en la base o son causa de las pautas de comportamientos y, por tanto, de la estructura social. La raza, la edad, el sexo, la categoría social importan mucho menos en la teoría de redes que las formas de las relaciones mantenidas (Lozares, 1996).

Siguiendo a Cárdenas (s.f.), quien propone un mayor detalle por etapas o fases, se desarrollaron las siguientes fases principales para ejercer una investigación de redes (ver con mayor detalle en el apartado de resultados):

- ☐ Descripción de la situación.
- ☐ Objetivo de investigación.
- ☐ Explorar las relaciones entre los actores implicados para identificar problemas específicos.
- ☐ Descubrir y analizar las relaciones entre actores.
- ☐ Identificar (seleccionar) los actores implicados como objeto de estudio.
- ☐ Seleccionar indicadores relacionales para medir las redes.
- ☐ Seleccionar la aproximación para medir las redes: socio-céntrica (completa).
- ☐ Recolección de datos.
 - Diseñar un instrumento para la recolección de datos (guías de entrevistas):
 - Entrevistas semi estructuradas.
 - Uso de datos secundarios.
- ☐ Procesar y guardar datos en software.
- ☐ Analizar la red completa.

Par el desarrollo del ARS se utilizaron las siguientes técnicas: bola de nieve y net-map:

4.3.1 Muestreo por Bola de nieve

La técnica de muestreo, conocida como de bola de nieve (*snowball sampling*), escogida para esta investigación, es una técnica de muestreo no probabilístico basada en el tipo de muestreo lineal, definida porque cada individuo participante debe recomendar a otro individuo, de forma que la muestra crece a un ritmo lineal. Esta técnica de bola de nieve consiste en preguntar a los informantes clave por otros informantes que puedan ser entrevistados y ofrezcan información relevante acerca de un objeto de estudio específico.

Durante las entrevistas realizadas, 28 en total, de un grupo de 35 actores identificados (24 organizaciones al interior de la comuna y 11 organizaciones externas a la comuna estudiada) se les solicitó a los entrevistados que proporcionaran los datos de contacto de otros miembros del grupo que conocieran. A estos nuevos contactos se les solicitó a su vez información de otros miembros de la población y así sucesivamente hasta alcanzar un tamaño de muestra determinado. Finalmente se trazaron las relaciones entre ellos mediante un ejercicio visual con un mapeo del territorio, acorde a la técnica net-map.

Se utilizó un muestreo intencional combinado con la técnica de bola de nieve, lo cual es apropiado para estudios de redes sociales y para acceder a poblaciones específicas en investigaciones cualitativas. El muestreo intencional en ARS se justificó por la necesidad de seleccionar casos ricos en información que sean particularmente relevantes para el fenómeno en estudio (Palinkas et al., 2011). El muestro intencional permitió seleccionar actores clave en la red que son fundamentales para comprender la estructura y dinámica de las relaciones sociales, así como asegurar la inclusión de actores o nodos que representan diferentes roles o posiciones dentro de la red (Borgatti et al., 2013). El muestreo por bola de nieve es usado en ARS debido a su capacidad para revelar conexiones en la red que podrían no ser evidentes inicialmente. En ARS, el muestreo por bola de nieve facilita la identificación de actores periféricos o menos visibles que pueden ser cruciales para entender la dinámica completa de la red (Borgatti et al., 2013). La combinación de muestreo intencional y bola de nieve en ARS proporciona un enfoque robusto para capturar la complejidad de las redes sociales. Domínguez y Hollstein (2014), señalan que la integración de diferentes estrategias de muestreo puede mejorar la validez y confiabilidad de los estudios de redes sociales. El tamaño de la muestra (35 participantes, determinado entre

organizaciones e instituciones de salud) se determinó por saturación teórica, una práctica común en investigación cualitativa. La red investigada está constituida por un total de 35 actores representados a través de nodos (cantidad de conexiones), confirmado como resultado de la información suministrada por los entrevistados.

El ARS plantea que en estudios de tipo socio céntrico los «criterios de muestreo», no se ajustan a la convencionalidad sobre la forma como se construye un marco muestral. En este caso no se buscó una representatividad del universo poblacional, lo que se requiere es identificar la totalidad de actores que conforman el objeto de estudio. El muestreo intencional impulsó la decisión de comenzar con la institución de salud estatal como el primer punto de contacto: la principal organización pública designada para intervenir temas de salud en la comuna. Las ventajas del muestreo de bola de nieve es que permite muestrear poblaciones de difícil acceso, además es un proceso económico y sencillo, el cual requiere poca planificación y recursos humanos: los individuos entrevistados son la mano de obra (Ochoa, 2015; Reynoso, 2018). Según Heckathorn y Cameron (2017) el enfoque de muestreo de bola de nieve, como método de muestreo por conveniencia, también se ha denominado rastreo de enlaces, para evitar la confusión con el método de muestreo probabilístico para estudiar las redes sociales:

Este enfatiza claramente la manera en que funcionan estas muestras, es decir, rastreando los vínculos en la red social. El interés en los diseños de seguimiento de enlaces se ha visto impulsado por el reconocimiento de su poder para acceder a los miembros de poblaciones ocultas. Como afirma la literatura sobre las redes del mundo pequeño, incluso en una nación como los Estados Unidos, cada persona está indirectamente asociada con cualquier otra persona a través de un promedio de aproximadamente seis intermediarios (p. 102).

El muestreo está definido por los límites establecidos para la red. Lo anterior, exigió la comprensión de dos enfoques: el primero, realista, considera que en las investigaciones se debe incluir a los actores de una red que se consideren conscientemente como miembros pertenecientes a una red particular. El segundo, nominalista, es contrario al primero en el cual se asegura que es el investigador quien define los límites de una red, por tanto, algunos actores nominan a los miembros de su red y así se construye la población de estudio con actores que no son siempre conscientes de su pertenencia a la misma (Verd y Martí, 1999). En este estudio adelantó un proceso de muestreo a partir de una perspectiva combinada de estos dos enfoques para asegurar la inclusión de todos los actores posibles.

El trabajo de campo funciona como una suerte de *feedback* sociocomunitario. En este caso permitió recabar información, quizá no documentada por las instituciones del sector salud, al menos no a este nivel de abordaje, para la comprensión de los procesos de interacción entre instituciones de salud y organizaciones sociales. Considerando las trayectorias organizacionales de cada colectivo social, estructuras de las instituciones y organizaciones, historicidad de los factores de auto-organización, los roles y vínculos con instituciones estatales, sus iniciativas y capacidades para movilizarse, con énfasis en cómo se han desarrollado, si han variado en el tiempo, cuáles han sido las funcionabilidades, tipología y caracterización de las relaciones y procesos de participación en la toma de decisiones en salud en el territorio. De tal manera, se exhortó a los líderes de organizaciones sociales a participar en el estudio, solicitándoles enumerar las organizaciones con las que su organización interactuó antes, durante y posteriormente al periodo de pandemia mediante diferentes actividades (por ejemplo, tipo de información compartida, coparticipaciones, actividades realizadas, proyectos ejecutados, capacitaciones, talleres). En total se identificaron 24 organizaciones sociales activas en la comuna 16, individualmente referenciadas, es decir, de la comuna estudiada, pero se incluyeron 11 organizaciones exógenas al territorio como el DAGMA y Secretarías (municipal y departamental), y universidades consideradas por ser mencionadas en actividades relevantes por las organizaciones, para un total de 35, que es el tamaño de la muestra. Cada organización nombrada fue entonces contactada, y de la misma manera invitados a identificar organizaciones con las que interactuaron, según los mismos criterios. El procedimiento de muestreo de bola de nieve permitió que cada organización identificada agregara organizaciones para su inclusión. La intención de estos procedimientos fue lograr una muestra completa que reflejara la realidad de todas las organizaciones comunitarias.

4.3.2 Net-map

La técnica Net Map, *feedback* socio-comunitario, ayudó a comprender y visualizar mucho mejor los relacionamientos a través del tiempo, mediante un mapa de la comuna, un croquis en el que se incluyó a cada actor social mencionado. Por tanto, en este proceso se regresó al territorio para validar con los actores (participantes) la información suministrada inicialmente en las entrevistas semi estructuradas, respecto a sus alters (conexiones). Reconfirmando con los actores con quiénes se relacionan y qué tipo de contenidos desarrollan.

La aplicación de la técnica net-map inicia con un listado de organizaciones que pueden proporcionar los líderes o actores (informantes clave), después se priorizarán los actores, y

finalmente se trazan las relaciones entre los grupos de interés mediante un ejercicio visual con un mapeo del territorio.

Luego de la fase inicial de entrevistas, los actores fueron contactados de nuevo, para validar con los informantes las organizaciones específicas con las que su organización ha interactuado en actividades. Lo anterior, se realizó mediante la aplicación de la técnica net map. Mediante este procedimiento cada organización agregó o no, según el caso, organizaciones o actores adicionales para su más completa inclusión de relacionamientos. La intención de estos procedimientos contribuyó a la obtención de una muestra lo más completa posible que reflejó la realidad de todas las organizaciones comunitarias.

Los softwares utilizados constituyen un aspecto importante en el ARS porque la precisión y alcance de los análisis depende de los programas con los cuales se trabaja. Se usó el programa informático UCINET 6 y su aplicación gráfica Net-Draw (Borgatti et al., 2002), para el análisis y visualización de las redes. La integración de estos análisis se realizó a través de una interpretación conjunta de los temas emergentes y las estructuras de red identificadas.

5. Resultados

Los resultados aquí expuestos ayudan a entender el objetivo general de la investigación: *comprender cómo se ha planificado y desarrollado el trabajo en red en salud, en la comuna 16 en Cali, Colombia*. De igual manera, los objetivos específicos 1, 2 y 3.

Los resultados aquí expuestos ayudan a entender el objetivo general de la investigación: *comprender cómo se ha planificado y desarrollado el trabajo en red en salud, en la comuna 16 en Cali, Colombia*. De igual manera, los objetivos específicos: 1) caracterizar el contexto, condiciones y tipos de participación existentes entre instituciones de salud y organizaciones sociales; 2) analizar el tipo de estructuras y los funcionamientos de las instituciones de salud y organizaciones sociales para la conformación de redes sociales en salud; y 3) interpretar los factores proveedores o restrictores de las oportunidades de acción de los actores para el trabajo en red en salud.

5.1 El caso seleccionado

Para esta investigación se seleccionó como caso de estudio la comuna 16 del municipio de Santiago de Cali, luego de analizar las diferentes comunas, y con base en criterios como la viabilidad para el investigador (cercanía geográfica y acceso al territorio), el tamaño de la comuna (conformada por 7 barrios), y la disponibilidad de los informantes clave.

No existe abundante información disponible sobre la comuna 16. La información documentada, formal y disponible corresponde a datos sistemáticos, no es del todo pertinente para los fines de esta investigación, ya que no contiene información sobre las organizaciones sociales, su génesis y evolución, por ejemplo. Tampoco da cuenta del número, conformación y estructuras de estas en la comuna.

La población de Santiago Cali se estima en 2.297.230 habitantes (Cali en cifras DAP, 2023). De este número de habitantes, el grupo etario que registra mayor crecimiento es la población mayor, que ahora representa el 18 % del total, en comparación con el 10 % registrado en el censo de 2005.

La comuna 16, como las demás comunas de la ciudad, cuenta con organizaciones sociales con recursos limitados (recursos propios precarios), las cuales no tienen grandes capacidades en tecnologías, cuentan con un número limitado de integrantes. Por tanto, es necesario estudiar las

estrategias, mecanismos y respuestas oportunas, para optimizar los escasos recursos y capacidades disponibles que generen los desenlaces en salud esperados. Es importante comprender que la participación social es inherente a estrategias fundamentales como atención primaria en salud (APS), promoción y prevención de la salud. En tal sentido, es clave entender que el desarrollo adecuado de estas estrategias requiere de la participación social. De igual manera, cómo la conformación de redes obedece a la lógica de participación social, y a los procesos ejercidos entre los diferentes actores de este tipo de territorios.

La población de la comuna 16 supera los cien mil habitantes:

La población aproximada es de 112.435 habitantes, de los cuales 59.476 son mujeres y 52.659 son hombres. Con relación a la tasa poblacional, la más alta se encuentra entre los 10 a 14 años, por otro lado, la composición étnica de la población de esta comuna alcanza un porcentaje de 27,0% para la población que se reconoce como afrocolombianos o afrodescendientes, mientras que, la población indígena ocupa el 0.47%. (Red de Salud Sur Oriente, 2021)

Historia

El origen de la comuna 16 se remonta al decenio de 1960. Quienes habitaron sus barrios provenían de municipios del Valle del Cauca y departamentos como Choco, Caldas y Cauca, “la mayoría de estas familias llegaron a Cali huyendo de la violencia en el sector rural del país, otras buscando nuevas oportunidades y para ellos la ciudad significaba progreso, modernización” (Departamento Administrativo de Planeación Municipal, 2003, p.7), y no solo lo anterior, representaba también la sensación de seguridad que la ruralía no ofrecía. La migración campo/ciudad fue uno de los fenómenos sociales más dramáticos que Latinoamérica experimentó en el siglo XX.

Un gran número de familias asumió la consecución de terrenos para ubicar sus viviendas por medio de lo que se denominó invasiones. En esa época se inicia en la ciudad de Cali una serie de tomas de terrenos en las zonas de la carrera primera (Palmolive). La Hacienda, El Rodeo y La Floresta; situación que lleva a diversos enfrentamientos entre los ocupantes y las fuerzas de orden (Departamento Administrativo de Planeación Municipal, 2003).

Los barrios que conforman la comuna 16, según el Departamento Administrativo de Planeación (2003), se encuentran constituidos legalmente por los siguientes acuerdos del Consejo Municipal:

Barrio Mariano Ramos, Acuerdo 018 del 8 de agosto de 1969, Barrio República de Israel, Acuerdo 033 del 11 de mayo de 1970, Barrio Unión de Vivienda Popular, Acuerdo 042 del 5 de abril de 1971, Barrio Antonio Nariño, Acuerdo 021 del 21 de agosto de 1969, Barrio Brisas del Limonar, Acuerdo 135 del 14 de septiembre de 1987. (p.9)

La organización comunitaria de Unión de Vivienda Popular es uno de los principales barrios de la comuna, “inició en 1961 un proceso de aprobación de la urbanización con planeación municipal, pero fue negado, por tratarse de un terreno cenagoso” (Cubillos, 2015, p. 2).

Aspectos sociodemográficos

La comuna 16 está conformada por siete barrios: Brisas del Limonar, Antonio Nariño, Ciudad 2000, La Alborada, Mariano Ramos, República de Israel y Unión de Vivienda popular. El estrato más común en la comuna 16, es el estrato 2 el cual presenta una mayor proporción del total de lados de manzanas de esta comuna correspondiendo al 90,4%.

La comuna 16 limita por el sur y suroccidente con la comuna 16, por el oriente con la comuna 15, por el nororiente con la comuna 13 y por el norte y noroccidente con la comuna 11. La comuna 16 cubre el 3.5% del área total del Municipio de Santiago de Cali con 427.6 hectáreas (Observatorio de Seguridad y Alcaldía Santiago de Cali, 2019).

La comuna 16, según el censo de población de 2005, posee el 4,6% de la población total de la ciudad, es decir 94.383 habitantes, de los cuales el 47,2% son hombres (44.533) y el 50,8% restante mujeres (49.850). Esta distribución de la población por género es similar a la que se presenta para el consolidado de Cali (47,1% son hombres y el 52,9% mujeres) (DANE, 2017). La composición étnica de la población de la comuna 16 es similar a la composición de toda la ciudad. El 27% de sus habitantes se reconoce como afrocolombianos o afrodescendientes. En tanto, la participación de la población indígena es del 0,5% de la población total, porcentaje que se equipara al del total de la ciudad (DANE, 2017). La figura No. 10 registra las proyecciones, respecto al crecimiento de la población, por barrio en la ciudad de Cali.

Figura No. 10 Proyecciones de población, según total, cabecera y resto, en Cali 2018-2024

Descripción	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
TOTAL CALI	2,227,642	2,241,491	2,264,427	2,271,293	2,276,124	2,280,522	2,283,846
Cabecera	2,172,527	2,190,363	2,217,241	2,224,356	2,229,598	2,234,426	2,238,220
Comuna 1	59,562	60,043	60,780	60,974	61,119	61,251	60,777
Comuna 2	116,503	117,476	118,917	119,299	119,579	119,839	120,897
Comuna 3	32,971	33,233	33,641	33,749	33,829	33,902	32,936
Comuna 4	55,042	55,490	56,171	56,351	56,484	56,606	56,262
Comuna 5	112,420	113,348	114,738	115,107	115,378	115,628	116,142
Comuna 6	151,005	152,236	154,104	154,598	154,963	155,298	153,269
Comuna 7	69,596	70,165	71,026	71,254	71,422	71,576	70,876
Comuna 8	98,175	98,979	100,193	100,515	100,752	100,970	100,506
Comuna 9	36,406	36,703	37,154	37,272	37,360	37,441	36,404
Comuna 10	102,576	103,426	104,696	105,031	105,278	105,507	104,921
Comuna 11	108,932	109,820	111,168	111,525	111,786	112,029	112,370
Comuna 12	68,529	69,085	69,933	70,158	70,322	70,475	70,289
Comuna 13	142,083	143,243	145,000	145,465	145,809	146,124	143,370
Comuna 14	154,416	155,677	157,588	158,093	158,466	158,809	158,132
Comuna 15	124,169	125,189	126,725	127,132	127,431	127,707	127,027
Comuna 16	97,017	97,808	99,008	99,327	99,561	99,776	99,506
Comuna 17	165,505	166,895	168,943	169,485	169,884	170,252	175,314
Comuna 18	113,171	114,092	115,492	115,862	116,136	116,387	117,328
Comuna 19	109,008	109,925	111,273	111,631	111,894	112,136	112,358
Comuna 20	57,629	58,095	58,809	58,997	59,136	59,264	58,451
Comuna 21	129,831	130,895	132,502	132,926	133,239	133,528	136,975
Comuna 22	25,566	25,779	26,096	26,179	26,242	26,298	28,289
A expansión 81	19,963	20,128	20,375	20,441	20,489	20,533	22,401
Otros ¹	22,452	22,633	22,909	22,985	23,039	23,090	23,420
Resto	55,115	51,128	47,186	46,937	46,526	46,096	45,626

Fuente: Cálculos DAP con base en Censo de población y vivienda 2005 y 2018 / DANE

¹ Debido a las diferencias entre cabecera DANE y perímetro urbano DAP, la cabecera incluye información que corresponde a sectores por fuera del perímetro urbano (población rural)

Fuente: Cali en cifras DAP (2023).

Estratificación

Esta comuna en términos de estratificación presenta en el estrato 2 una mayor proporción del total de lados de manzanas de esta comuna (90,4%). No hay presencia de los estratos 5 y 6, y solo el 0,2% de los lados de manzana pertenecen al estrato tres (DANE, 2017).

Los indicadores económicos permiten clasificar a la comuna 16 en los estratos 2 y 3 (bajo y medio bajo, respectivamente):

- Los barrios de estrato 2 son los siguientes: Unión de Vivienda Popular, Antonio Nariño y Mariano Ramos y República de Israel.
- Los barrios de estrato 3 son los siguientes: Brisas del Limonar y La Alborada
- El único barrio de estrato 4 es Ciudad 2000 (DAGMA, s.f.).

Según Ocampo et al. (2009) los barrios Unión de Vivienda Popular, Antonio Nariño y Mariano Ramos, “tienen parámetros demográficos similares en términos de tamaño de propiedad, densidad de población y estrato socioeconómico” (p.284).

Educación

Según Alonso (s.f.) esta comuna en 2005 presentaba un total de 21.760 estudiantes matriculados en 134 establecimientos educativos. De este total se encontraban matriculados en el nivel preescolar un 8,8% en 54 instituciones educativas.

El 48,1% de los estudiantes estaban en primaria, el mayor porcentaje de matriculados, y contaban con 56 establecimientos. En secundaria y media, estaba el 43,2% de los matriculados en 24 establecimientos. El 5,5% de la oferta educativa pública de la ciudad se encuentra en esta comuna y presta servicios de educación al 5,5% del total de estudiantes de la educación pública del municipio. Esta comuna en su mayoría está compuesta por personas cuyo máximo nivel educativo alcanzado es básica secundaria (un 40% de la población total de la comuna), seguido por personas con básica primaria (completa e incompleta) con un 35,7%. (p. 87)

Aspectos económicos

El censo económico de 2005 permite caracterizar económicamente a esta comuna. El 2,2% de las unidades económicas de la ciudad se encontraban en el 2005 en esta comuna, de las cuales 69,2% pertenecen al sector comercio, 18,6% al sector servicios y 12,2% a industria. (...) La comuna se caracteriza por la amplitud de su sector comercio, tanto en número de establecimientos como en el de personas empleadas en tal sector.

Salud

La comuna posee dos puestos de salud y un centro hospital. La Empresa Social del Estado que presta servicios en salud de primer nivel con calidad y humanización en la comuna 16 de Cali Red de Salud Sur Oriente está conformada por 4 IPS (ver tabla No. 15).

Tabla No. 15 IPS de la comuna 16

Institución	Barrio	Dirección
Hospital Carlos Carmona	Unión de Vivienda Popular	Carrera 43 Calle 39 A
Centro de Salud	Antonio Nariño	Carrera 39D # 39 – 00
Puesto de Salud	Mariano Ramos	Calle 45 No 47B – 00
Puesto de Salud	Unión Vivienda Popular	Carrera 41D # 45 – 100

Fuente: elaboración propia (2023).

La revisión de diferentes documentos permitió indagar por la identificación o no de las organizaciones sociales que funcionan en la comuna 16. La Alcaldía de Santiago de Cali y la Secretaria de Bienestar Social elaboraron el documento ‘Asesoría de participación ciudadana’ en el cual realizaron una caracterización de la población y en diferentes anexos (mediante fichas de caracterización socio-económica de los barrios de Santiago de Cali) se analizaron los barrios de la comuna 16 sin encontrarse información respecto a la existencia o al número de organizaciones sociales por barrio.

El documento ‘Perfil de la comuna 16’ del Observatorio Social, por ejemplo, categoriza a las organizaciones comunitarias como parte del equipamiento del territorio, refiriéndose específicamente a Juntas Administradoras Locales (JAL), Juntas de Acción Comunal (JAC), Centros de Atención Inmediata, Hogares Comunitarios y Organizaciones Juveniles. Álvarez (2012) menciona la importancia de la participación comunitaria, “según un estudio la JAC de dicha comuna (...) se ha mostrado más participación de los habitantes, y eso ha ayudado poco a poco a mejorar ciertos problemas. Como el compromiso con el ambiente y sentido de pertenencia” (p. 1). En tanto, el documento ‘*Plan de Desarrollo Estratégico comuna diez y seis. Periodo 2004-2008*’ señala que además de la Junta Administradora Local, la comuna 16 cuenta con las siguientes organizaciones:

Grupos de Tercera Edad, Fundación Casa La Juventud, Comité Medio Ambiente, Veeduría Ciudadana, Comité Central de Deportes, Fundación Consejo de Cultura, Asociación Años Dorados, Asociación Grupo, Discapacitados, Mujeres por la Comunidad, Corporación Antonieta Fager, Comité Amigos Cívicos, Movimiento de Integración Comunitario ASOCOM, Usuarios de Salud y Hogares Comunitarios (Departamento Administrativo de Planeación Municipal, 2003, p.14).

Pandemia

La comuna 16 experimentó de manera dramática el fenómeno planetario de la pandemia. Cuatro de sus siete barrios se encontraban entre los más afectados por casos confirmados de contagio de COVID-19. La figura No. 11 permite observar que los barrios Antonio Nariño, Mariano Ramos, República de Israel y Unión de Vivienda Popular, se encontraban entre los 25 más afectados, entre marzo y junio de 2020.

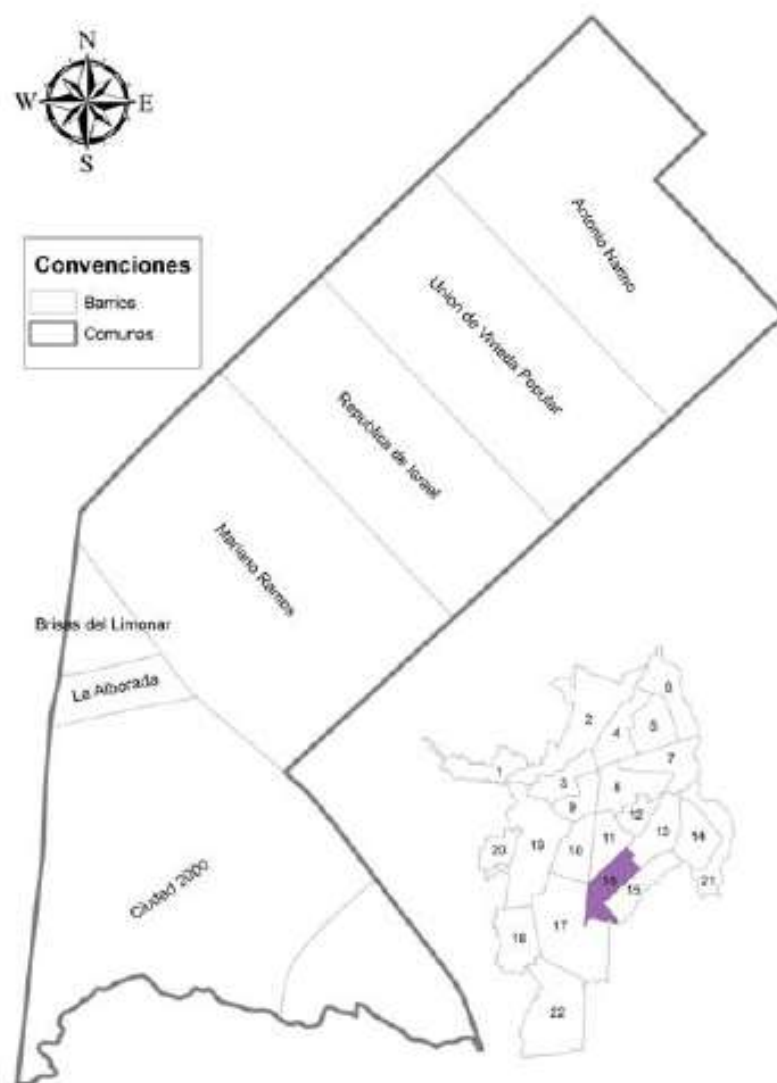
Figura No. 11 Casos confirmados COVID-19, según barrio en la ciudad de Cali

Ord.	BARRIO	CASOS	%
1	SANTA ELENA	95	3,4
2	EL JARDIN	78	2,8
3	MANUELA BELTRAN	63	2,3
4	MOJICA	44	1,6
5	SILOE	42	1,5
6	CIUDADELA FLORALIA	41	1,5
7	AGUABLANCA	41	1,5
8	CIUDAD CORDOBA	40	1,4
9	ANTONIO NARIÑO	35	1,3
10	LOS COMUNEROS I	35	1,3
11	LILI	35	1,3
12	POTRERO GRANDE	34	1,2
13	NUEVA FLORESTA	34	1,2
14	CANEY	32	1,2
15	EL GUABAL	32	1,2
16	MARIANO RAMOS	31	1,1
17	ALFONSO BONILLA ARAGON	30	1,1
18	ALFONSO LOPEZ I	30	1,1
19	REPUBLICA DE ISRAEL	29	1,0
20	MELENDEZ	29	1,0
21	UNION DE VIVIENDA POPULAR	29	1,0
22	CRISTOBAL COLON	28	1,0
23	PRIMAVERA	27	1,0
24	EL DIAMANTE	27	1,0
25	CALIMIO DESEPAZ	26	0,9
SUB TOTAL		967	34,9
OTROS		1612	58,2
TOTAL		2768	100,0



Fuente: Base Sitrep – Cali SSPM- Vigilancia Epidemiológica (2020).

Figura No. 12 Perfil comuna 16



Fuente: Observatorio Social (s.f.).

Figura No. 13 Distribución espacial - comuna 16



Fuente: Departamento Administrativo de Planeación (s.f.).

5.2 Composición de la red

El número de organizaciones abordadas de la comuna 16 fue de 23, de las cuales 21 son organizaciones sociales (91.3%), y las instituciones de salud del Estado son solo 2 (8.6%).

Este estudio exigió, para dar cuenta del objetivo específico 3: *interpretar los factores proveedores o restrictores de las oportunidades de acción de los actores para el trabajo en red en salud*, examinar la situación actual de la red de relaciones y participación comunitaria entre organizaciones sociales e instituciones de salud para el desarrollo del trabajo en red en salud en la comuna 16 de Cali, entendiendo que el poder de los actores emana de su posición en la red. Lo cual permite determinar que organizaciones desempeñan un papel activo, y cuáles no.

Se preguntó a los diferentes actores, organizaciones sociales e instituciones de salud, por los siguientes aspectos: 1) nivel de colaboración con las instituciones de salud; 2) su influencia, interés y capacidad de contribuir al desarrollo de iniciativas interactorales; 3) apuestas e intereses movilizados como organización; y 4) frecuencia de las colaboraciones.

Se examinaron los datos relacionales, a partir de los cuales se determinaron las propiedades estructurales formadas por las relaciones (por ejemplo, densidad y centralización). Se analizaron las propiedades de las interacciones entre actores para revelar la totalidad de los esfuerzos de una red interorganizacional, orientados a la diversidad de acciones de salud en su territorio. Se identificó la estructura de una red interorganizacional completa, se comparó un rango de 11 actividades integradas para revelar cómo las organizaciones interactúan o por qué no lo hacen. Lo anterior, beneficia el fortalecimiento de la capacidad de la comunidad para trabajar en red en salud, así como su avance para el uso de la red. Lo anterior, puede observarse en el apartado *Resultados*.

5.3 Estructura y funcionamiento

La estructura y funcionamiento en las organizaciones sociales es la forma en que se desarrollan las relaciones e interacciones al interior, lo cual incluye la frecuencia con la que los miembros se reúnen y la manera en que se organiza y facilitan su cooperación para funcionar.

Tabla No.16 Indicadores estructurales por organización

Organización	Fundación	Capacitación y/o talleres sobre salud y otros	Número de integrantes	Estructura interna (junta directiva)	Tipo de información de salud que comparten
DISCAP	2011	Sí (alcaldía)	35	Presidente, vicepresidente fiscal, tesorero	General y jornadas de salud
Grupo Camino de la vida (tercera edad)	1992	Apoyo de instructores (alcaldía, gobernación) Dengue (Ese Sur Oriente)	37	Presidenta, vicepresidente tesorera, secretaria y fiscal	General y jornadas de salud
Comité Central de Deportes	Indeterminado	Indeterminado	Indeterminado	Indeterminado	Vacunación, jornadas de salud
Red del buen trato	Indeterminado	Salud mental (Red Norte y Secretaría de Salud)	Indeterminado	Indeterminado	Vacunación, jornadas de salud
JAC (La Alborada)	Indeterminado	Sí	Indeterminado	Presidente, vicepresidente, tesorero, secretario y delegados	General
Plataforma local de juventudes	Indeterminado	Sí	Indeterminado	Presidente, vicepresidente, tesorero, secretario, coordinador deportivo, fiscal, delegados	General
JAC (Ciudad Córdoba)	Indeterminado	Sí	Indeterminado	Presidente, vicepresidente, tesorero, secretario	General

Mesa Territorial de Mujeres	10 o 12 años aproximadamente	Belleza, pintura calzado, bisutería.	20	Presidente, vicepresidente, tesorero, secretario	General (citología, mamografía)
JAC (Ciudad Córdoba)	Indeterminado	Sí	Indeterminado	Presidente, vicepresidente, tesorero, secretario	General
Liga de Usuarios del hospital Carlos Carmona	Indeterminado	Derechos y deberes del paciente; cómo hacer una veeduría; cómo hacer control social (Secretaría de Salud Municipal)	16	Presidente, vicepresidente, tesorero, secretario	General Vacunación, jornadas de salud
Comité Ambiental	Indeterminado	talleres de salud catedra sobre temas de salud, derechos y deberes en salud. Universidad Santiago de Cali, CVC, DAGMA	7	Presidente, secretario, tesorera	General Jornadas de salud vacunación
JAC Unión de Vivienda Popular.	Indeterminado	Sí	Indeterminado	Presidente, vicepresidente, tesorero, secretario	General
ASOJAC	-	-	21	Junta directiva, presidente, secretaria, tesorero, fiscal y sus suplentes	-
Adulto Mayor	18	Cultura Ciudadana Secretaría de Desarrollo Territorial;	Indeterminado	-	General Jornadas de salud vacunación

		Secretaria de Bienestar DAGMA Elaboración de proyectos Predial Capacitación de trabajo social, Organización Política pública. Universidades (talleristas)			
ESE SUR ORIENTE	Indeterminado	Decreto 780, veeduría	-	-	General COVID-19, dengue, jornadas de salud vacunación
Comité de Planificación	Indeterminado	-	-	-	-
Cultura	-	Marketing Cámara de Comercio Organizacional Empresarial	Indeterminado	-	-
JAC Brisas del Limonar	-	No	Indeterminado	Indeterminado	General
JAC	-	Emprendimiento	-	-	General
Afro	-	Nutrición, buen uso de elementos de bioseguridad	-	-	General
LGBTI	-	Colorimetría color en el cabello	-	-	-
JAC República de Israel	-	-	-	-	General

Víctimas del conflicto armado	-	-	-	-	General
-------------------------------	---	---	---	---	---------

Fuente: elaboración propia (2024).

Red de Salud del Suroriente ESE

La Red de Salud Suroriente E.S.E, fue creada mediante Acuerdo 106 de 2003 por el honorable Concejo Municipal de Santiago de Cali, con categoría especial de Entidad Pública descentralizada del orden municipal, dotada de personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, adscrita a la Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali y sometida al régimen jurídico previsto en la Ley. La Red de Salud Suroriente, al momento de creación en el año 2003, le fueron asignados cuatro IPS: Hospital Carlos Carmona, Centro de Salud, Puesto de Salud y Puesto de Salud, con su dotación básica, gracias a las cuales se permite la accesibilidad a los servicios de salud de la población asignada con oportunidad y se brinda una atención con calidad y calidez a los pacientes de su zona de influencia (Ese Sur Oriente, 2021).

La Red se encuentra ubicada en la comuna 16, la cual tiene un área desarrollada de 394 hectáreas, se encuentra localizada al oriente de la ciudad de Santiago de Cali, zona plana, limitada en el extremo sur con el corregimiento de Navarro, área rural del Distrito de Santiago de Cali (Ese Sur Oriente, 2021).

La Red de Salud Suroriente cuenta con una junta directiva encabezada por profesionales que ofician como gerente, subgerente científico asistencial, jefe de oficina administrativa y financiero, jefe de oficina de asesoría jurídica, y asesor de control interno. En la parte operativa en el territorio cuenta con un trabajador social que tiene entre funciones coordinar los relacionamientos para la participación social con las diferentes formaciones sociales en el territorio. Los indicadores estructurales de la organización pueden verse en los anexos (9 y10).

La Red de Salud Suroriente trabaja en red con las cuatro IPS de la comuna 16. En tal sentido, hay trabajadores sociales que realizan rotación por todas las instituciones para ejercer las labores relacionadas con la participación de la comunidad en las actividades de salud. Tienen como misión el ser interlocutor entre la institución y la comunidad, estar al tanto de las acciones de los usuarios y de las actividades de algunas organizaciones de base en la comunidad. Realiza capacitaciones de control social, capacitación de interés, y acciones informativas, entre otras.

Tiene como objetivo mostrarle todo lo que la institucionalidad realiza, socializar la política de participación social, para que la comunidad sea co-partícipes de lo que es la institucionalidad, y haya un proceso de empoderamiento en los actores de la comunidad.

Los profesionales encargados de trabajar con los grupos y organizaciones sociales de la comuna, han realizado diferentes actividades para socializar diferentes políticas, programas, actividades y acciones encaminadas a fortalecer la participación social en salud. Por tanto, se pudo identificar a través de su página en internet: <https://www.esesoriente.gov.co/institucion.html> diferentes documentos que se analizaron (los disponibles), como el Plan Anual de Participación Social, para las vigencias 2022 (5 ejes) y en 2023 (5 ejes) (Ese Sur Oriente, 2024):

2022

Eje 1

- Fortalecer el equipo para la implementación de la política de participación social.
 - ❑ El fortalecimiento para la implementación de la política de participación social (PPS), exigió una capacitación para funcionarios y comunidad, específicamente a las organizaciones de usuarios.
- Implementar el plan de capacitación a los colaboradores.
- Gestionar un acuerdo con el ente territorial
- Desarrollar la ruta para la incorporación del enfoque diferencial en la atención al usuario.

Eje 2

- Implementar el programa de capacitación a los jóvenes.
 - ❑ La implementación de un programa de capacitación a los jóvenes, exigió un proceso formativo en estrategias de información, educación y comunicación en salud (IEC). El proceso formativo buscó sensibilizar a las personas capacitadas y resaltar la importancia de la construcción de tejido social y participación en procesos sociales para interactuar con actores disímiles y ejercer un rol protagónico para la transformación social.

- Realizar una propuesta relacionada para asignación de Incentivos para la promoción de la entidad.
 - Implementar la estrategia de información para uso de las TICs.
- ❑ La PPS 2022 tiene un componente de comunicación que exige una serie de acciones comunicativas en diferentes redes sociales, lo cual es clave en el propósito de construir una estrategia idónea para comunicar los contenidos y actividades (prestación de servicios en salud). Un objetivo específico reside en la necesidad de fortalecer las redes sociales con contenido de participación social.
- Crear una estrategia de comunicación con el objetivo de visibilizar procesos de participación.
 - Realizar acciones de convocatoria para el fortalecimiento y la promoción de las asociaciones de usuarios.

Eje 3

- Gestionar acciones para el establecimiento de la ruta de fuentes de cofinanciación para iniciativas comunitarias.
- Establecer Estrategia de Formación a la población juvenil.
- Implementación acciones educativas e informativas con la comunidad dengue.
- Realizar alianza con el ente territorial de formación en dengue para los actores comunitarios.
- Promocionar jornadas de salud de PYP en territorio.

Eje 4

- Realizar capacitaciones a los funcionarios de la ESE para el fortalecimiento y promoción del control social.
- ❑ Los funcionarios de la ESE realizaron capacitaciones para el fortalecimiento y promoción del control social. Se expuso la PPS, se explicaron los cinco ejes, socializando la importancia de seis líneas de las 23 existentes. De esas seis líneas se destacan las siguientes: 1) capacitar a las nuevas asociaciones de usuarios en

control social; 2) capacitaciones de asociaciones de usuarios de la red frente al control social y asuntos de recursos públicos, y 3) capacitaciones a los nuevos integrantes de las asociaciones de usuarios para el fortalecimiento y promoción del control social.

- Capacitar a las nuevas asociaciones de usuarios en control social.
- Socializar a través de los canales de comunicación de la ESE, pantallas internas redes sociales información de jornadas de interés para la comunidad.
- Clausura de las capacitaciones de control social y evento de conmemoración del hospital.
- Se capacita a las asociaciones de usuarios de la red frente al control social y los asuntos y recursos públicos.

❑ Las actividades de capacitación se enfocaron también en las asociaciones de usuarios de la red frente al control social y los asuntos y recursos públicos. Explicando estatutos y marco normativo (de diferentes decretos), y haciendo ver la importancia de la importancia de su participación como veedores de la prestación de servicios en salud. Lo anterior, es clave con base en el objetivo de motivar a la organización de usuarios para adelantar su ejercicio participativo y así tener mayor impacto e injerencia en las acciones de la ESE.

- Realizar capacitaciones a los funcionarios de la ESE para el fortalecimiento y promoción del control social.
- Realizar capacitaciones nuevos integrantes de las asociaciones de usuarios para el fortalecimiento y promoción del control social.
- Realizar capacitaciones a los funcionarios de la ESE para el fortalecimiento y promoción del control social.

Eje 5

- Caracterización relacionada con el situado fiscal y presupuestación participación de la población.
- Acompañamiento de las jornadas de salud en territorio.
- Promocionar la rendición de cuentas hacia comunidad.
- Fortalecimiento de las asociaciones de usuarios de la red.
- Fortalecimiento de las asociaciones de usuarios de la red 1.

2023

Eje 1

- Socializar la Política y Los Mecanismo de Participación Social y Control Ciudadano con Trabajadores Asistenciales de la Salud de la Red de Salud del Sur Oriente E.S.E.
- Socializar la Política y Los Mecanismo de Participación Social y Control Ciudadano con Trabajadores Asistenciales de la Salud de la Red de Salud del Sur Oriente E.S.E.
- Abordar los mecanismos de Participación y Control Social con los Trabajadores de la Salud (proceso ambulatorio)
- Capacitar a los Trabajadores Asistenciales de la Salud de la Red de Salud del Suroriente E.S.E.

Eje 2

- Socialización de las rutas de atención integral en salud resolución 3280 de 2018
- nuestro resultado durante el mes de agosto.
- Realizar asistencia técnica a la veeduría priorizada en la formulación, ejecución y evaluación de proyecto de iniciativa comunitaria.
- Identificar bases de datos de autores comunitarios y mapa de grupos de valor de la comuna 16.
- Realizar asistencia técnica a la veeduría priorizada en la formulación, ejecución y evaluación de proyecto de iniciativa comunitaria.

Eje 3

- Realizar curso Psicoprofiláctico prenatal.
- Realizar curso Psicoprofiláctico prenatal.
- Realizar capacitación con la asociación de usuarios de la Red de salud Suroriente E.S.E.
- Ejecutar cronograma establecido con madres “FAMI” para la promoción de la salud a través de capacitaciones.
- Capacitación en salud pública, deberes y derechos del usuario en la ESE Suroriente.

Eje 4

- Capacitar en temas de Control Social dentro de la participación social en salud con colaboradores de la Red Salud de Suroriente E.S.E.
- Socialización del Plan de Acción de la Asociación de Usuarios del Hospital Carlos Carmona Montoya de la ESE.
- Fortalecer la información dirigida a la comunidad a través de los canales de comunicación.
- Posicionamiento del control social.
- Realizar reunión y capacitación con la asociación de usuarios de la Red de salud Suroriente E.S.E.

Eje 5

- Reunión asociación de usuarios - líderes comunitarios.
 - ❑ La reunión con la organización de usuarios y líderes comunitarios, versa sobre temas varios relacionados con las necesidades más sentidas de la comunidad: efectos de la pandemia y el estallido social, sus consecuencias han deteriorado las condiciones ambientales en algunos sectores de la comuna. El aumento de la informalidad, el deterioro de la infraestructura en diferentes edificaciones e instituciones, así como la preocupación por el estado del Centro de Salud Antonio Nariño, el cual luego de dos años de dificultades, continúa laborando en una situación de funcionamiento parcial.
- Informe de rendición de cuentas 2022.
- Socialización a la comunidad del proyecto APS 1.
- Socialización a la comunidad del proyecto APS 2.
- Acompañamiento de la ciudadanía en la participación.
- Comité de garantía para revisión de cumplimientos de requisitos.

Hallazgo de la revisión documental

Aunque existen documentos técnicos oficiales realizados en Colombia, dirigidos a las autoridades en salud para trabajar en los territorios (incluso existen otros elaborados en países

suramericanos), respecto a las orientaciones para ejercer el trabajo en red en salud, se evidenció mediante las entrevistas estructuradas que no existe conocimiento de esos documentos, no parece existir directrices desde las Secretarías de Salud Departamental y Municipal para que en las comunas y corregimientos de la ciudad se ejerza esa labor focalizada en salud. Por tanto, la consecuencia es que los funcionarios en los territorios no conocen esas directrices y no pueden socializar con las organizaciones sociales las estrategias para adelantar el trabajo en red en salud. Lo anterior, se constató con la revisión documental del material disponible en la página web de la Institución ESE Sur Oriente. Según lo consignado por la ESE Sur Oriente queda claro que algunas actividades realizadas en la vigencia 2022 se repitieron en la vigencia 2023 con los mismos actores, los cuales son casi siempre los mismos: la liga de usuarios. Se advierte que no es masiva ni permanente la participación de los líderes comunitarios que integran las organizaciones sociales, y no queda claro si es por inasistencia o invitación específica. Aunque se socializaba y capacitaba la PPS no se evidencia la participación de otras organizaciones sociales, diferentes a la Liga de Usuarios. No se evidencia en los documentos revisados el manejo de conceptos como *trabajo en red*, *trabajo en red en salud*, *participación comunitaria*, por ejemplo, lo cual llama la atención si muchas de las actividades de reunión se orientan hacia a la participación amplia de la comunidad. La asistencia a las reuniones es baja, según lo consignado en las listas de asistencia, lo cual no queda claro si es por desinterés o por no convocatoria.

Hospital Carlos Carmona Montoya

El Centro Hospital Carlos Carmona Montoya, inició sus labores como unidad de atención integral de salud en junio de 1972 por Decreto Departamental No. 0858, bajo la dependencia del Servicio Seccional de salud del Valle, en las instalaciones físicas de lo que antes era la Escuela Juana María. Según ordenanza departamental No 075 de diciembre 30 de 1996 se transformó en Empresa Social del Estado (ESE) de orden departamental con atención de nivel I, para dar cumplimiento a lo ordenado en la Ley 100 de 1993. A partir de esta fecha el Hospital comenzó a cumplir con las exigencias del nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud, nombrando un Gerente, la Junta Directiva, el Comité Técnico y reformando su organigrama en el área administrativa y operativa. El Concejo Municipal de Santiago de Cali en 2003, mediante acuerdo 106 del 15 de enero, creó las Empresas Sociales del Estado de nivel primario. Una de ellas, ubicada en la comuna 16 se le dio el nombre de Red de Salud del Suroriente E.S.E. (Red de Salud Sur Oriente, 2024).

El objetivo general del Centro Hospital Carlos Carmona Montoya, es dirigir la gestión corporativa hacia la prestación de servicios de salud primarios y complementarios, enmarcados en la calidad, eficiencia y la atención humanizada y segura, centrada en el ser humano y su familia, a través del manejo responsable de sus recursos y la orientación de esfuerzos hacia el mejoramiento continuo (Red de Salud Sur Oriente, 2024).

El Centro Hospital Carlos Carmona es el establecimiento más importante en la prestación de servicio de salud y cuenta con las siguientes características:

Nivel 1: atiende partos, urgencias y consulta ambulatoria. No hay hospitalización, solo la hay para recién nacidos.

Nivel 2: en la medida en que se lleven a cabo cirugías mayores, pero programadas (Departamento Administrativo de Planeación Municipal, 2003).

5.4 Cálculo de indicadores relacionales

Esta investigación presentó un análisis de tipo de red socio-céntrica sobre las organizaciones sociales de la comuna 16, y tuvo en cuenta los siguientes indicadores relacionales: 1) la posición de los actores en la red; 2) las organizaciones con las que se vinculó cada una (relaciones directas o indirectas); 3) la naturaleza de la colaboración (asistencial/inductiva -pasiva-; participativa -activa-); y 4) el tipo de información de salud compartida. Estos indicadores incluyen la posibilidad de lazos directos o mediados a través de otras formas de interacción. El análisis de red socio-céntrica permitió comprobar la conectividad o dispersión de la red. El análisis permitió observar que tipo de vínculos se presentan, si son dirigidos (asimétricos), o no-dirigidos (simétricos), es decir, si la relación dada implica reciprocidad, concluyendo que en este caso se trata de una red asimétrica. Se dicotomizó la red sociocéntrica (transformarla en 1 relación; y 0 no hay relación).

El investigador seleccionó sus indicadores y determinó qué tipo de indicadores relacionales tomar en consideración. Los datos recogidos en el trabajo de campo permitieron construir una matriz de doble entrada, mediante la cual se ingresaron los datos al programa UCINET 6.

A continuación, se analizan algunas estadísticas estructurales, como centralidad de nodos y redes y métricas de prestigio, es decir, intermediación, vector propio y centralidad de cercanía.

La red presentada exigió un cálculo e interpretación mediante los siguientes indicadores de redes:

- ❖ Densidad de la red.
- ❖ Indicadores de centralidad:
 - Grado de centralidad (*Degree Centrality*) (todos los índices intentan medir la visibilidad, la importancia o la "prominencia" de cada nodo. Pero distinguimos dos tipos de protagonismo: centralidad y prestigio).
 - Grado de intermediación (*Betweenness Centrality*).
 - Grado de cercanía (*Closeness Centrality*).
 - Grado de prestigio (*degree prestige*).
 - Índice de centralidad de información.
- ❖ Medidas de cohesión
 - Reciprocidad
 - Distancia promedio
 - Coeficiente de agrupamiento (*Clustering coefficient*)
 - Adyacencia

5.4.1 Densidad de la red

Este indicador permitió observar la alta o baja conectividad de la red. La densidad alude a la proporción de contactos existente en una red con relación al total de vínculos posible. Es una medida expresada en porcentaje del cociente entre el número de relaciones existentes con las posibles. La red investigada está constituida por un total de 35 actores en total (entre organizaciones internas y externas a la comuna) representados a través de nodos (cantidad de conexiones). En esta red se evidencian 291 relaciones posibles en la red evidenciada según las informaciones obtenidas. La densidad de la red es de 0.24454, que expresada en porcentaje sería 24.45% (para una mejor interpretación); es decir, los 291 vínculos (*ties*) observados, representan 24.45% de los vínculos posibles de toda la red (tamaño $n=35$). La densidad debe ser moderadamente elevada para aumentar la agilidad en el intercambio de información y recursos. La desviación estándar es de 0.430 y el grado medio de la red es de 8.314.

Tabla No. 17 Resultado de la densidad de la red de 35 nodos y 291 vínculos

	1	2	3	4
	Density	No. of	Std Dev	Avg Deg
		Ties		ree
1 matriz entrada 2x2 ARS comuna 16	0.245	291	0.430	8.314

1 rows, 4 columns, 1 levels.

Fuente: elaboración propia (2024).

5.4.2 Grado de centralidad

El grado de centralidad es el número de actores a los cuales un actor está directamente unido. El grado de centralidad mide el poder de un actor que integra una red. La centralidad alude a qué tan cerca está un actor del centro de una red, y este centro refiere a las posiciones de actores que ejercen mayor dominancia e influencia. El grado de centralidad es definido por la cantidad de enlaces, por el número de conexiones directas (distancia igual a 1) que tiene un actor con los demás. Lo anterior, se infiere conforme los enlaces *directos*. No obstante, en el caso de los enlaces *indirectos*, es decir, cuando el nodo A está vinculado indirectamente a B, pasando por C, se observa que algunos nodos se vinculan a la ESE, a través de otro nodo, el cual es por lo general en este caso, el nodo Liga de Usuarios, un nodo muy activo el cual comunica información de salud permanentemente (jornadas de salud, citologías, vacunación, horarios de atención, cambios estructurales, entre otros), cumpliendo una función de nodo intermediario entre la institución de salud y las organizaciones sociales de la comuna 16.

En esta red el máximo grado de centralidad se identifica en el nodo Comité de Planificación (Cali 16) (0,735294), que se traduce en un porcentaje de (73,5%); seguido por el nodo Institución de Salud Ese Sur Oriente (70,5%), hasta el mínimo grado de centralidad (0,029412) identificado en varios actores con pocos relacionamientos directos (ver figura No. 14).

Figura No. 14 Grados de centralidad de la red (de mayor a menor)

*In undirected networks, the DC index is the sum of edges attached to a node u.
In directed networks, the index is the sum of outbound arcs from node u to all adjacent nodes (also called "outDegree Centrality").
If the network is weighted, the DC score is the sum of weights of outbound edges from node u to all adjacent nodes.
Notes: To compute inDegree Centrality, use the Degree Prestige measure.
DC' is the standardized index (DC divided by N-1 (non-valued nets) or by sumDC (valued nets).*

DC range: $0 \leq DC \leq 34$

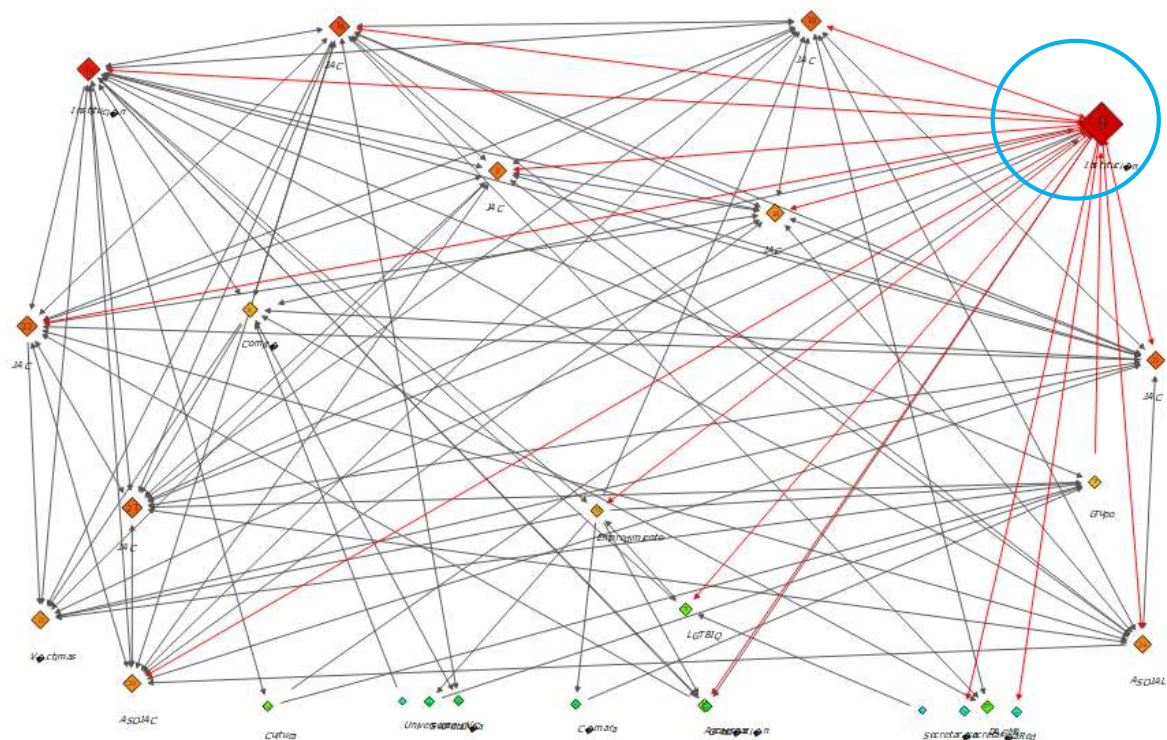
DC' range: $0 \leq DC' \leq 1$

Node ↓	Label ↓	DC ↓	DC' ↓	%DC' ↓
10	Institución	25.000000	0.735294	73.529412
9	Institución	24.000000	0.705882	70.588235
7	Liga	22.000000	0.647059	64.705882
16	JAC	17.000000	0.500000	50.000000
17	JAC	16.000000	0.470588	47.058824
23	JAC	15.000000	0.441176	44.117647
21	JAC	14.000000	0.411765	41.176471
6	Mesa	13.000000	0.382353	38.235294
19	JAC	13.000000	0.382353	38.235294
8	Comité	11.000000	0.323529	32.352941
18	JAC	11.000000	0.323529	32.352941
22	JAC	11.000000	0.323529	32.352941
24	ASOJAL	10.000000	0.294118	29.411765
2	Adulto	9.000000	0.264706	26.470588
11	Empredimiento	9.000000	0.264706	26.470588
20	ASOJAC	9.000000	0.264706	26.470588
4	Red	7.000000	0.205882	20.588235
5	Plataforma	7.000000	0.205882	20.588235
12	Grupo	7.000000	0.205882	20.588235
1	Comité	6.000000	0.176471	17.647059
27	DAGMA	6.000000	0.176471	17.647059
3	Comité	5.000000	0.147059	14.705882
13	LGTBIQ	5.000000	0.147059	14.705882
14	Cultura	4.000000	0.117647	11.764706
15	Víctimas	2.000000	0.058824	5.882353
25	Alcalde	2.000000	0.058824	5.882353
30	CVC	2.000000	0.058824	5.882353
32	Secretaría	2.000000	0.058824	5.882353
26	Gobernación	1.000000	0.029412	2.941176
28	Secretaría	1.000000	0.029412	2.941176
29	Red	1.000000	0.029412	2.941176
31	Universidad	1.000000	0.029412	2.941176
33	Secretaría	1.000000	0.029412	2.941176
34	Secretaría	1.000000	0.029412	2.941176
35	Cámara	1.000000	0.029412	2.941176

Fuente: elaboración propia (2024).

La figura No. 15 permite ver el actor Institución de Salud Ese Sur Oriente (con figura de rombo y encerrado en círculo azul), con 15 relaciones recibidas y 18 relaciones enviadas, indica que tiene más relacionamientos dirigidos. Específicamente, significa que este nodo tiene un alto reconocimiento, prestigio e influencia en el interior de la red analizada. En consecuencia, el actor que no presenta un alto *in-degree* y un *out-degree*, no presenta gran influencia, reconocimiento o prestigio relacional en la red a la que pertenece.

Figura No. 15 La Ese Sur Oriente y sus relacionamientos graficados



Fuente: elaboración propia (2024).

5.5 Indicadores de centralidad

Los indicadores de centralidad ayudan a intentar describir los patrones de conectividad dentro de una red. De igual manera, obtener las propiedades que describen la composición de los nodos y sus límites. Por tanto, beneficia la determinación de la posición de los nodos en la red, así como comprender dónde se posicionan los actores, y qué caminos existen entre los diferentes nodos y dónde se localiza cada nodo en la red completa.

5.5.1 Grado de intermediación (*Betweenness Centrality*)

La centralidad de intermediación mide la importancia de un nodo para los caminos más cortos a través de la red. Se establece mediante el número de veces que las conexiones deben pasar por un solo nodo para conectarse, medida en que una persona es un intermediario de conexiones indirectas entre todos los demás en la red (Reynoso, 2018). El grado de intermediación indica la frecuencia con que aparece un nodo en el tramo más corto (o geodésico) que conecta a otros dos, es decir, el número de veces que un actor está en la ruta entre otros dos actores de la red.

Lo que importa es encontrar el camino más corto entre organizaciones. Según un índice de prominencia con base en esta medida, la cual indica, al menos para efectos de este análisis, que este rol ejercido por estos nodos identificados puede ayudar a generar cambios en la red, dada su característica como potenciales intermediarios de contenidos (facilitan ampliamente flujos de información de salud) e influyentes actores en la red dada su credibilidad y confianza como «organizaciones puente» por su histórica participación con instancias estatales, y difusión de aprendizajes colaborativos.

El máximo de centralidad de intermediación en la red analizada lo registra el nodo Institución Ese Sur Oriente con un grado de intermediación de 0.219 (21.9 %), seguido del nodo Comité de Planificación con un grado de intermediación de 0.214 (21.4 %), y del nodo Adulto Mayor con un grado de intermediación de 1.55 (15.5%) (ver figura No. 16).

Figura No. 16 Centralidad de intermediación de la red (de mayor a menor)

Network name: matriz entrada 2x2 ARS comuna 16.net
 Actors: 35

The BC index of a node u is the sum of $\delta_{(z,t,u)}$ for all $z, t \in V$ where $\delta_{(z,t,u)}$ is the ratio of all geodesics between z and t which run through u .
 Read the Manual for more.

BC' is the standardized index (BC divided by $(N-1)(N-2)/2$ in symmetric nets or $(N-1)(N-2)$ otherwise).

BC range: $0 \leq BC \leq 1122$ (Number of pairs of nodes excluding u)
 BC' range: $0 \leq BC' \leq 1$ (BC'=1 when the node falls on all geodesics)

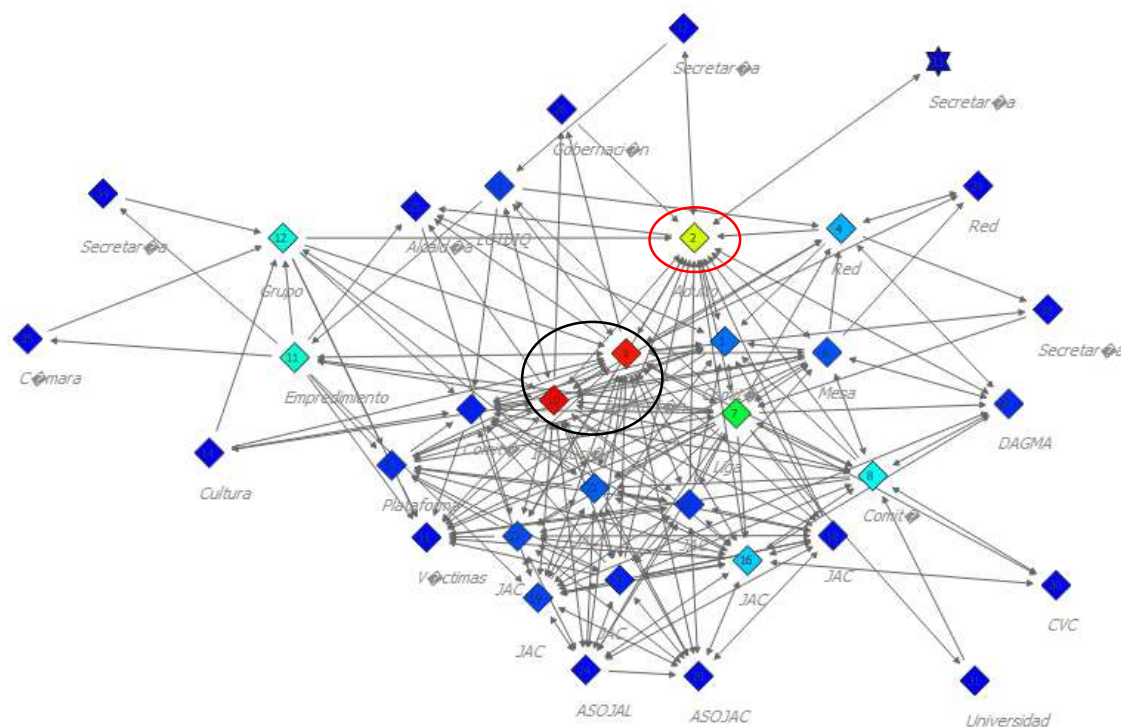
Node ↓	Label ↓	BC ↓	BC' ↓	%BC' ↓
10	Institución	246.624860	0.219808	21.980825
9	Institución	241.190013	0.214964	21.496436
2	Adulto	174.676994	0.155684	15.568360
7	Liga	109.653320	0.097730	9.773023
11	Empredimiento	71.253968	0.063506	6.350621
12	Grupo	69.595833	0.062028	6.202837
8	Comité	62.604293	0.055797	5.579705
16	JAC	49.901529	0.044476	4.447552
4	Red	42.945238	0.038276	3.827561
1	Comité	26.066071	0.023232	2.323179
21	JAC	21.813506	0.019442	1.944163
6	Mesa	19.355829	0.017251	1.725118
22	JAC	17.822222	0.015884	1.588433
19	JAC	15.657842	0.013955	1.395530
13	LGTBIQ	13.681349	0.012194	1.219372
17	JAC	11.949311	0.010650	1.065001
5	Plataforma	9.423811	0.008399	0.839912
27	DAGMA	9.364163	0.008346	0.834596
23	JAC	7.428122	0.006620	0.662043
3	Comité	6.340188	0.005651	0.565079
18	JAC	2.804275	0.002499	0.249935
24	ASOJAL	1.827328	0.001629	0.162863
25	Alcalde	1.700000	0.001515	0.151515
20	ASOJAC	1.627328	0.001450	0.145038
15	Víctimas	1.305106	0.001163	0.116320
28	Secretaría	1.200000	0.001070	0.106952
32	Secretaría	0.854167	0.000761	0.076129
30	CVC	0.333333	0.000297	0.029709
14	Cultura	0.000000	0.000000	0.000000
26	Gobernación	0.000000	0.000000	0.000000
29	Red	0.000000	0.000000	0.000000
31	Universidad	0.000000	0.000000	0.000000
33	Secretaría	0.000000	0.000000	0.000000
34	Secretaría	0.000000	0.000000	0.000000
35	Comuna	0.000000	0.000000	0.000000

Fuente: elaboración propia (2024).

La figura No. 17 permite visualizar lo analizado en el párrafo anterior: un círculo negro encierra los nodos Ese Sur Oriente y Comité de Planificación, los cuales son los que tienen mayor centralidad de intermediación de la red. De igual manera, se observa el nodo Adulto Mayor,

encerrado en un círculo rojo. También se aprecia un alto número de nodos de color azul oscuro dispersos a lo largo de la red.

Figura No. 17 Actores según grado de intermediación



Fuente: elaboración propia (2024).

5.5.2 Grado de cercanía (*Closeness Centrality*)

La centralidad de cercanía indica qué tan cerca está un actor de todos los demás en la red, capturando la distancia promedio entre cada actor y todos los demás actores de la red. Suele calcularse como el promedio de la longitud del camino más corto, desde un actor hacia todos los actores en una red (Reynoso, 2018). La centralidad de cercanía o proximidad se refiere a la distancia que tiene un nodo respecto a los demás nodos de la red, indica el promedio de qué tan cercano está un actor al resto de los actores en una red. Es un índice para medir la facilidad de acceso de un nodo al resto de nodos de la red.

La red estudiada registra tres actores con un porcentaje mayor a 70%: Comité de Planificación (79.0 %); Ese Sur Oriente (77.2 %), y Liga de Usuarios (73.9 %), lo cual permite inferir para este caso una cercanía con un importante número de actores en la red, un relevante poder global, alta influencia y capacidad de margen de maniobra en la red para ejercer labores de articulación comunitaria. En el caso del Comité de Planificación su injerencia es de capital importancia porque orienta la distribución de proyectos y recursos económicos en la comuna 16.

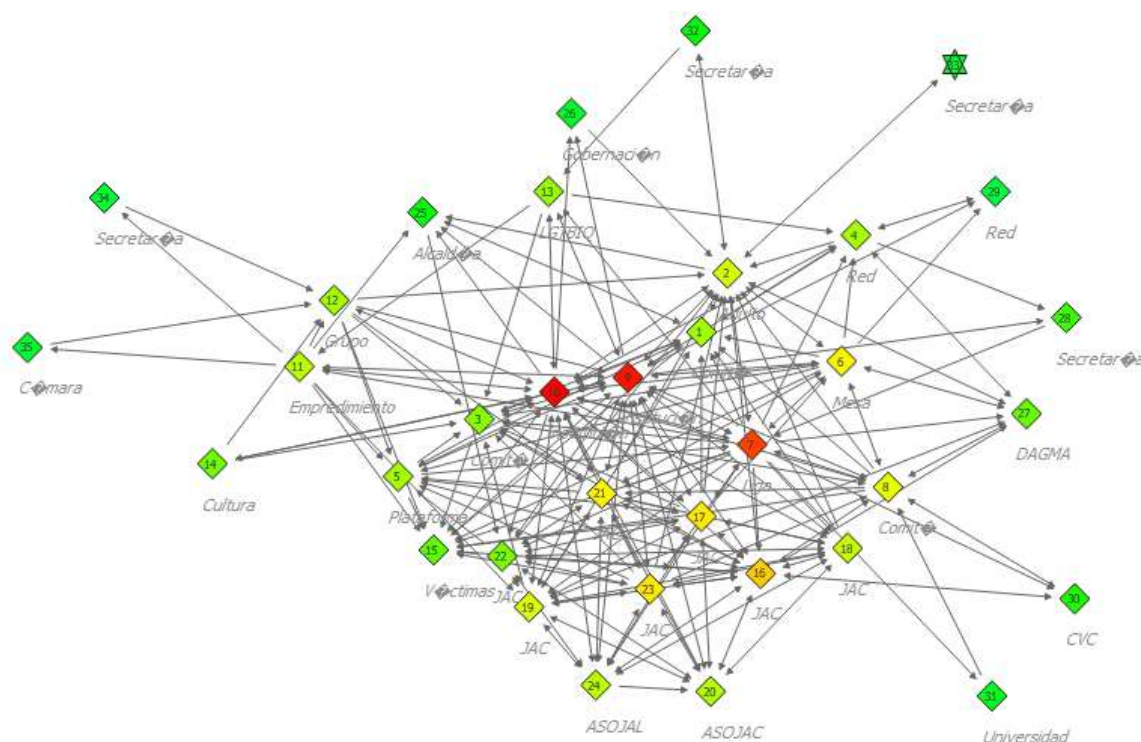
Figura No. 18 Centralidad de cercanía de la red (de mayor a menor)

Network name: matriz entrada 2X4 ARS comuna 10.net				
Actors: 35				
The CC index is the inverted sum of geodesic distances from each node u to all other nodes.				
Note: The CC index considers outbound arcs only and isolate nodes are dropped by default.				
Read the Manual for more.				
CC' is the standardized index (CC multiplied by (N-1 minus isolates)).				
CC range: $0 \leq CC \leq 0.0294118$ ($1 / \text{Number of node pairs excluding u}$)				
CC' range: $0 \leq CC' \leq 1$ (CC'=1 when a node is the center of a star graph)				
Node ↓	Label ↓	CC ↓	CC' ↓	%CC' ↓
10	Institución	0.023256	0.790698	79.069767
9	Institución	0.022727	0.772727	77.272727
7	Liga	0.021739	0.739130	73.913043
dirección	jac	0.018519	0.629630	62.962963
17	jac	0.017857	0.607143	60.714286
23	jac	0.017857	0.607143	60.714286
6	entina baja	0.017544	0.596491	59.649123
21	jac	0.017544	0.596491	59.649123
8	comité	0.016949	0.576271	57.627119
19	jac	0.016667	0.566667	56.666667
2	adaltos	0.016393	0.557377	55.737705
18	jac	0.016129	0.548387	54.838710
11	emprendimiento	0.015873	0.539683	53.968254
24	ASOJAL	0.015873	0.539683	53.968254
20	ASOJAC	0.015625	0.531250	53.125000
4	Rojos	0.015385	0.523077	52.307692
5	Plataforma	0.015385	0.523077	52.307692
12	grupo	0.015385	0.523077	52.307692
1	comité	0.015152	0.515152	51.515152
13	LGTBIQ	0.014925	0.507463	50.746269
3	comité	0.014706	0.500000	50.000000
22	jac	0.014286	0.485714	48.571429
14	Cultura	0.014085	0.478873	47.887324
27	DAGMA	0.013889	0.472222	47.222222
15	Victimas	0.013699	0.465753	46.575342
28	secretaria	0.012821	0.435897	43.589744
30	CVC	0.012195	0.414634	41.463415
25	Alcaldia	0.011494	0.390805	39.080460
32	secretaria	0.011494	0.390805	39.080460
31	universidad	0.010989	0.375626	37.562637
26	Gobernación	0.010753	0.365591	36.559140
33	secretaria	0.010638	0.361702	36.170213
34	secretaria	0.010417	0.354167	35.416667
35	cámara	0.010417	0.354167	35.416667
29	Rojos	0.010204	0.346939	34.693878

Fuente: elaboración propia (2024).

El color de cada nodo representa su puntuación en un índice de prominencia seleccionado por el usuario. El color muestra qué tan importante es el actor dentro de la red en términos de centralidad o prestigio. Se utilizan diferentes valores de tono (desde 0, que es rojo absoluto, hasta 240, que es azul absoluto), según la puntuación de prominencia de cada nodo. De esta manera, los actores menos importantes (la periferia) se colorean de verde oscuro, mientras que los más importantes (el núcleo) se colorean de rojo. Un actor de color amarillo significa que es más importante que los de marrón o verde claro, pero menos importante que los de color rojo. La figura No. 19 muestra, por ejemplo, la ubicación de los nodos con rombo de color rojo (Comité de Planificación, Ese Sur Oriente y Liga de Usuarios), visualizados en el centro de la red.

Figura No. 19 Centralidad de cercanía de la red, prominencia por colores



Fuente: elaboración propia (2024).

5.5.3 Centralidad de información

El índice CI (centralidad de información), introducido por Stephenson y Zelen (1991), mide el flujo de información a través de todos los caminos (todas las rutas posibles), entre actores ponderados por la fuerza del vínculo y la distancia. En este caso indica que el máximo CI (0,053484) lo tiene

el nodo Ese Sur Oriente, el cual presenta la mayor capacidad de comunicar un flujo de información determinado a los demás nodos; y el de menor CI (0,013308) lo tiene el nodo Secretaría de Desarrollo Económico.

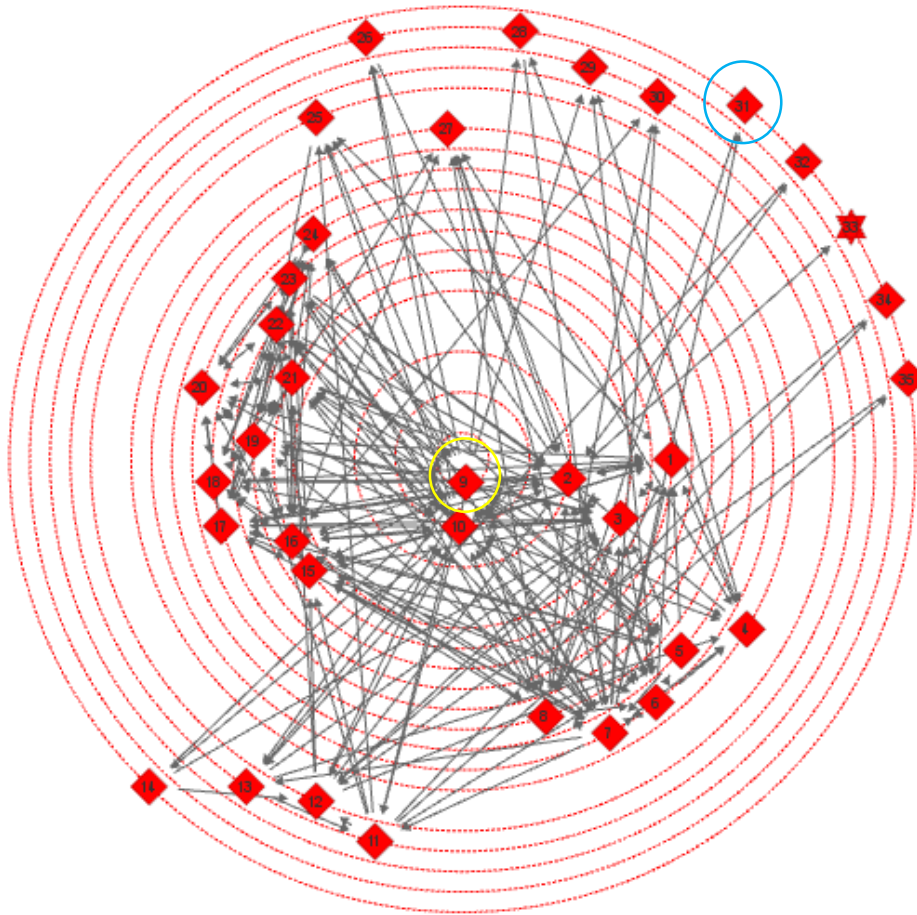
5.5.4 Centralidad de eigenvector

El indicador centralidad de eigenvector o centralidad de vector propio, se enfoca en identificar a los actores más centrales (los que tienen la medida de lejanía más pequeña, respecto a los demás), los menos distantes de los demás en términos de la estructura 'global' o 'general' de la red. Las puntuaciones más altas indican que los actores son 'más centrales' mientras que los valores más bajos indican que los actores son más periféricos. Este indicador suele ofrecer una versión 'más limpia' de las medidas de centralidad de cercanía. La centralidad de vector propio es una extensión de la centralidad de grado más simple porque otorga a cada actor una puntuación proporcional a las puntuaciones de sus vecinos. Para esta red se observa que el Comité de Planificación (CALI 16) presenta un 100% en la centralidad de eigenvector, seguido de la institución Ese Sur Oriente con un 93.6%.

5.5.5 Grado de prestigio (*degree prestige*)

El grado de prestigio permite identificar que el nodo con mayor prestigio es la institución Ese Sur Oriente (0,053484), ubicado en el centro de la red (encerrado en círculo amarillo) y el de menor grado es el nodo Universidad Santiago de Cali (0,013308), ubicado en la periferia de la red (encerrado en círculo azul) (ver figura No. 20).

Figura No. 20 Grado de prestigio por tipo de red radial



Fuente: elaboración propia (2024).

5.6 Medidas de cohesión

Los indicadores de estructura (cohesión) son medidas de la red completa, diferentes a las medidas de centralidad que son indicadores individuales. Este apartado se enfoca en el análisis de las medidas básicas de red/gráfico, las medidas o métricas de cohesión de red -propiedades estructurales de la red-, tales como reciprocidad, distancias geodésicas entre nodos (longitudes de camino más cortas), el coeficiente de agrupamiento (*Clustering coefficient*), y la conectividad.

5.6.1 Reciprocidad

La reciprocidad es una medida de la probabilidad de que los actores de una red dirigida estén mutuamente vinculados. Se habla de una red simétrica si esta tiene una proporción de vínculos recíprocos que involucran al actor respecto del total de vínculos entrantes y salientes. Existen dos métodos diferentes para indexar (registrar ordenadamente) el grado de reciprocidad en una red: 1) la reciprocidad en arco, que es la fracción de vínculos recíprocos sobre todos los vínculos reales en la red; y 2) la reciprocidad dada que es la fracción de pares de actores que tienen vínculos recíprocos sobre todos los pares de actores que tienen alguna conexión. En una red dirigida, la reciprocidad del arco mide la proporción de aristas dirigidas que son bidireccionales, es decir, si existen relaciones entre actores que son de ida y vuelta. Si la reciprocidad es 1, entonces la matriz de adyacencia es estructuralmente simétrica, en el caso de esta red no lo es. En una red dirigida la reciprocidad de díadas mide la proporción de díadas de actores conectados que tienen vínculos bidireccionales entre ellos. La reciprocidad de arco de la red es de $192/291 = 0,659794$, es decir, 192 de 291 vínculos posibles (cuántos vínculos tiene un nodo con otros nodos de la red). De todos los vínculos reales en la red, el 65,9% son recíprocos. En tanto, la reciprocidad diádica: $96/195 = 0,492308$. De todos los pares de actores que tienen algún vínculo, el 49,2% tiene una conexión recíproca.

Una alta reciprocidad refleja un grado elevado de fluidez en los intercambios. La evolución de las redes hacia mayores niveles de reciprocidad implica una mejor coordinación.

Figura No. 21 Proporciones de reciprocidad por actor

Actor	Etiqueta	Simétrico	no simétrico	nsym fuera/nsym	nsym en/nsym	nsym fuera/fuera	nsym en/en
1	Comité	0.526316	0.473684	0.111111	0.888889	0.166667	0.615385
2	adultos	0.592593	0.407407	0.0909091	0.909091	0.111111	0.555556
3	Comité	0,4	0,6	0.0833333	0.916667	0,2	0.733333
4	Rojo	0.571429	0.428571	0,5	0,5	0.428571	0.428571
5	Plataforma	0,25	0,75	0.416667	0.583333	0,714286	0.777778
6	Colina baja	0.666667	0.333333	0.857143	0.142857	0,461538	0,125
7	Liga	0,4	0,6	0.888889	0.111111	0.727273	0,25
8	Comité	0.666667	0.333333	0.571429	0.428571	0.363636	0.3
9	Institución	0.826087	0.173913	0,625	0.375	0.208333	0.136364
10	Institución	0.888889	0.111111	1	0	0,2	0
11	emprendimiento	0.307692	0.692308	0.777778	0.222222	0.777778	0,5
12	grupo	0.166667	0.833333	0,6	0,4	0.857143	0,8
13	LGTBIQ	0,444444	0,555556	0,6	0,4	0,6	0,5
14	Cultura	0,4	0,6	1	0	0,75	0
15	Víctimas	0,25	0,75	0	1	0	0.857143
dieciséis	jac	0.83871	0.16129	0,8	0,2	0.235294	0.0714286
17	jac	0.740741	0.259259	0.857143	0.142857	0.375	0.0909091
18	jac	0.818182	0.181818	0,5	0,5	0.181818	0.181818
19	jac	0.846154	0.153846	0,5	0,5	0.153846	0.153846
20	ASOJAC	0.947368	0.0526316	0	1	0	0.1
21	jac	0.785714	0.214286	0,5	0,5	0.214286	0.214286
22	jac	0.695652	0.304348	0.428571	0.571429	0.272727	0.333333
23	jac	0.769231	0.230769	0.833333	0.166667	0.333333	0.0909091
24	ASOJAL	0,9	0.1	0,5	0,5	0.1	0.1
25	Alcaldía	0.285714	0.714286	0,2	0,8	0,5	0,8
26	Gobernación	0	1	0.333333	0.666667	1	1
27	DAGMA	0.923077	0.0769231	0	1	0	0.142857
28	secretaria	0	1	0.333333	0.666667	1	1
29	Rojo	0,5	0,5	0	1	0	0.666667
30	CVC	0,8	0,2	0	1	0	0.333333
31	universidad	0	1	0,5	0,5	1	1
32	secretaria	0.666667	0.333333	1	0	0,5	0
33	secretaria	1	0	0	0	0	0
34	secretaria	0	1	0,5	0,5	1	1
35	cámara	0	1	0,5	0,5	1	1

Fuente: elaboración propia (2024).

5.6.2 Distancias geodésicas

Este índice muestra el camino más corto entre dos pares de actores basándose en vínculos de confianza y participación. El análisis de las distancias geodésicas es clave para entender los pasos que un actor debe transitar para conectarse a otro actor, siguiendo el camino más corto. Si los actores están conectados entre sí de forma directa (lo están a 1 paso de distancia) o indirecta (lo están a más de 1 paso de distancia), si tienen relaciones intensas (tienen un grado mayor o igual a 2). Para Cárdenas (2017) “a mayor distancia, más extensa es la red y costosa es la comunicación y posibilidad de coordinación. A menor distancia, más compacta es la red y

fácil es la comunicación y coordinación, ya que se recurre a menos conectores intermediarios” (p. 79).

Indicadores relacionales dirigidos o asimétricos, implican una dirección en la relación: quién contacta a quién. En tanto, una relación no dirigida o asimétrica implica quién conoce a quién, y en este caso, interesa más la primera para intentar entender cómo trabajan en red en salud en la comuna 16, quién contacta a quién para adelantar labores en el ámbito de salud, quizá orientadas a temas de prevención y promoción de la salud. Algunas relaciones evidencian la existencia de un solo camino (de ida y/o de vuelta).

5.6.3 Distancia promedio

La distancia promedio, en teoría de grafos se considera una medida natural de la compacidad de un gráfico (Social Network Visualizer, s.f.). La distancia promedio del camino es la longitud promedio de los caminos más cortos (geodésicas) en esta red conectada es la suma de distancias por pares dividida por N^* ($N-1$).

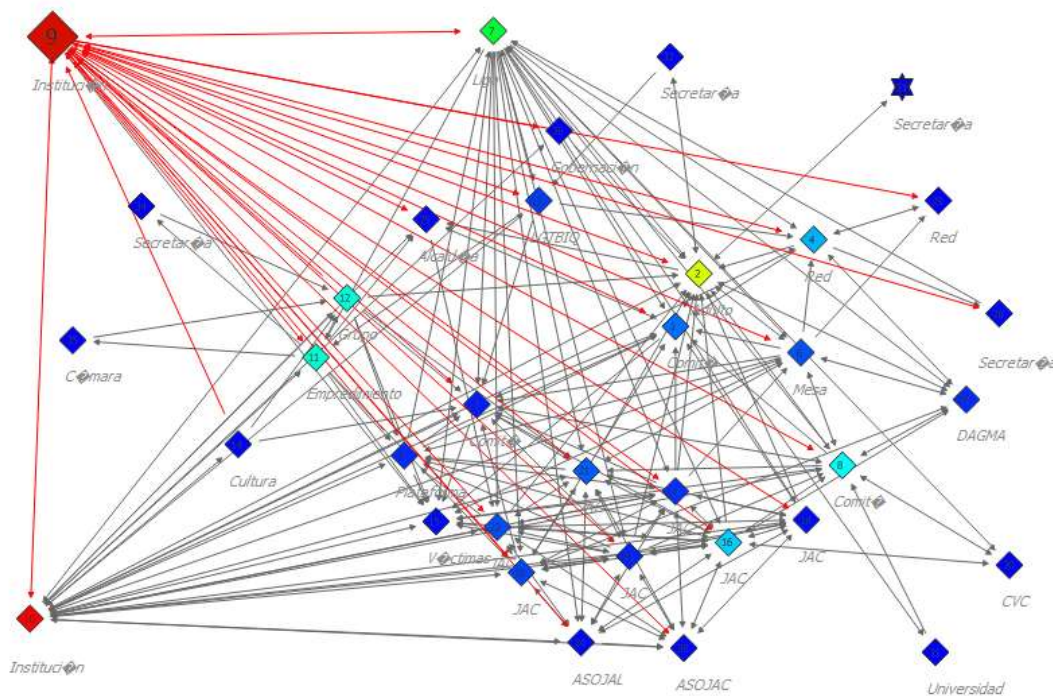
El promedio de distancia en esta red es de 2.041, lo cual indica que en promedio dos organizaciones de la red se conectan mediante dos pasos, es decir, utilizando al menos dos conectores o intermediarios. Las organizaciones sociales de la red conformada en la comuna 16 no forman una red social altamente compacta, sino que se conectan por intermediarios.

5.6.4 Coeficiente de clusterización

El coeficiente de clusterización local (CCL) es la proporción de vínculos que tiene un nodo respecto a los vínculos posibles que puede tener. Refleja el grado en que los nodos tienden a agruparse e indica con qué porcentaje de los demás nodos de la red coopera un nodo en particular. Indica la relación recíproca entre 3 nodos presentes en la red. Un coeficiente de clusterización alto indica una red en la que los actores se relacionan con la mayoría de los demás agentes o nodos, mientras que uno bajo puede indicar una red poco densa o con presencia de múltiples comunidades. El CCL es una medida que cuantifica qué tan cerca está cada nodo de sus vecinos y de ser un subgrafo completo (*clique*). De tal manera, un valor cercano a uno indica que el nodo está involucrado en muchas relaciones transitivas. Por tanto, en esta red se evidencia claramente un conjunto de nodos agrupados cercanamente: la JAC del barrio Antonio Nariño (98.2%), seguido de la JAC de Mariano Ramos (97.2%), y la ASOJAC (94.4%). Para cada nodo u ,

El índice de transitividad se deriva del intercambio de vínculos entre tres individuos, uno de los cuales es el puente entre dos. La transitividad indica la existencia de una relación (conexión) entre dos o más nodos, es decir, que se puede transitar por cualquiera de los nodos que tengan esta propiedad transitiva. He et al. (2024), consideran que la transitividad perfecta significa que todos en la red están interconectados con todos los demás, y que la transitividad indica la eficiencia del intercambio de información a través de la red.

Figura No. 22 Transitividad del nodo institución Ese Sur Oriente



179

5.6.5 Adyacencia

La matriz de adyacencia (proximidad entre actores) de la red, evidencia la matriz donde cada elemento $a(i, j)$ es el valor de la arista del actor i al actor j , o 0 si no existe ninguna arista. Si los nodos no están conectados, entonces $a(i, j)=0$. La matriz de adyacencia aquí solo muestra valores enteros. En esta red se observa como los nodos 9 y 10 Institución Ese Sur Oriente y Comité de Planificación (CALI 16), registran el mayor número de conexiones con otros actores. La matriz de adyacencia no es simétrica, según la prueba de simetría.

5.6.6 Clusterización de la red

Porter (1990) desarrolló el concepto de clúster comprendido como una herramienta para aumentar la competitividad, dado que podían reducir los costos de transacción, crear conocimiento y promover la formación de nuevas empresas. Para Porter (1990) el clúster funciona como un grupo de empresas interconectadas de un sector en particular, agrupadas por factores en común o que se complementan, y geográficamente cercanas.

El análisis de clúster, para Ramos-Vidal (2015), representa un procedimiento clave para identificar subgrupos en una red completa, posibilita “discernir subconjuntos densamente conectados entre sí, pero que se encuentran débilmente conectados al resto de subgrupos. Sigue una tendencia de distribución de actores en grupos jerárquicos”. En tal sentido, para identificar subgrupos se requiere conocer en profundidad los procesos que modulan la actividad y la evolución de las coaliciones, es necesario identificar las subestructuras conformadas al interior de la red.

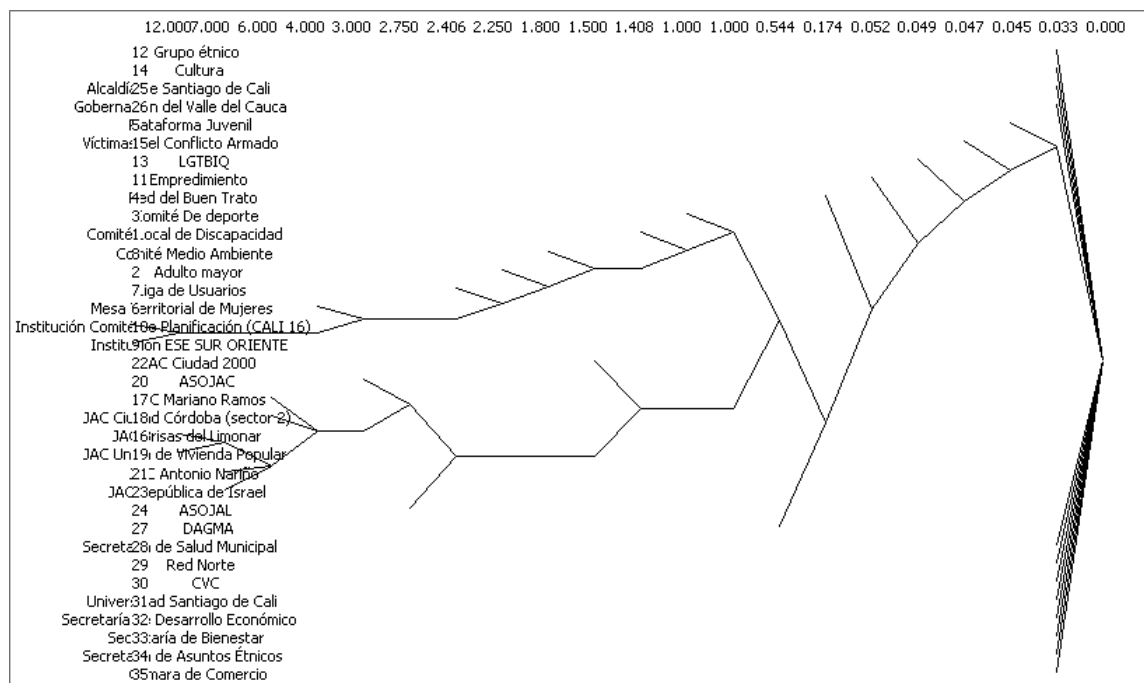
5.6.7 Diagrama de clúster o dendograma

Un dendograma es un diagrama de árbol, un tipo de representación gráfica o diagrama de datos en forma de árbol. Según Denooy et al. (2005), “en el dendrograma la longitud de una rama horizontal representa la disimilitud entre dos vértices o *clusters* cuando están unidos. En general, una jerarquía de los racimos se divide en el lugar o lugares donde las ramas se hacen grandes” (p. 267).

La figura No. 23 debe leerse de izquierda a derecha con el fin de realizar una interpretación fiel al sentido de la figura. En la figura diagrama de clúster o dendograma se puede observar algunos

nodos como el Comité de Planeación (CALI 16) y la ESE Sur Oriente, los cuales se observan perfectamente similares.

Figura No. 23 Diagrama de clúster o dendrograma



Fuente: elaboración propia, diagrama de clúster o dendrograma. Ucinet 6. Versión 6.516

5.7 Biocluster

Las organizaciones son organismos vivos y por lo tanto cambiantes a través del tiempo. Los actores que conforman la red estudiada pueden conformar un biocluster, máxime si se piensa en los objetivos primordiales del trabajo en red en salud, un conglomerado de organizaciones compuesto por entidades, comunidad, organismos, academia y gobierno. En tal sentido, un biocluster pudiese funcionar como una herramienta que potencialice la vida, priorizando el buen estado de salud poblacional en un territorio específico. Por tanto, existe una población con derechos y deberes, representada por corporaciones cívicas, grupos y formaciones sociales de diversa índole; instituciones estatales que orientan la promoción y prevención de la salud, mediante prácticas y comportamientos individuales y colectivos adecuados; existen entidades proveedoras de materiales especializados, en capacidad de ofrecer talleres de capacitación y servicios. De tal manera, las instituciones pueden reducir esfuerzos y costos a mediano y largo

plazo. De igual manera, las universidades crean conocimiento; y todos los actores en conjunto promoviendo una cultura de vida saludable.

Conforme lo anterior, se puede definir el biocluster como el conjunto de actores que interactúan, y que interconectados por factores en común o complementarios, se ubican cercanos en términos geográficos. El biocluster más que enfatizar en el papel desempeñado por la cultura de la co-participación, resalta el papel de la posición geográfica de los actores en un micro territorio determinado,

Tabla No. 18 Miembros del biocluster

Sector	Giro o categoría	Nombre
Entidad	Autoridad en salud local	Institución Ese Sur Oriente
	Autoridad en planificación	Comité de Planificación (CALI 16)
	Autoridad en salud municipal	Secretaría de Salud Municipal
	Autoridad en salud local	Red de Salud Ese Norte
	Administración Municipal	Secretaría de Desarrollo Económico
	Administración Municipal	Secretaría de Bienestar
	Administración Municipal	Secretaría de Asuntos Étnicos
	Organización social	Comité Local de Discapacidad
		Red de Buen Trato
		Discapacidad
		Adulto mayor
		Comité de deporte
		Plataforma Juvenil
		Mesa Territorial de Mujeres
		Liga de Usuarios
		Comité Medio Ambiente
		Emprendimiento
		Grupo Étnico
		LGTBIQ
		Cultura

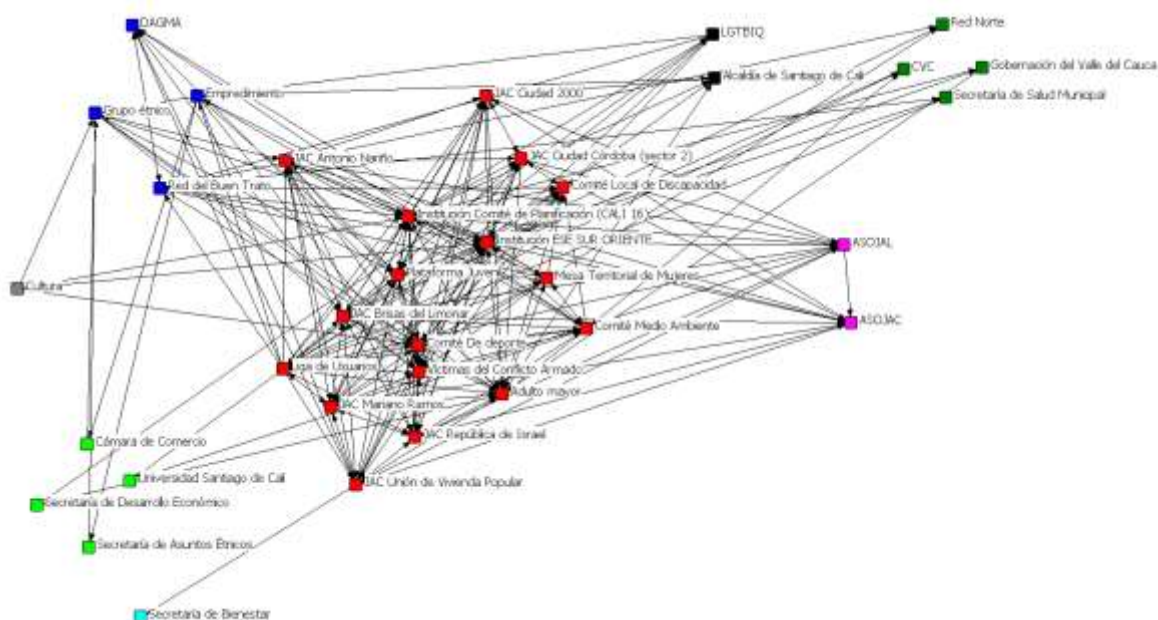
Comunidad		Víctimas del Conflicto Armado
	Corporación cívica	JAC Mariano Ramos
		JAC Ciudad Córdoba (sector 2)
		JAC Unión de Vivienda Popular
		JAC Antonio Nariño
		JAC Ciudad 2000
		JAC República de Israel
		ASOJAC
		ASOJAL
Gobierno	Administración pública	Alcaldía Municipal de Cali
		Gobernación del Valle del Cauca
Organismo	Autoridad ambiental	DAGMA
		CVC
	Institución gubernamental	Cámara de Comercio
Academia	Universidad privada	Universidad Santiago de Cali

Fuente: elaboración propia, 2024

La figura No. 24 refleja en parte el contenido de la tabla No. 3. Se visualizan mediante colores los diferentes subgrupos: los nodos de color rojo ubicados en la parte central de la red evidencian el mayor número relacionamientos establecidos. Los nodos ASOJAC y ASOJAL (en color fucsia) se observan aislados, aunque están vinculados básicamente a las Juntas de acción comunal (JAC), forman un clúster integrado por varias organizaciones que son entidades activas enfocadas en el desarrollo de iniciativas sociales. Los nodos aislados de color verde oscuro y claro, representan a las instituciones del gobierno y entidades locales y regionales con las cuales las organizaciones sociales de la comuna 16 han tenido algún tipo de relacionamiento, recibiendo talleres de capacitación y cursos de emprendimiento, los cuales han sido ocasionales y no permanentes, pero no conforman un clúster. Los nodos, cultura (en color gris) y LGBTIQ (en color negro), evidencian pocos relacionamientos y eso los ubica visualmente en la periferia de la red, al igual que los nodos en azul oscuro.

Esta figura permite observar un clique, conformado por la ASOJAC y ASOJAL, junto a todas las JAC. Claramente es un subgrupo de la red en la cual sus actores están más cercanos y unidos que el resto de los actores de la red. Definido por constituir un subgrupo de actores en el cual todos los vínculos posibles se presentan entre estos.

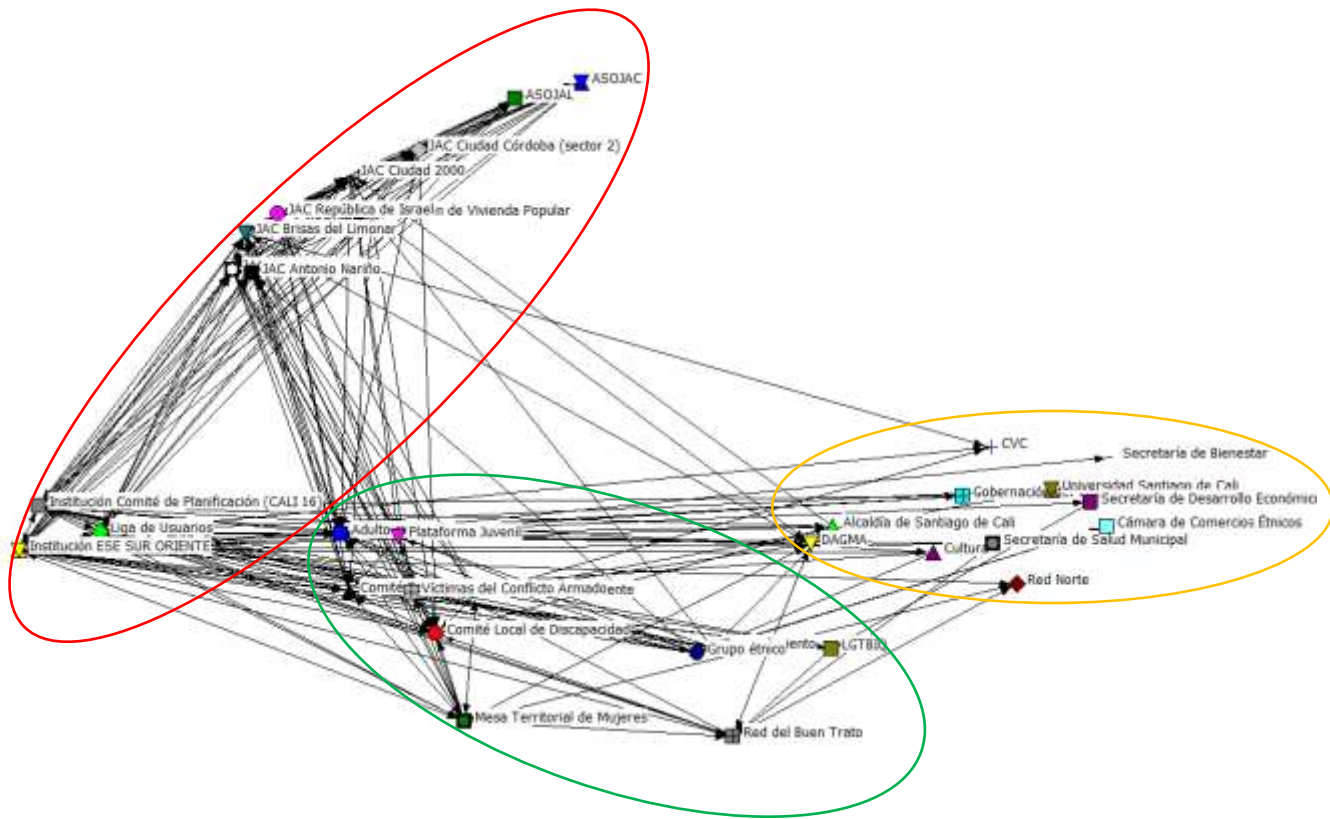
Figura No. 24 Visualización de la clusterización de la red



Fuente: elaboración propia (2024).

La figura No. 25 presenta la red total en la cual se observan tres círculos de diferentes colores que encierran diferentes actores dada su jerarquía como principales componentes o actores dado en este caso las relaciones establecidas entre sí. En tal sentido, se determina de derecha a izquierda esa jerarquía, en el círculo rojo se hallan los actores con mayor número de relaciones posibles; en la parte media (hacia abajo) se ubican los actores con un menor número de relaciones posibles; y en el círculo de color verde los actores (estatales) con menor número de relaciones, debido a sus pocos relacionamientos con las organizaciones sociales.

Figura No. 25 Componentes de la red total

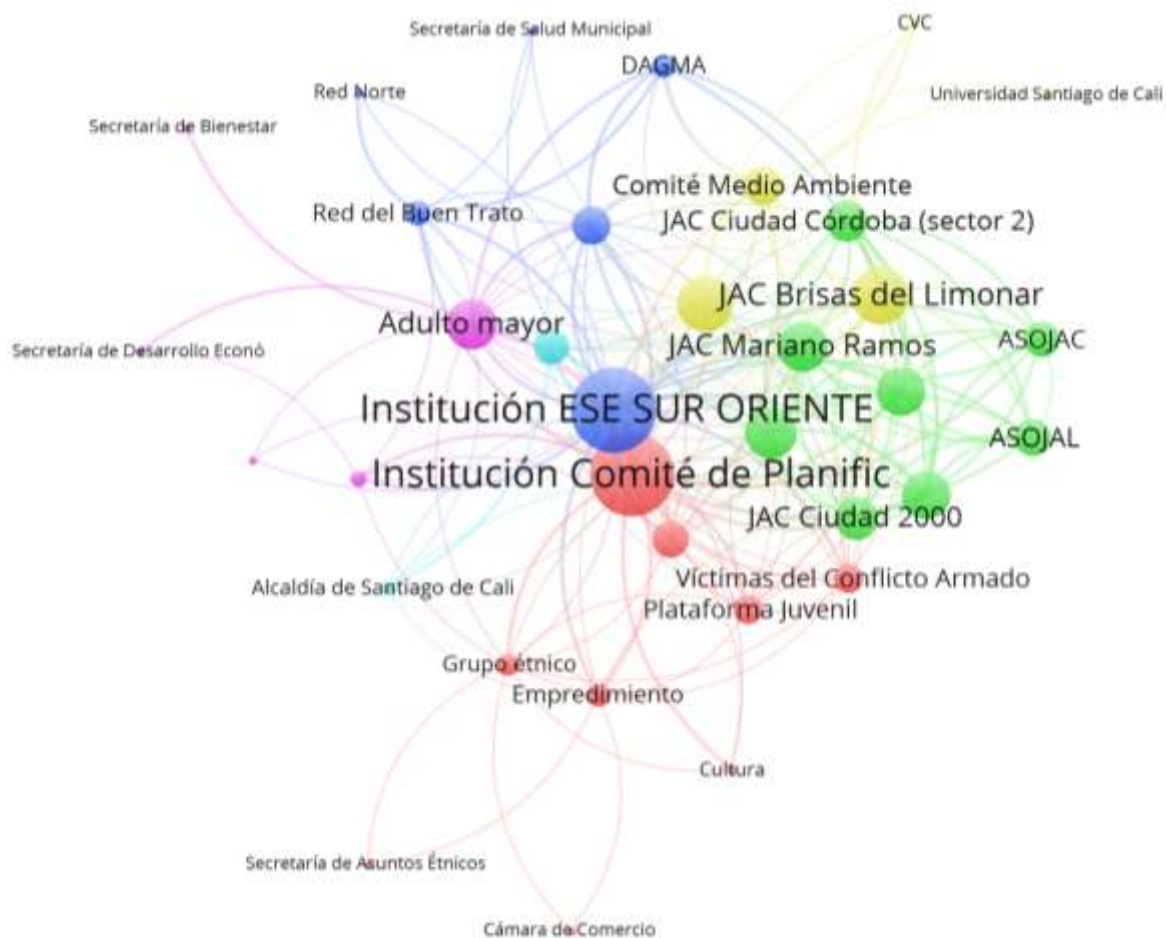


Fuente: elaboración propia (2024).

La utilización de gráficos es útil para comprender mejor la geometría de los actores y su poder social en la red. Como se muestra en la figura No. 26 que visualiza la red, esta consta de nodos que están representados por su nombre y un círculo. La diferencia en el tamaño de las organizaciones está determinada por el nivel de centralidad intermedia de las mismas, de modo tal las organizaciones que pueden interactuar más con otras organizaciones que están representadas con círculos más grandes. El tamaño de los nodos y el grosor de sus enlaces representa su grado. Cada sub-grupo está formado en su mayoría por organizaciones sociales (en color verde) con medianos niveles de conectividad entre sí, indicados por su mediano tamaño y enlaces si un denso grosor. Los actores con la centralidad más alta son la Institución ESE Sur Oriente y Comité de Planificación, reflejado en su tamaño y la magnitud de sus conexiones. Estos actores presentan mayor grado, intermediación y eigenvector, lo cual indicia que son los actores centrales y mejor conectados de la red. Controlan el flujo de información en la red basándose en los caminos más cortos entre otras organizaciones. Estas organizaciones se denominan centros

de información de la red y desempeñan un papel importante como intermediarios que controlan y transmiten información en la red (ver la figura No. 26).

Figura No. 26 Actores por tamaño de los nodos y el grosor de sus enlaces



Fuente: Red elaborada con Vosviewer (2024).

5.8 Graficación de datos relacionales

La red presentada precisó la graficación de las siguientes redes:

- Vista general de la red de organizaciones comuna 16
- Red de relaciones Árbol radial (Radial Tree/Graph)
- Componentes de la red total

La figura No. 27 muestra el conglomerado de actores de la red estudiada, con las relaciones informadas por cada participante en términos de vínculos establecidos. Las relaciones descritas

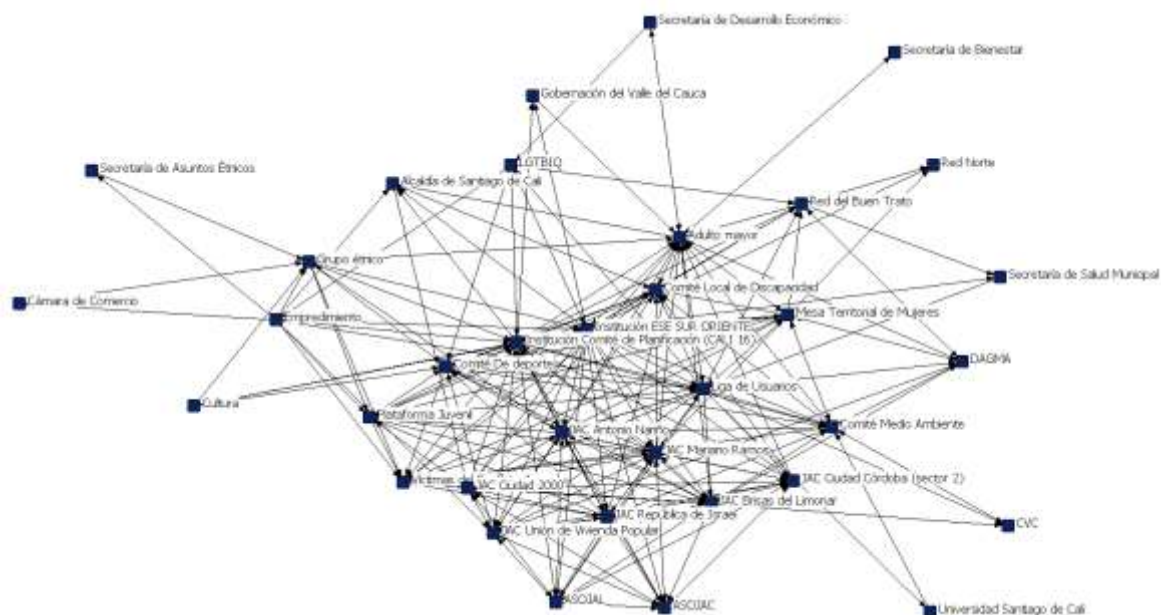
que se recogieron en el trabajo de campo despejan la duda de que las acciones vinculantes entre los diversos actores (nodos) no son al azar, por el contrario, se observa una clara centralización de actores primordiales como es el caso del Comité de Planificación (CALI 16) y la institución Red Ese Sur Oriente, los cuales están ubicados en la parte central de la figura. Lo anterior, significa que estos dos actores tienen no solo la mayor cantidad de enlaces, y por lo tanto de colaboraciones.

Estas dos instituciones han ejercido históricamente una importante relación de poder por su naturaleza estatal y funciones desplegadas en el territorio con las organizaciones sociales. Son actores interdependientes que comportan servicios estructurados dispuestos a favorecer las necesidades poblacionales. Poseen la capacidad de controlar flujos de recursos (capital) en la red, es decir, transferencia de recursos no materiales (envío o recibo de información, por ejemplo) poseen el mayor grado de influencia respecto a los demás actores, sin importar si son de algún clúster o no, y se comunican fácilmente con diferentes miembros de la red.

El Comité de Planificación (CALI 16), por ejemplo, aglutina a todas las organizaciones de la comuna, dada su naturaleza como entidad rectora para la distribución de recursos comunitarios, otorgados mediante la formulación e implementación de proyectos de diversa índole. En tanto, la institución Ese Sur Oriente, puede estructurar una red decididamente en salud, organizando y coordinando a los diferentes actores de la comuna para generar iniciativas en salud con una promoción de amplio alcance y así potenciar las interacciones y sinergias en el territorio.

Al no existir azar en las relaciones de la red investigada, el grafo resultante (ver figura 1) permite visualizar el mapa de las relaciones y los vínculos que componen cada relación particular de los miembros de la red. Se observa que algunas Secretarías y una universidad evidencian una baja influencia en la red, no es relevante.

Figura No. 27 Vista general de la red de organizaciones comuna 16



Fuente: elaboración propia, generado con NetDraw 2.139.

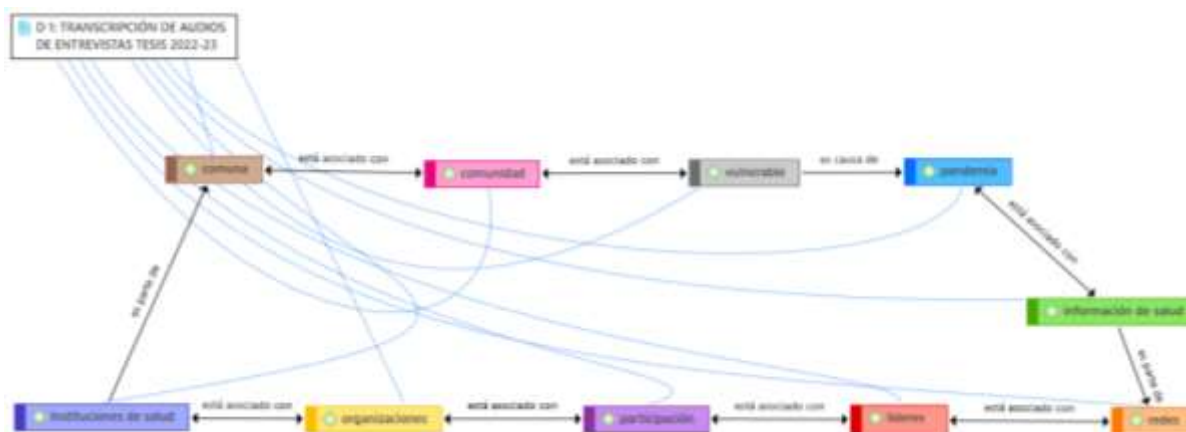
La figura No. 28 presenta una visualización a través de un árbol radial, relaciones visualizadas entre actores de la red en color azul, respecto al nodo Mesa Territorial de Mujeres, el cual evidencia en la red un total de 13 vínculos. Se puede afirmar que un árbol radial crece hacia afuera, y presenta una representación visual topológica, es decir, una visualización en un espacio determinado, en este caso, sobre la red diseñada. Esta ordenación de carácter jerárquico provee una visualización ligera de algunos actores principales.

5.9 Resultados análisis cualitativo

189

La visualización es un elemento clave para descubrir conexiones entre conceptos, interpretar sus hallazgos y comunicar eficazmente los resultados. La figura No. 29 asocia diferentes actores e instancias de análisis.

Figura No. 29 Visualización de conceptos clave, según ATLAS.ti23



Fuente: elaboración propia (2024).

La participación individual de los actores para la realización de esta investigación es anonimizada. Por tanto, la información suministrada sobre varios temas de capital importancia sobre sus organizaciones y desarrollos comunitarios se incluyeron reservando sus identidades.

Uno de los objetivos de este estudio fue comprender el modo en el cual las relaciones están determinadas por diversos factores relacionados con valores sociales como la empatía, confianza y solidaridad, entre otros. Otro aspecto de interés fue comprender cómo han persistido o pueden modificarse con el propósito de aportar racionalidad a este mundo de experiencia y con ello hacer más comprensible sus reales problemas y plantear posibles soluciones.

La herramienta de análisis de sentimientos en ATLAS.ti23 abre interesantes posibilidades para examinar rápida y fácilmente el tono que expresan los participantes respecto a diferentes tópicos surgidos en las entrevistas. El análisis de sentimientos proporciona información clave para comprender cómo reaccionan los actores en un contexto determinado (Kalpokas, s.f.).

Figura No. 30 Análisis de sentimientos, según ATLAS.ti23



Fuente: elaboración propia (2024).

Categorías analíticas

Las categorías analíticas y su funcionamiento como herramientas, ayudaron a clasificar la información obtenida mediante las entrevistas semiestructuradas, lo cual permitió comprender mejor cuáles son los factores que viabilizan y obstaculizan el trabajo en red en salud. Las categorías analíticas, normalmente de carácter deductivo (Aguaded et al., 2020), fueron seleccionadas por el investigador y aplicadas a las entrevistas, ayudaron a establecer frecuencias de aparición de conductas, recurrencias y patrones conductuales. En tal sentido, la actividad de análisis cualitativo se realizó con base en las siguientes categorías: *relacionamientos (tipo de participación, motivaciones), capacidad de convocatoria, flujos de información, relaciones de poder (influencia, liderazgo social)*. Y surgieron mediante el procesamiento en el programa ATLAS.ti23, recurrencias que ayudaron a aunar otras categorías: *aspectos críticos de la salud, percepciones sobre lo institucional, e interés político y pandemia*.

El desarrollo del tercer objetivo específico de esta investigación: *interpretar los factores proveedores o restrictores de las oportunidades de acción de los actores para el trabajo en red en salud*, exigió la intersección de lo cualitativo y lo cuantitativo. De tal manera, en esta parte del análisis se dará cuenta de lo cualitativo, la parte cuantitativa complementaria se expone en el apartado *Resultados*.

El trabajo en red en salud y en otras áreas: dificultades y facilidades

Existe una percepción por parte de algunos actores, respecto a la prestación de servicios en salud, se siente que se le otorga más atención a los barrios que están ubicados hacia el lado de Mariano Ramos y menos interés a los barrios que están del lado del barrio La Alborada. Ese tipo de percepciones negativas afectan cualquier intento de unificar esfuerzos y trabajar en red adecuadamente. Se aduce la necesidad de una mayor presencia por parte de los equipos extramurales de las instituciones en salud hacia esa parte de la comuna 16. Se requiere presencia permanente y no solo coyuntural como ocurrió en la época de pandemia:

En mi barrio es un poquito nula la llegada de la red de salud porque los servicios se concentran mucho al otro lado, y para que llegue acá toca jalonar mucho para temas de esterilización o de otros servicios, aunque con el tema de la pandemia sí estuvieron muy prestos y atentos para el tema de vacunación. La comunicación para el tema de salud no ha sido muy fuerte, lo hacemos más que todo cuando lo pide la comunidad, y ese es un tema que quizá debemos mejorar. Por ejemplo, el tema de servicios amigables ha sido nulo en el barrio Brisas del Limonar. (...) Con el tema de salud no hemos sido muy afines, quizá porque hay otros problemas que no eran tan de salud, y le dimos prioridad a otros temas como ambientales, de seguridad, a dinamizar el tema del barrio en sus gestiones necesarias" (I06, 01-12-2022).

Aprendimos que si no nos unimos con otras organizaciones y no vemos cuáles son las necesidades de la comuna va a ser muy difícil. Para todos, nuestras necesidades son primarias, la forma es unirnos y la forma es llegar a un consenso. (I07, 01-12-2012)

Poco apoyo en el tema de la salud, de a poco se crean lazos con personas de la salud que quieren acercarse, pero me tocó como iniciativa tomar la presidencia del barrio para tener más acercamiento, estábamos muy aislados del entorno de la comuna y de la participación que debemos tener los ciudadanos. (...) Queremos que podamos tener un lazo que si ellos van a hacer una actividad o poder recibirlos de la mejor manera. (...) Muchas veces realizan jornadas de salud, pero no dan publicidad, no perifonean, no hay buen acercamiento hacia el público, para hacer parte de las brigadas de salud realizadas. (I10, 2022 12 07).

Trabajar en equipo ha sido difícil, pero no por nosotros, sino por la información que nos suministran por parte del comité de planificación, al jefe de oficina del Cali 16 siempre solicitamos el orden del día para las reuniones y los proyectos que nos los envíen previamente para estudiarlos, pero esto nunca ha podido ser así. Entonces nos toca a los presidentes de las JAC reunirnos y solicitar que ese comité permita eso. (I16, 20-11-22)

No todos los presidentes de la JAC trabajan con el comité ambiental, hay cuestiones de orgullo que impiden que podamos trabajar. (I13, 20-11-22)

La existencia de un COPACO (Comité de Participación Social en Salud) en salud es determinante para crear espacios y posibilitar el encuentro de líderes con instituciones y organizaciones con el fin de propender por la identificación, priorización y formulación de soluciones integrales que deben implementarse para intentar resolver las problemáticas de salud. Igualmente, para facilitar la participación en el proceso de planeación local, así como la facilitación de respuestas sociales organizadas a las problemáticas priorizadas en salud en el micro territorio. La comuna 16 no tiene un COPACO que le permita adelantar un trabajo colaborativo formal, más intenso y permanente entre instituciones de salud y la comunidad:

La relación no es igual con todas las organizaciones, y eso se debe al grado de confianza, hay más acercamiento con la liga de usuarios (periodicidad nos reunimos cada mes), no tanto así con las JAC ya que con estas es más reaccionario, de tipo coyuntural. Estamos próximos no creo que este año lo logremos, pero sí la idea es construir un COPACO para incluir otras figuras como la iglesia, comerciantes, etc. (I18, 25-10-2022).

Algunos líderes afirman identificar redes negativas al interior de la comuna. Actitudes como la egolatría afectan los relacionamientos entre actores, y pueden originar la creación de subgrupos dentro de la red:

Hay redes negativas porque muchos líderes de la comuna 16 destruyen y no construyen, o porque no puede brillar el líder tal, quieren opacar el trabajo de los demás. Hay mucho *yo yo*: yo hice, yo fui el primero, etc. Hay líderes que no permiten que uno trabaje con todos, en cambio nosotros decimos hicimos, trabajamos en plural (I13, 20-11-22).

No hay facilidades para trabajar con otras organizaciones hoy en día. No hay una renovación de liderazgo, gente con otras ideas. Deben entender que somos líderes con vocación de trabajo voluntario. No hay comunicación entre organizaciones. Unos no saben lo que otros hacen. (I14, 01-11-2022)

Hacia 1999 y hasta el 2003 trabajábamos las juntas de acción comunal, las juntas de acción local, las organizaciones, asociación de discapacitados, adultos mayores, y nos reconocieron a nivel nacional como la mejor comuna, pero todo eso se fue acabando llegó gente con ideas totalmente diferentes, y yo anhelo volver a tener eso porque es necesario. (I14, 01-11-2022)

Creo que en eso estábamos fallando en la comuna, nos ha faltado hacer más promoción a los proyectos que desarrollamos, hacemos las cosas y las comunicamos mediante el Facebook y el Whatsapp, intervenimos las obras, pero no le damos mucha publicidad, la gente pasa y nos pregunta: “ve y eso que pasó que hicieron ahí y uno les informa”, lo que más se informa y se perifonea y se dan volantes es cuando, por ejemplo, cuando hay eventos recreativos. (I15, 10-12-2022).

Con comedores comunitarios han trabajado atención médica, higiene oral, con la unidad móvil. No es tan fuerte la relación con las JAC. (I18, 25-10-2022)

Diferentes informantes subrayan la necesidad de tener en cuenta a las organizaciones sociales de la comuna para todos los proyectos y actividades. Se informa que algunas organizaciones elaboran sus proyectos, son elegidos y luego para la parte operativa de los proyectos se contrata personal externo, lo cual se avizora a todas luces como un factor que genera resquebrajamientos entre las organizaciones y las entidades estatales del territorio:

Aquí pasan cosas como que la red de mujeres, en cabeza de su directora, construye proyectos con toda la información, investiga, cotiza, presenta su objeto social su razón de ser y aprueban el proyecto, pero se lo dan a otro operador que no es el del barrio, nadie lo conoce, y a ella y su grupo no le dan ninguna participación, y eso es totalmente injusto. Y eso creo que pasa porque el jefe de oficina ajusta el proyecto según la metodología MGA para presentárselo a planeación y allá se cambia todo. Hay proyectos que están bien, como en cultura, pero no generan el impacto social deseado que permita a la gente sentirse bien. Se aprueban proyectos y llegan operadores que no conocemos a ejecutar, y el comité de planificación solo nos lleva a firmar a legalizar y no podemos seguir así. La gente no se da cuenta de las actividades y no puede participar, y la gente no se siente bien. (I16, 20-11-22)

El trabajo con organizaciones no sé si ha quedado documentado, en el 2021 se empezó a hablar de la política de participación social, antes se hacía a través de la secretaria de salud, pero no incluía a las ESEs. Antes la liga de usuarios tenía un libro donde registraban muchas cosas, quienes toman las decisiones, los usuarios y eso se desapareció, se hizo denuncia para hacer un nuevo y tenerlo activo. (I18, 25-10-2022)

Los líderes comunitarios han estado siempre muy cercanos, muy cercanos a nosotros. La Asociación de Usuarios del Hospital, que es otro de los espacios que tenemos, pues hoy están muy interesados en que cada sede tenga su propia asociación. Ya se construyeron, ya están trabajando, están en el tema de legalización de las asociaciones, pero están ahí trabajando y la idea es precisamente que cada una de ellas se apersona del trabajo de su IPS. (I27, 16-03-2023)

Todavía se siguen haciendo jornadas con aquellas personas porque se volvieron partícipes de ese desarrollo de mejorar la calidad de vida de la población y sirvieron de puente. No colocaron la barrera, sino que, al contrario, dijeron bueno, miremos a ver de qué forma podemos brindar o dar esa posibilidad de que ustedes nos atiendan. (I28, 16-03-2023)

Las inversiones que se hagan, pero una inversión en eso, en contratar profesionales, que los profesionales vengan con toda la formación comunitaria porque usted puede traerme un abogado, pero si el abogado no conoce, no hacemos nada, usted puede traer al mejor enfermero jefe, nada, usted puede traer al magíster en lo que sea y no hay nada que hacer. Prefiero contratar a un auxiliar de enfermería o contratar al muchacho a la esquina que me va a hacer un mejor trabajo. Entonces, ¿se necesita capital? ¿Se necesita talento humano? se necesita mejoramiento de infraestructura porque no creas que de todas maneras de alguna otra forma uno necesita espacios. Los espacios de la reunión pueden ser el parque, la cancha de baloncesto, el colegio que me van a prestar y cuando tú llegas está... que apenas salió uno de los muchachos de clase, entonces tú sabes que debe estar desordenado por completo. Las instituciones de salud se pueden prestar. pero también igual no es los espacios adecuados porque yo siempre digo que uno tiene que manejar espacios afuera de donde usted se puede dar. (I28, 16-03-2023)

Falta mayor información sobre el trabajo en red en salud en los micro territorios, no se sabe con claridad cuáles son los lineamientos a seguir en ese tipo de trabajo. El concepto es reciente y no se ha capacitado a los funcionarios en salud, tampoco a los líderes sociales en las comunas, quienes son los que jalonan el trabajo en las calles y frente a sus pares de liderazgo:

Yo creo que nos falta mucho todavía para comprender los conceptos de trabajo en red, hace poco nos unimos para trabajar con el Hospital Cancino para trabajar con una APB como se trabaja en red de salud, todavía la gente tiene resistencia apenas desde el distrito y municipio estamos comenzando, los mismos funcionarios tienen resistencia para trabajar a nivel de red, nos falta mucho, desde la institución y la comunidad. (I18, 25-10-2022)

Relacionamientos

Se identificó en este estudio que los actores presentan diferentes condiciones en la red: están directamente vinculados, indirectamente vinculados y desconectados unos de otros, lo que produce una tríada que no es un conjunto de tres individuos separados, sino tres actores desconectados en los que la ausencia de relaciones produce un efecto estructural.

Los diferentes tipos de relacionamientos entre actores institucionales y sociales en la comuna 16, materializados básicamente mediante la prestación de servicios de salud, evidencian que hay esfuerzos institucionales por la formulación e implementación de programas, proyectos, actividades y acciones en pro de la salud. No obstante, se requiere la construcción de espacios participativos de educación en salud, que abarquen desde semilleros hasta instancias de capacitación, con lo cual estimular el interés por la salud individual y colectiva.

Los diferentes tipos de relacionamientos dados entre actores institucionales y sociales en la comuna 16, al parecer no se han documentado adecuadamente, por lo menos, parece no haberse socializado con la comunidad para así recibir retroalimentación oportuna:

No ha quedado nada por escrito de las actividades realizadas con entidades porque no se ha documentado, se han apropiado del esfuerzo nuestro y ni siquiera el crédito nos han dado en varias oportunidades, hasta las mismas fotos que tomamos aparecen en las páginas de esas entidades. (I09, 31-10-2022).

La gran dificultad en salud que tenemos en Brisas del Limonar, es el desconocimiento de algunas cosas. Por ejemplo, no se tiene muy claro que es el SISBEN y los asociamos al tema de salud, y muchas personas que no están censadas creen que no pueden tener acceso a los servicios de salud subsidiado, por no estar en el SISBEN. La ESE y el hospital Carmona podrían hacer unas campañas para ofertar sus servicios en salud mediante capacitaciones a la población. (I05, 07-12-2022)

Capacidad de convocatoria

La articulación de esfuerzos conjunto sigue siendo coyuntural, dependiendo de la oportunidad de proyectos. La débil y ocasional comunicación afecta la fluidez de informaciones y contacto permanente entre organizaciones:

Se trabaja con las organizaciones dependiendo del proyecto que llegue, por ejemplo, si este año por dependencia va a llegar un proyecto de jóvenes y ahí uno va a trabajar con grupos jóvenes, plataforma juvenil. Si no llega un proyecto para determinada organización no se activa mucho y no hay mayor relación durante el año. El año anterior y este año no va a haber nada en salud, pues no se da una cuenta de la organización de salud. (I25, 26-01-2023)

La ausencia de valores como la empatía y la solidaridad fracturan los relacionamientos futuros, dadas las experiencias previas negativas:

Hacemos muchas cosas, pero todos los grupos buscan figurar en las actividades y no nos dan crédito a las labores que realizamos, no se cuentan como iniciativas propias como autogestión. (I09, 31-10-2022)

Las personas quieren colaborarnos para después hacer cosas, actividades, toman fotos, utilizan la Mesa de Mujeres para su propio beneficio, y como somos autónomas pues miramos para hacer nuestras cosas que benefician a las mujeres, por eso preferimos hacer nuestras cosas por sí mismas. (I12, 01-11-2022)

Las relaciones con las instituciones de salud de la comuna 16 han sido buenas, pero creo que tienen que mejorar un poco porque se puede llegar a más los territorios más de base porque se pueden tener programas dentro de un hospital y eso es importante como lo ha desarrollado el hospital Carlos Carmona y la ESE Sur Oriente, pero si se tiene que renovar unos espacios de educación desde unos semilleros participativos dentro de las instituciones educativas, en espacios democráticos como las juntas de acción comunal y en grupos organizados ya que debemos devengar un capital humano más amplio porque no da abasto el tema de participación en salud y ya la gente se está desinteresando en el tema de la salud y eso puede traer repercusiones a futuro porque estamos en una cultura en la que se debe estar en constante estimulación para poder participar y si se le baja el ritmo de trabajo así mismo baja la participación de la gente, entonces necesitamos encaminar más a la institucionalidad al terreno y tener claramente las respuestas de las instituciones para la atención primaria y los mecanismos de la veeduría en temas de salud. (I08, 2022 12 07)

El deporte y la salud han permitido la articulación de las organizaciones en actividades sociales y lúdicas que no solo han estrechado los relacionamientos, también han posibilitado su permanencia a través del tiempo:

El tema de salud es súper importante para la organización del Comité Central de Deportes. A veces se prestan los escenarios deportivos para que el sector salud venga y realice sus actividades. Cuando hay vacunación, replicamos la información de salud que nos informan. (...) La relación es muy buena con las instituciones de salud. (I03, 13-12-2022)

Las organizaciones de cultura, salud y deportes muy cercanas en diversos proyectos. Los líderes sociales de la comuna 16 trabajamos mucho en la pandemia en las ollas comunitarias. (I03, 13-12-2022)

Nosotros no hemos tenido la salud como un tema bandera, aun teniendo el deporte como base, por ejemplo, trabajamos el kickboxing mas no como desde el área de salud, y no tenemos un aliado estratégico de salud para ejercer actividades de salud. (I07, 01-12-2012)

Flujos de información

Un actor puede creer que ha proporcionado información a un número de personas, pero pocas personas indican que realmente recibieron esta información. Es probable que se necesiten mayores esfuerzos para garantizar que la información se proporcione de manera más efectiva.

El flujo de información es permanente y variado porque no hay un solo eje articulador, ya que la democracia se compone de varios elementos. (I08, 2022 12 07)

La desventaja de una red difusa o descentralizada es que cuanto mayor el nivel de “conversación cruzada” entre los actores puede ser ineficiente si el intercambio de información toma una cantidad excesiva de tiempo y la acción coordinada se vuelve difícil de actualizar. Por ejemplo, una red altamente centralizada tendrá un pequeño número de actores que están en el centro, vinculados entre sí y con los actores de la periferia; los actores de la periferia tendrán pocos vínculos entre sí. Así en el centro los actores tendrán puntajes altos en términos de cercanía, por ejemplo, mientras que los actores periféricos tendrán puntajes bajos de cercanía. La baja reciprocidad en la red indica que la información de la actividad puede ser mal comunicada o comunicada ineficazmente dentro de la red.

Relaciones de poder

El liderazgo social precisa de una formación en terreno, una realidad reconocida por algunos líderes de la comuna. El profundo entendimiento de este tipo de formación ayudaría a comprender la importancia de los procesos para ejercer un trabajo en red en salud adecuado:

Los líderes si necesitamos una formación para esa labor, y no es brillar individualmente, es ayudar en lo procesos con la comunidad. Los líderes somos de aquello de esto lo hice yo y tengo que figurar. Lo que debe brillar es un proceso. Un líder no trabaja solo, siempre estamos acompañados de un grupo de personas que no desfallecen. Entender eso es importante para que los procesos puedan visibilizarse. (I1, 12-12-2022)

La liga de usuarios es una organización, antes era Red Carmona, y lo que hacemos es trabajar por el bien de la comunidad, orientar a la comunidad respecto a los servicios, y si sabemos de alguna anomalía que afecte a la comunidad la comunicamos al gerente de la ESE, y si este no

toma cartas en el asunto la informamos a la Secretaría de Salud, pero ese no ha sido el caso nuestro porque hemos tenido muy buena acogida con los administrativos de la red, y nos han dado mucho respaldo y nos han dado mucha importancia. (...) Fuimos prácticamente los gestores de las ESE Sur Oriente. Dimos una batalla por no dejarnos arropar por la ESE Oriente, y fue la primera ESE certificada en Cali. (...) Es muy gratificante para mí como líder saber que podemos ayudar a la ESE buscando recursos. (I14, 01-11-2022)

Un liderazgo idóneo exige la obtención de confianza, la cual demanda un proceso que implica interdependencia.

Conté con un gran grupo de líderes sociales en salud y eso me permitió tener una muy buena experiencia con el hospital Carlos Carmona y la ESE Sur Oriente y traer todos aquellos programas institucionales que estas entidades ofertaban como campañas de vacunación, programas de salud, tanto así que, en época de pandemia, trajimos campañas y la gente tenía a mano su vacuna contra el COVID. Por eso soy un agradecido del proceso de los líderes sociales que ayudaron mucho en el proceso. (I05, 07-12-2022)

La experiencia con comunidad es gratificante por la cantidad de experiencias que se conocen de tantas personas que trabajan denodadamente por sus comunidades en diferentes territorios. Conocer desde barrio *adentro* la realidad de la comunidad, sus necesidades sentidas, dificultades, facilidades y el conjunto de aspiraciones y frustraciones personales y grupales es un aprendizaje incomparable que ayuda al investigador a comprender el por qué acontecen distintos fenómenos y cómo estos logran superarse o no, bajo qué condiciones -no controladas la mayoría de estas- se enfrentan con recursos limitados, por lo general, pero con gran voluntad participativa por parte de los actores en los territorios. Hay una cantidad de procesos silenciosos que han beneficiado a las poblaciones en el territorio. (I1, 12-12-2022)

Aspectos de la salud: situaciones críticas

Los habitantes de la comuna 16 en la ciudad de Cali, aseveran que han ejercido una lucha histórica por contar en su micro territorio con instituciones de salud que beneficien y resuelvan oportunamente sus necesidades más sentidas. La lucha de las diferentes organizaciones sociales de la comuna 16 tuvo como resultado el logro comunitario de la construcción del Centro Hospital Carlos Carmona Montoya, el cual inició sus labores como unidad de atención integral de salud en junio de 1972 (Red de Salud Sur Oriente, 2021).

Los problemas en salud son diversos y preocupan a los integrantes de las diferentes organizaciones sociales, situación complejizada en el caso de la población discapacitada en condición de vulnerabilidad:

El tema de la salud con el tema de la vulnerabilidad en nuestra comuna es muy complejo. Una de nuestras áreas más vulnerables es nuestra salud. Yo hoy puedo estar bien, pero mañana puedo estar mal. Siento a veces que no se nos presta mucha atención. He tenido que pelear para que le den la prioridad a una silla de ruedas, no que pase por encima de los demás, pero sí que se maneje de otra manera. (...) No se puede meter en la misma bolsa a un discapacitado cognitivo con uno físico (I1, 12-12-2022).

Se asevera que la atención en salud no es focalizada para esta población, y que no existe información específica mediante la cual las instituciones ofrezcan una atención diferenciada a esta población:

No hay información que circule por parte de las instituciones de salud, respecto al tema de discapacidad. Se acostumbró a que si no es con un proyecto no pasa nada. Hace mucha falta la sensibilidad de la necesidad del otro. (I1, 12-12-2022)

Se requieren otros programas en salud para la comunidad y las mujeres, como mamografía, cáncer, que le den no solo el día de las mujeres esa opción, y que las mujeres no tengan que ir a sentarse horas sin ser atendidas, que haya una prioridad. (I09, 31-10-2022)

12 años incursionando en el tema de los LGTBIQ, enfocándonos en los temas sociales y de la salud sexual de los jóvenes LGTBIQ en la comuna 16. Muchas de estas personas no tienen conocimiento en cuanto a lo sexual de nosotros porque nos movemos en un ámbito muy promiscuo, un ámbito en el cual el Estado se encarga de enviarte uno condones y nada más, pero las charlas y la educación sexual como tal es muy poca, aunque la Ese Sur Oriente ha tratado de tener relación, pero lo ha hecho a través de 'vinculaciones relámpagos', necesitan ejecutar un proyecto y nos llaman y solo por un momento y nada más, solo para validar un recurso económico que les otorgan y esto no debe ser así, somos seres humanos que hemos estado flagelados porque no se reconocen nuestros derechos. (I24, 25-01-2023)

Percepciones sobre lo institucional

Algunas organizaciones evidencian y argumentan su molestia con las instituciones de salud de la comuna, debido a la no atención a sus sugerencias en materia de prestación de servicios

focalizados, lo cual incide en posibles distanciamientos y baja intensidad en los relacionamientos entre organizaciones e instituciones de salud. Un hecho que fractura decididamente el necesario y beneficioso trabajo conjunto que supone la articulación de esfuerzos transdisciplinarios:

Solicité la presencia de un grupo de la ESE Sur Oriente para que hicieran unas visitas domiciliarias a las personas con discapacidad, mediante los servicios amigables. Que hubiera un grupo institucional que los apoyara, de salud, pero nunca se dio la priorización de las visitas, pese a sugerirle al gerente de la ESE. En la comuna 16 las personas con discapacidad son bien olvidadas. (...) Nunca han tomado en consideración nuestras sugerencias para este tema. (I04,13-12-2022)

Nosotros como comuna nos relacionamos con el sector salud, tenemos plan de trabajo con liga de usuarios, reuniones con el gerente. Algunas sugerencias se dan a la ESE Sur Oriente, pero a veces pasa que no se da respuesta a esa petición, por ejemplo, la vacunación contra el jején. (I15, 10-12-2022)

Las sugerencias que hacemos a la ESE SUR Oriente no pasa nada, parecen que las engavetan, pero no se hace nada. (I16, 20-11-22)

Se advierte la necesidad de fortalecer e intensificar las acciones comunitarias en salud, mediante los denominados servicios amigables, es una estrategia que se reconoce por parte de la comunidad por sus resultados:

Se debe fortalecer e impactar mucho más el tema de la salud mental y los servicios amigables en las instituciones educativas, ante la situación de unas juventudes distintas a las anteriores. Soy un soñador de la importancia de las bases sociales para transformar los territorios y son las juventudes desde las instituciones educativas la población clave, ellos están acumulando información y es allí donde hay que rescatar la ética y valores, apoyada con todo lo que tiene que ver con salud mental y servicios amigables en el marco de un proyecto de vida, y así condensaríamos un poco más las actividades ajenas a lo bueno, mitigando el impacto de la drogadicción y el ocio de nuestros jóvenes en los territorios. (I08, 2022 12 07).

A la Mesa Territorial de Mujeres desde salud la han apoyado con jornadas de salud, mediante cartas que se han hecho solicitando eso, ellos saben que existe la Mesa, y la Mesa ha apoyado diferentes actividades que el hospital ha hecho. (I09, 31-10-2022)

Intereses políticos

Las organizaciones comunitarias suelen operar sin fines de lucro a título colectivo, intentan colaborar con otras para solucionar algunos problemas y necesidades más sentidas en su micro

territorio. Sin embargo, existen intereses políticos que fracturan el natural desarrollo de los relacionamientos e intensidades de los mismos, lo cual genera distanciamientos entre colectividades sociales:

Hay resistencia con organizaciones con las que nos relacionamos por vez primera. Cuando se hizo la actividad de los 50 años del Carmona, algunos líderes no asistieron, hay un trasfondo político, sobre todo en las JAC, hay líderes que apoyan otros no, no se enganchan a las propuestas organizadas nuestras. Y he tratado de indagar que pasa, y es por temas políticos porque siempre se busca un beneficio político y económico y si no se tiene ninguno de estos beneficios pues no pasa nada. (I18, 25-10-2022)

Pandemia

El fenómeno mundial de salud conocido como pandemia y experimentado en 2020, constituyó un *hecho social total*, exigió de todos los actores en los territorios el mayor esfuerzo integral por preservar la vida las diferentes poblaciones. La comuna 16 fue exaltada como una de las mejores por su desempeño y compromiso para actuar decididamente cuando las jornadas de vacunación se realizaron, así como en los momentos de mayor apremio una vez se ordenaron las medidas de bioseguridad, distanciamiento social y confinamiento.

El barrio La Alborada fue muy beneficiada durante la pandemia, porque pusimos la unidad móvil allí. Entonces la unidad móvil mantenía, yo creo que, de las cuatro semanas del mes, por lo menos la mitad estaba ahí parada, la otra dos rondaba por todas partes. Ellos reconocen eso. Y estuvimos haciendo vacunación, toma de muestras, bueno, todo lo que en su momento se requería. (I27, 16-03-2023)

Charlas sobre el dengue, o así, van a dar charlas, pero muy pocos. En los últimos dos años se podría decir que pocas. Antes de la pandemia fueron a dar una charla de dengue, pero de ahí para acá no han vuelto a dar charlas. Este año no han dado ninguna charla de ahí en el hospital ¿qué tan importante es el tema de la salud para su organización? Importantísima, porque ahí depende de muchas cosas, que la gente se cuide. Hay mucha gente que no tiene país, que no tiene curados médicos con buenas charlas les podrían ayudar bastante para la salud y usted como líder de una organización social en la comuna 16 (I02-20-11-2022)

Este fenómeno fracturó los avances y logros obtenidos durante años y años de interacción con organizaciones internas e instituciones externas de diversa índole, lo cual no ha podido hasta el momento modificarse. Constituye un gran inconveniente para la colaboración entre actores.

Luego de la pandemia los lazos presenciales se debilitaron entre los integrantes de las organizaciones, pero parece que se ganó en el mayor número de relacionamientos en la modalidad virtual. Una de las organizaciones más afectadas fue la de adulto mayor, un alto número de integrantes activos murieron durante la pandemia, y esto impactó negativamente el quehacer diario y la intensidad de las gestiones sociales como se había desarrollado antes de este fenómeno.

Antes de la pandemia hacíamos muchas reuniones, pero con la pandemia toda la gente retrocedió. Con la pandemia muchas personas con discapacidad murieron. Y mucha gente siente que los olvidamos, que volvieron a quedarse solos con sus problemas. (I04,13-12-2022)

La pandemia generó un antes y un después, en términos de las relaciones entre líderes y comunidad, antes se hacía un perifoneo, un vos a vos con los habitantes del barrio, pero con la pandemia se le empezó a llegar a la gente por las redes sociales (Whatsapp, Instagram, Facebook), una manera más asertiva, la pandemia modificó como comunicarnos, estos medios han servido para nosotros interactuar permanentemente con la población. (I05, 07-12-2022)

Llegué en el 2020, pero mis pares, me dicen que antes del COVID había una gran relación con madres FAMI, pero con la llegada de la pandemia se debilitó mucho las organizaciones comunitarias, la más permanente ha sido la liga de usuarios. La institución se relacionaba con los grupos juveniles. (I18, 25-10-2022)

6. Discusión

Este apartado presenta de manera contextualizada la discusión sobre los resultados obtenidos en la investigación. Señala de manera puntual los principales hallazgos de este estudio. Los resultados aquí expuestos permiten entender el desarrollo de los objetivos específicos 2 y 3.

Esta investigación doctoral se ejerció a partir de una pregunta de investigación enfocada en comprender cómo se ha planificado y desarrollado el trabajo en red en salud en la comuna 16 en Cali, Colombia. Luego de la revisión documental realizada para este estudio, se concluye que no abundan estudios que den razón del trabajo en red en salud, particularmente en Latinoamérica, identificándose un vacío de conocimiento respecto a este tema. La pregunta mencionada exigió analizar cómo se relacionan para trabajar las instituciones de salud (estructuras formales), y las organizaciones sociales (estructuras informales), para desarrollar el trabajo en red en salud, máxime si la autoridad nacional en salud de Colombia sugiere la ejecución de un tipo de trabajo horizontal de este tipo con el cual avanzar hacia un punto de giro que ayude a comprender la necesidad de un tipo de trabajo diferente al tradicional (vertical). El anterior aspecto mencionado es comprendido en el estudio como un factor restrictor para el ejercicio-avance en el trabajo en red en salud. Se recabó información de primera mano obtenida mediante entrevistas a los integrantes de las organizaciones sociales y las instituciones en salud de la comuna 16, y desde el primer momento se comprendió que no era suficiente para una investigación doctoral de esta índole, ejercer solo un trabajo analítico de corte cualitativo. En tal sentido, para avanzar lo mejor posible en la comprensión del vacío de conocimiento mencionado, se desarrolló el trabajo con base en el ARS, su robustez teórico-metodológica es particularmente relevante para estudiar la participación comunitaria en salud, ya que permite visualizar y analizar cuantitativamente los relacionamientos o conexiones establecidos entre diferentes organizaciones.

En síntesis, el desarrollo del estudio de caso permitió explorar los procesos, condiciones y desarrollo del trabajo en red en salud en la comuna 16. Complementariamente, el ARS posibilitó complementar el análisis a partir del cálculo de indicadores relacionales que permitieron establecer mediciones para conocer las características de los factores causales que dificultan y/o posibilitan que funcione el trabajo en red, y así intentar contribuir en el esclarecimiento de las condiciones requeridas para su sostenibilidad en el tiempo.

Resultados relacionados con el problema y la teoría descrita

Para Everton (2018), los analistas pueden medir el tamaño de una red (el número de actores en una red), y su distancia promedio (la longitud promedio de las geodésicas entre todos los actores en una red). El objetivo principal del ARS es desarrollar métricas que ayuden a los analistas a comprender mejor las características estructurales de una red. Dos de las medidas topográficas más comunes son la densidad y la centralización. La densidad es un indicador clave que muestra la alta o baja conectividad de una red estudiada. La densidad alude al número total de relaciones existentes dividido por el total posible de la red. En este estudio la red investigada, conformada por 35 actores evidencia 291 relaciones posibles. Los 291 vínculos reportados, representan el 24.45% ($291/1190 \times 100 = 0.2445$) de los vínculos posibles de toda la red (tamaño $n=35$). Lo anterior, indica una densidad baja o poco cohesionada (Reynoso, 2011), respecto al grado de vinculación entre actores (291 relaciones posibles), si se entiende que el grado mayor es 1. Según Saavedra et al. (2021), los intervalos de valor entre 0 y 1 permiten identificar la categoría de la densidad, de muy baja a muy alta. De tal manera, los resultados de esta investigación indican que la densidad de la red es baja o poco cohesionada, que el acceso y el intercambio de información entre las organizaciones estudiadas no fluye fácilmente, y existe un nivel moderado de comunicación entre algunas organizaciones. Hay pocas organizaciones con mucho poder en la red estudiada. Los flujos no deben limitarse únicamente al intercambio de información, se debe avanzar hacia una participación más activa e integral que precisa del concurso de diferentes actores, comunitarios y locales, incluidas instituciones gubernamentales, universidades y ONGs. No se observa una participación importante entre las organizaciones mencionadas. Las colaboraciones no son permanentes, son coyunturales, existen en buena medida conforme la existencia de un proyecto en el cual colaborar, por ejemplo. El anterior aspecto mencionado es comprendido en el estudio como un factor restrictor para el ejercicio-avance en el trabajo en red en salud.

Se constató que esta red estudiada requiere una densidad moderadamente elevada para aumentar la agilidad en el intercambio de información y recursos. Por tanto, tener una baja densidad permite comprender que existe una comunicación débil, no efectiva, entre los miembros de esta red. Las altas densidades de red representan un alto grado de coherencia. Esta medida reticular establece una visión macro de la red abordada y su capacidad de actividad. En su estudio Knoke y Yang (2007, citando a Raab y Milward, 2003), utilizaron el ARS y explicaron variedades de comportamiento, exigidos a partir de la necesidad de pensar en términos de

restricciones y opciones que son inherentes a la forma en que se organizan las relaciones sociales.

El grado de centralidad mide el total de conexiones que tiene un actor o nodo, aunque no indica necesariamente la importancia de un nodo para conectar otros o qué tan central es en una red determinada, al menos, en este caso sí ayudó a entender el poder que poseen algunos actores que integran la red. Es importante comprender que el grado de centralidad no diferencia entre los vínculos determinados, es decir, si el vínculo está dirigido a una institución específica o si está orientado hacia un líder social, por ejemplo. Los indicadores de centralidad permiten observar la importancia adquirida por el(los) nodo(s) intermediario(s), en este caso el nodo Liga de Usuarios, el cual es muy activo mediante la comunicación constante con diferentes actores y cumpliendo una función de nodo intermediario entre la institución de salud y las organizaciones sociales, lo cual lo convierte en un nodo protagónico en la red, por ende, con una alta centralidad. El anterior aspecto mencionado es comprendido en el estudio como un factor proveedor de oportunidades para el ejercicio-avance en el trabajo en red en salud. La importancia de los miembros con mayor grado de centralidad puede no ser obvio para todos los miembros, especialmente cuando la red es grande, lo que significa que sin usar el ARS algunos recursos clave de la red pueden pasar desapercibidos. Los datos transversales pueden ser extremadamente útiles para determinar cómo se ve la red y las actitudes de los participantes en un momento dado, los datos longitudinales proporcionan la oportunidad de examinar la evolución de la red.

En un estudio de redes completas habitualmente se explora cómo influyen las variables estructurales sobre los resultados de la red. Cuanto mayor sea el grado, más central es el nodo en una red. La estadística estructural permitió entender el rango de grados de centralidad de cada actor. En esta red el máximo grado de centralidad se identifica en el nodo Comité de Planificación (Cali 16) (0,735294), que se traduce en un porcentaje de (73,5%); seguido por el nodo Institución de Salud Ese Sur Oriente (70,5%), hasta el mínimo grado de centralidad (0,029412) identificado en varios actores con pocos relacionamientos directos. De tal manera, se constató que las posiciones en la red de determinados actores coinciden con la posibilidad de ejercer mayor dominancia e influencia. Determinar el grado de centralidad de un nodo fue clave para comprender la influencia, el alto prestigio y reconocimiento en la red, basado en un índice de prominencia (es decir, puntuación de centralidad de grados).

El grado de intermediación indica la frecuencia con que aparece un nodo en el tramo más corto (o geodésico) que conecta a otros dos, es decir, el número de veces que un actor está en la ruta entre otros dos actores de la red. Un nodo con un alto grado de intermediación evidencia un alto poder de conexión como puente o conector entre diferentes nodos en la red. La centralidad de intermediación se define como el número de caminos que pasan por un nodo y posibilitan un vínculo indirecto entre pares de nodos no adyacentes, es decir, aquel nodo que facilita la propagación de información y/o conocimiento y sirve de enlace a través de la red por su ventaja posicional. La intermediación de un nodo es cero cuando no forma parte del camino más corto entre cualquier otro par de nodos de la red (Franco y Ruiz, 2019). La importancia de identificar y analizar esta centralidad de intermediación de un nodo en el estudio residido fue clave para establecer que limita o aumenta la comunicación entre actores. Según Aguilar (2017) la intermediación generada por un actor depende del grado en el cual este ejerza una función necesaria como enlace que conectar a otros nodos y facilita la propagación de información dentro de la red.

El máximo de centralidad de intermediación en la red analizada lo registra el nodo Institución Ese Sur Oriente con un grado de intermediación de 0.219 (21.9 %), seguido del nodo Comité de Planificación con un grado de intermediación de 0.214 (21.4 %), y del nodo Adulto Mayor con un grado de intermediación de 1.55 (15.5%). El análisis de la centralidad de intermediación en esta red permitió determinar la ventaja posicional que un nodo registra en la red a la que pertenece, frente a otros nodos. Se visibiliza un mayor grado de intermediación en los nodos Institución Ese Sur Oriente Comité de Planificación y Adulto Mayor, los cuales ayudan a generar cambios en la red por su potencial de relacionamiento, facilitando adquirir credibilidad y confianza para gestionar diferentes tipos de recursos. El anterior aspecto mencionado es comprendido en el estudio como un factor proveedor de oportunidades para el ejercicio-avance en el trabajo en red en salud.

El grado de centralidad de cercanía o proximidad se refiere a la distancia que tiene un nodo respecto a los demás nodos de la red, indica el promedio de qué tan cercano está un actor al resto de los actores en una red. Es un índice útil para medir la facilidad de acceso de un nodo al resto de nodos de la red. Smith y Christakis (2008) comprenden el impacto de las redes sociales sobre la salud requiere no solo el entendimiento de cómo funcionan las redes, también cómo se forman, lo que plantea la cuestión del papel potencialmente desempeñado por la selección y la homofilia (la tendencia de las personas a formar lazos con otros similares). En tanto, Kazmina et

al. (2024), reconocieron en su investigación que el principio de la homofilia está referido a la mayor probabilidad de que las personas en posiciones sociales similares tienden a estar socialmente conectadas, básicamente porque comparten características similares -edad, género, idioma, nacionalidad, religión o el estatus socioeconómico, por ejemplo-. Centola (2015), en esa misma línea de ideas, constató que la formación de lazos sociales con las personas que están próximos dentro de una dimensión de la vida social, proporciona un marco para modelar cómo las estructuras sociales dan lugar a patrones de relaciones

La red estudiada en este caso, registró tres actores con un porcentaje mayor a 70%: Comité de Planificación (79.0 %); Ese Sur Oriente (77.2 %), y Liga de Usuarios (73.9 %), lo cual permite inferir un grado alto de cercanía con un importante número de actores en la red, lo cual determina un relevante poder global, alta influencia y capacidad de margen de maniobra en la red para ejercer labores de articulación comunitaria (convocar, promover y ejecutar actividades comunitarias). Un nodo con alto grado de cercanía puede alcanzar con mayor facilidad los recursos que fluyen a través de la red (en términos de información, conocimiento, oportunidades de proyectos, por ejemplo, algunos son acumulables, transferibles y aplicables), mientras que un nodo con bajo grado de cercanía depende de otros nodos para poder alcanzar dichos recursos. En el caso del Comité de Planificación su injerencia es de capital importancia porque orienta la distribución de proyectos y recursos económicos en la comuna 16. La Ese Sur Oriente, por su parte, ha establecido históricamente relaciones de cercanía con la comunidad que habita la comuna 16 mediante sus funciones y rol como primera autoridad de salud en la comuna mencionada. En tanto, la organización Liga de Usuarios se caracteriza por su estrecha relación con la mayoría de organizaciones de la comuna, basada en su antigüedad y confianza generada. La comunicación permanente de la Liga de Usuarios, en términos de información de salud, ha sido clave para las instituciones de salud y la comunidad como primer usuario de los servicios de salud prestados. Su labor como caja de resonancia de las diferentes actividades de las instituciones de salud, comunicada a las organizaciones, ha sido fundamental como puente para estrechar las acciones en salud con los lazos comunitarios. El anterior aspecto mencionado es comprendido en el estudio como un factor proveedor de oportunidades para el ejercicio-avance en el trabajo en red en salud.

Resulta lógico entender que la mayoría de organizaciones abordadas, como las personas que las dirigen, solo pueden mantener un pequeño número de lazos estrechos y fuertes a través de un tiempo de interacción prolongado. Lo que se espera es que exista la posibilidad de una mezcla

de lazos fuertes y débiles, para llegar a otros miembros distantes de la red y así obtener información adicional. Madariaga y Ávila (2012), sostienen que los lazos débiles son aquellos en los que existen relaciones especializadas entre dos actores. En tanto, los lazos fuertes indican relaciones sociales cercanas y solidarias. Según Lieberman (2018), las personas que actúan como enlace entre diferentes grupos (que unen lazos débiles) son clave porque pueden conectar a individuos que son muy diferentes. Este enlace actúa como un puente entre dos grupos y se convierte en una conexión importante que permite compartir recursos, información e ideas entre dos grupos que de otro modo no compartirían información, a su vez representar una conexión a otras redes. En otras palabras, los lazos con un grupo o individuo pueden ser fuertes (si es un amigo cercano) o débil (si es solo un conocido). Para O'Malley y Onnela (2020) la teoría se resume en que “cuánto más fuerte es el vínculo que une a las personas A y B, mayor es la fracción de amigos que tienen en común”.

Los actores con menor centralidad de cercanía son los siguientes: Víctimas del Conflicto Armado (46.5%) y Cultura (47.8%), los cuales no han conectado adecuadamente con los actores de mayor relevancia en términos de esta medida, ni con otros actores de la red, evidencian un comportamiento aislado respecto al resto de nodos de la red, lo cual los sitúa en una posición de desventaja para reaccionar a posibles beneficios permanentes o coyunturales al interior de la red. Lo anterior, permite concluir que los nodos de menor centralidad de cercanía no llegan a asumir un papel importante o central en la red, al menos no, en términos de vínculos activos, estrechos y permanentes con otros actores de la red. Ramos (2015) en su estudio evidencia que una estructura óptima de red es aquella en la que hay una reducida distancia media global (un alto grado de cercanía entre nodos) y en la que hay un elevado grado de agrupamiento (múltiples clústeres). Si existe una configuración de red de ese tipo “se maximizan las oportunidades de establecer vínculos internos (*bonding ties*) que proporcionan estabilidad de la estructura, y al mismo tiempo facilita el establecimiento de contactos entre subgrupos (*bridging ties*) que abren el acceso a nuevos recursos” (pp. 334-335).

El nodo Ese Sur Oriente registra el mayor grado de centralidad de información, es otro indicador que demuestra la relevancia de este nodo en la red estudiada, tiene la mayor capacidad de comunicar flujos de información. Similar relevancia registra este nodo, respecto al grado de prestigio, lo cual lo ubica en el centro de la red. El anterior aspecto mencionado es comprendido en el estudio como un factor proveedor de oportunidades para el ejercicio-avance en el trabajo en red en salud.

La distancia promedio, otra medida, indica la longitud promedio de los caminos más cortos. El promedio de distancia en esta red es de 2.041, lo cual indica que en promedio dos organizaciones de la red se conectan mediante dos pasos, es decir, utilizando al menos dos conectores o intermediarios. A manera de conclusión en este punto, se puede afirmar que las organizaciones sociales de la red conformada en la comuna 16 no forman una red social altamente compacta, suelen conectarse por intermediarios. Los indicadores y gráficos de red también evidencian que las instituciones gubernamentales son las principales organizaciones en la red estudiada y se consideran intermediarias con otras organizaciones. El anterior aspecto mencionado es comprendido en el estudio como un factor restrictor de oportunidades para el ejercicio-avance en el trabajo en red en salud.

El indicador centralidad de eigenvector o centralidad de vector propio, ha permitido determinar al Comité de Planificación (CALI 16) y a la institución Ese Sur Oriente como los actores más centrales, tienen la medida de lejanía más pequeña, respecto a los demás actores en la red. El anterior aspecto mencionado es comprendido en el estudio como un factor proveedor de oportunidades para el ejercicio-avance en el trabajo en red en salud.

La red evidencia la existencia de un subgrupo conformado por los actores de las JAC, se comunican entre sí, lo cual confirma la hipótesis de que cuanto más fuerte es el vínculo (interés) que conecta a dos individuos, más similares son entre ellos.

La transitividad perfecta significa que todos en la red están interconectados con todos los demás, y que la transitividad indica la eficiencia del intercambio de información a través de la red. En esta red se evidencia claramente un conjunto de nodos agrupados cercanamente: la JAC del barrio Antonio Nariño (98.2%), seguido de la JAC de Mariano Ramos (97.2%), y la ASOJAC (94.4%). En tanto, la matriz de adyacencia de esta red evidencia que no es simétrica, según la prueba de simetría. La adyacencia (proximidad entre actores) de la red, evidencia que los nodos 9 y 10, Institución Ese Sur Oriente y Comité de Planificación (CALI 16), respectivamente, registran el mayor número de conexiones con otros actores. El anterior aspecto mencionado es comprendido en el estudio como un factor restrictor de oportunidades para el ejercicio-avance en el trabajo en red en salud.

Los resultados permiten concluir que en la comuna 16 analizada se ha trabajado de manera coparticipativa, desde una modalidad como es el trabajo colaborativo tradicional en los territorios, en el cual por tradición se ha trabajado sin la regularidad y alcances que el trabajo en red en salud exige para avanzar hacia resultados que posibiliten transformaciones en diferentes niveles operativos. Por tanto, el trabajo en red en salud precisa de un trabajo vinculante, pero no ejercido de forma coyuntural ni a través de proyectos pilotos, requiere relacionamientos sostenibles y permanentes en el tiempo en los territorios, una estrategia en la cual se aprovechen las posibilidades metodológicas y analíticas del enfoque de ARS para realizar abordajes en los que se puedan superar los enfoques transversales y avanzar en esfuerzos longitudinales mediante los cuales se levanten datos cualitativos y cuantitativos, empleando medidas continuas para dar seguimiento a las organizaciones durante períodos prolongados de tiempo.

La modalidad coparticipativa se ha desarrollado sin el uso consciente de todo lo que la idea de trabajo en red en salud implica, sin todo lo que este precisa en términos teóricos, metodológicos y operativos. Se han articulado diferentes esfuerzos, los cuales como lo evidencia la teoría se han ejercido primero entre actores de la misma naturaleza como las instituciones de salud, y luego entre estas y las formaciones sociales comunitarias en los territorios. El anterior aspecto mencionado es comprendido en el estudio como un factor restrictor de oportunidades para el ejercicio-avance en el trabajo en red en salud.

Esta red requiere una organización líder que pueda asumir la responsabilidad de proporcionar información y conocimiento de toda índole a otras organizaciones de la red. Los hallazgos del estudio, en términos del análisis de poder, demuestra que el papel dominante de los organismos gubernamentales, junto a la débil y dispersa contribución de las organizaciones sociales resultan aún en una toma de decisiones de carácter vertical. El anterior aspecto mencionado es comprendido en el estudio como un factor restrictor de oportunidades para el ejercicio-avance en el trabajo en red en salud. Si se quiere mejorar la gobernanza y gestión en salud, se requiere que todas las organizaciones se reúnan periódicamente en pequeños y grandes grupos con el fin de mejorar los mecanismos de información actualizada y posibles acciones a realizar con otras organizaciones realizan.

El diseño de las redes no explica totalmente si existe la adecuación del modelo de gestión a la realidad local. Simplemente informa la existencia de una malla asociativa -condición para el ejercicio de la gestión con componente participativo- y cómo se estructura esta red. Las redes se estructuran de manera diferente según los territorios y por varias razones. Hay con frecuencia

casos en los que la cultura política y las prácticas asociativas de los miembros de la red son obstáculos a la participación. El anterior aspecto mencionado es comprendido en el estudio como un factor restrictor de oportunidades para el ejercicio-avance en el trabajo en red en salud. Por tanto, hay un número relativamente importante de variables que están presentes y que ciertamente constituyen ingredientes importantes para la explicación de la lógica de formación del capital social en las comunidades, esencial para una gestión participativa (Fontes et al., 2008).

Estructuralmente se considera que el capital social es a lo cual las personas pueden acceder, a través de redes o vínculos sociales. El capital social estructural permite interacción social a través de mecanismos formales e informales. Si el capital social se deriva de factores estructurales como los recursos nacionales (acceso a la atención médica, por ejemplo) o las relaciones en el nivel individual (amistades íntimas o apoyo familiar, por ejemplo), hay un impacto en los resultados de la salud (Lieberman, 2018). Para Woolcock (1998), el capital social se define como “la información, la confianza y las normas de reciprocidad, inherente a las redes sociales” (p. 153). En la práctica poseer capital social implica para un individuo el cúmulo de aquello que conoce, especialmente a quiénes conoce en los diversos ámbitos de interacción social en los que se desenvuelve, es decir, estar bien relacionado. En este caso estudiado, existe un número importante de organizaciones sin las conexiones o relaciones necesarias para acumular un capital social relevante, van a permanecer al margen de los flujos de comunicación pertinentes para participar activa y oportunamente en proyectos de toda índole que pudiesen aliviar situaciones indeseables que se experimentan al interior de un territorio. De tal manera, se puede concluir en este punto, que uno de los factores facilitadores del capital social, y en consecuencia de su consecución oportuna, reside en su función de posibilitar la acción colectiva, con todo lo que esta implica en un contexto comunitario. El anterior aspecto mencionado es comprendido en el estudio como un factor proveedor de oportunidades para el ejercicio-avance en el trabajo en red en salud. Lieberman (2018) lo confirma en su estudio, una vez asevera que las organizaciones vecinales desempeñan un rol clave en la construcción de capital social, porque relacionarse permanentemente con otras organizaciones puede proporcionar acceso a importantes recursos.

Los integrantes de las organizaciones comprenden la importancia del capital social construido paulatina y procesualmente, y lo que ha generado como posibilidad de acceder a los recursos sociales (información, confianza, apoyo, etc.) que poseen otros actores relacionales considerados pares. Así mismo, entienden que un buen capital social tiene que ver con la calidad

de relacionamientos, más que con la cantidad de los mismos. No obstante, se advierte el rezago de algunas organizaciones sociales marginadas en la red por sus escasos y débiles vínculos o interacciones con otras organizaciones, evidenciándose diferencias relacionadas con el acceso a recursos (escasas oportunidades para vincularse o desarrollar proyectos propios), lo que incide en los niveles diferenciados de poder social entre los actores. El anterior aspecto mencionado es comprendido en el estudio como un factor restrictor de oportunidades para el ejercicio-avance en el trabajo en red en salud.

La gobernanza, junto al capital social, es un concepto clave para avanzar hacia un mejor trabajo en red en salud, debido a que su desarrollo precisa de dos tipos de actores que interactúan colaborativamente en un territorio: 1) instituciones/autoridades en salud (estratégicos) con capacidad inherente en la toma de decisiones; y 2) organizaciones sociales (de interés) que deben ser activos y procesualmente construir instancias de participación en la toma de decisiones. Un desarrollo adecuado de lo anterior, puede generar la conformación de una red de gobernanza colaborativa, comprendiendo que la gobernanza precisa, en este sentido, de un mayor involucramiento con las autoridades, en este caso de salud, participación en espacios para colaborar, compartir información permanentemente, recibir capacitaciones, etc. Saavedra et al. (2021), en su estudio sobre un esquema de gobernanza del agua, demostraron que resulta indispensable trabajar con base en las posibilidades el ARS para lograr identificar y comprender la red de relaciones de los actores a través de una aproximación sociométrica, y así mismo formular recomendaciones. De igual manera, Fontes et al. (2008) en su estudio introdujeron el ARS como instrumento de análisis que permitió develar algunos mecanismos esenciales de la gobernanza, y más específicamente que el diseño de las redes asociativas posibilitaría visualizar campos de sociabilidad donde sería facilitada la existencia de modelos de gobernanza con componente participativo. Por las características estructurales de las redes, los recursos - comunicación, principalmente- estarían más o menos centralizados, y consecuentemente el poder resultante de ello más o menos distribuido. Esta información sería útil para intervenir posibles obstáculos estructurales a la práctica de gestión participativa.

Stoker (1998) demostró que existen elementos clave que son indispensables para el desarrollo adecuado de la gobernanza en salud: a) instituciones y actores dentro y fuera del gobierno; b) red autónoma de actores (redes primarias -familias-, y secundarias -asociaciones voluntarias-); c) equilibrio de derechos y responsabilidades para todas las personas participantes en el proceso; d) dependencia de poder entre instituciones; e) capacidad para conseguir que se hagan las cosas no dependientes de un control jerárquico; y f) cambio de una dirección autoritaria del

gobierno (a una burocracia subordinada) a la negociación entre las partes interesadas (McQueen et al., 2012). Lo anterior, no se cumple a cabalidad como un trabajo en red en salud lo precisa. Este tipo de trabajo exige el desarrollo de la gobernanza en salud, como aspecto central en el equilibrio entre las demandas sociales y la capacidad para dar respuestas oportunas y eficaces, siguen exigiendo la revisión de pensamientos cortoplacistas para fortalecer las buenas prácticas de gobernanza en el territorio. No parece existir institucionalmente espacios de participación que garanticen a las diversas organizaciones sociales un lugar para estar al tanto de los procesos de salud, y de esa manera informarse adecuadamente para intervenir en la toma de decisiones, y en ámbitos como los de gestión. El anterior aspecto mencionado es comprendido en el estudio como un factor restrictor de oportunidades para el ejercicio-avance en el trabajo en red en salud.

Este estudio constató que la red de organizaciones sociales en la comuna 16 es una red antigua, lo cual incrementa la probabilidad de que los diferentes actores se conozcan y hayan interactuado de diversas formas a través del tiempo: coparticipando en proyectos, y/o compartiendo espacios articuladores como los CALI que se ubican en cada comuna de la ciudad, por ejemplo. El anterior aspecto mencionado es comprendido en el estudio como un factor proveedor de oportunidades para el ejercicio-avance en el trabajo en red en salud.

Esta investigación permitió constatar que hay un sentimiento de pertenencia local reconocido inter-actoralmente en la comuna analizada. El anterior aspecto mencionado es comprendido en el estudio como un factor restrictor de oportunidades para el ejercicio-avance en el trabajo en red en salud. Una red relativamente joven se caracteriza por enlaces basados en relaciones personales, pero en este caso esta red es madura y ha logrado institucionalizar muchos de los lazos conformados, especialmente entre las organizaciones más centrales de la red. Para una red antigua o nueva es fundamental entender no solo cómo se observa en la red en un momento específico (por ejemplo, durante la pandemia de 2020), también qué tipo de progreso se ha logrado en la expansión de la red, por ejemplo. La mayoría de organizaciones en la red, en virtud de su participación, creen en el valor del proceso de colaboración con otras organizaciones y con las instituciones de salud, cada organización de la red tiende a ver la red desde la perspectiva de su propia organización, entendiendo cómo les afecta o potencialmente se pueden ver afectadas por las relaciones que tienen con los demás actores. Los esfuerzos colaborativos suelen reconocerse a partir de cómo funcionan y evolucionan sus relaciones de red.

Enfoque novedoso, relevante y original desarrollado en la tesis para avanzar en el vacío de conocimiento específico

El ARS ofrece una metodología robusta para visualizar y La aplicación del análisis de redes sociales (ARS) en integración con métodos cualitativos es particularmente relevante para examinar los procesos de difusión de información y prácticas de salud en comunidades, un aspecto crítico en estudios sobre participación comunitaria. La eficacia de esta combinación metodológica está respaldada por un creciente corpus de investigaciones que han aplicado con éxito este enfoque en contextos similares, estableciendo así un precedente sólido para su utilización en estudios de salud comunitaria. Esta convergencia de métodos cuantitativos y cualitativos permite una exploración más completa y matizada de las dinámicas sociales que influyen en los resultados de salud a nivel comunitario. Por ejemplo, Fujimoto et al. (2009) aplicaron ARS para examinar la colaboración entre organizaciones comunitarias en iniciativas de promoción de la salud, identificando patrones de colaboración y actores clave. Kawonga et al. (2015) utilizaron ARS para evaluar la integración de programas de VIH en el sistema de salud de Sudáfrica, demostrando cómo esta metodología puede informar estrategias de fortalecimiento del sistema de salud. Palinkas et al. (2011) utilizaron un diseño de métodos mixtos, combinando ARS y entrevistas cualitativas, para estudiar la implementación de prácticas basadas en evidencia en sistemas de salud mental infantil. Hay incluso estudios de caso como el ejercido para analizar la iniciativa Healthy Village de Claremont. Una iniciativa que utilizó el ARS para mejorar la colaboración comunitaria y abordar los determinantes sociales de la salud. El análisis reveló una mayor conexión y confianza entre los socios (*partners*), lo que mejoró la capacidad de la coalición para cumplir sus objetivos de salud (Madondo et al., 2022). Estudios como los realizados por Abello et al. (2012), ayudan a comprender que el método de estudio de las redes constituye un insumo esencial para la comprensión de los procesos cotidianos de interacción, las interrelaciones de las organizaciones basadas en la cooperación, y la construcción de identidad social al interior de los grupos humanos inmersos en el contexto comunitario.

El análisis desarrollado en este estudio permitió avanzar en un vacío de conocimiento específico e identificado por la labor de un investigador que, complementando dos enfoques paradigmáticos, enfocó sus esfuerzos en develar un problema de salud para enfrentarlo novedosamente en términos metodológicos.

Esta investigación avanzó en el desarrollo de la mejor conciliación posible entre lo cualitativo y cuantitativo, exigencia clave de una tesis doctoral. Otorgó importancia similar a estos enfoques,

valorando los aspectos robustos de cada uno, en consecuencia, combinándolos para obtener mejores resultados analíticos. Presentó un carácter innovador al posibilitar un acercamiento estadístico más preciso a enfoques de orden cualitativo. En tal sentido, mediante el ARS se pasa de lo perceptivo e intuitivo trabajado por la tradición investigativa de las ciencias sociales, a un escenario en el cual se pueden determinar con mayor grado de certeza diversos factores que antes no se podían precisar con exactitud estadística, por ejemplo:

- Se determinó la densidad de una red para especificar el grado de conectividad y cohesión entre los nodos de esta red (antes no se determinaba con certeza).
- Se determinó el número de vínculos posibles a nivel colectivo e individual (antes no se cuantificaba).
- Se especificó el grado de intensidad en los relacionamientos (quienes se vinculan más con quienes, y cuál es el contenido de esos vínculos, información de qué tipo, por ejemplo)
- Se estableció con exactitud las distancias geodésicas que separan a los nodos en una red (pasos que un actor debe transitar para conectarse a otro actor, siguiendo el camino más corto).
- Se determinó específicamente mediante la estadística a cuántos pasos o relaciones están los actores periféricos de los que tienen mayor centralidad (antes se sabía para qué se vinculaban los actores, motivaciones, factores).
- Se visibilizó la verdadera posición socio geográfica de cada actor dentro de la red (antes solo se suponía esta realidad)
- Se determinó la ventaja posicional que un nodo registra en la red a la que pertenece, frente a otros nodos periféricos, aislados de los flujos de información relevante para participar en proyectos y actividades determinadas, y en correspondencia con un bajo capital social (antes no era fácil determinar esta realidad)
- Se posibilita la replicabilidad del método investigativo, mas no de la extrapolabilidad de datos.
- Se aporta información útil para los tomadores de decisión en el territorio.

Hace falta mucho por trabajar para avanzar en la ciencia de los estudios de redes en salud pública. Se necesitan experimentos, aleatorios y cuasi-experimentales para identificar las influencias de la red, también estudios longitudinales que establezcan comparaciones entre diferentes redes y se requieren diferentes mecanismos de red para especificar completamente las condiciones bajo las cuales se produce la influencia y por qué, tal y como lo indican Valente

y Pitts (2017). Estos esfuerzos no surgen de la nada y no se pueden efectuar sin la financiación de los Institutos Nacionales de Salud y demás fundaciones líderes. Los avances científicos más significativos dependen de la financiación para recopilar datos y desarrollar las herramientas computacionales necesarias para hacer las comparaciones y análisis requeridos.

Contribución del estudio para solucionar el problema en salud identificado

Las relaciones entre las organizaciones es un tema muy sensible al interior de un territorio, requiere confianza mutua, disposición para realizar reuniones periódicas, y el ejercicio permanente de la toma de decisiones consensuadas. Se pudo observar que en estas organizaciones los integrantes que ejercen liderazgos se conocen y han aprendido a identificar fortalezas, competencias, intereses y experiencias individuales que favorecen la posibilidad de sacar adelante proyectos. Este conocimiento compartido de información personal ha servido como recurso de conocimiento.

Las organizaciones sociales, objeto de estudio, identificadas en la comuna 16 se agrupan en varios tipos:

- ❑ organizaciones territoriales (juntas de vecinos): definidas por su accionar vecinal y comunal, caracterizadas por su autonomía y solidaridad, regidas por el propósito de promover desarrollo integral y sostenible construido a partir del ejercicio democrático caracterizado por la participativa activa en la gestión de desarrollo comunitario.
- ❑ organizaciones de salud y servicios (liga de usuarios, adultos mayores, voluntariados): definidas por su accionar vecinal y comunal, caracterizadas por su autonomía y solidaridad. Estrechamente cercanas a los prestadores de salud del micro territorio. Regidas por el propósito de promover acciones de comunicación fluida entre las instituciones de salud y la comunidad.
- ❑ Organizaciones culturales y deportivas (comité de deportes, grupos juveniles y artísticos): definidas por su accionar vecinal y comunal, caracterizadas por su autonomía y solidaridad. Impulsadas por promover la actividad física y las actividades de carácter lúdico en diferentes grupos etarios de la población. Regidas por el propósito de promover

acciones e impactar positivamente a la comunidad, mediante la articulación de esfuerzos colaborativos.

- ❑ No se identificaron organizaciones de carácter ideológico (políticos, estudiantiles o sindicatos).

Esta investigación identificó una forma de trabajo en red en salud: un tipo de trabajo comunitario (tradicional y vertical) desarrollado bajo un enfoque histórico-pasivo coyuntural, caracterizado por actividades conocidas ampliamente por los líderes sociales que jalonan la dinámica operativa de cada organización. Este enfoque histórico-pasivo indica la realización de actividades esporádicas y desarticuladas, que se realizan casi que mecánicamente. Las instituciones de salud suelen tomar la iniciativa para realizar actividades en salud, coyunturales y no permanentes (al menos en años recientes), que involucran la participación de las organizaciones sociales. Un trabajo en red en salud potente en un micro territorio exige un enfoque actual, activo y comprometido con todo lo que implica articular esfuerzos institucionales y poblacionales, como derecho y como deber. No existe un trabajo en red temático por parte de las organizaciones sociales. Estas trabajan con base en sus necesidades más sentidas, y no necesariamente estas tienen que ver con el tema de la salud. Su labor se orienta a resolver diferentes problemas crónicos de larga duración que les impactan negativamente su cotidianidad.

Esta investigación constató que el hecho de que las organizaciones sociales trabajen con instituciones de salud en un micro territorio no indica necesariamente que trabajen bajo la formalidad del trabajo en red en salud, máxime si las actividades de relacionamiento no son permanentes y se caracterizan por su esporadicidad. Por tanto, se requiere el desarrollo de un trabajo en red en salud formal con todo lo que esto implica. Debe existir una mayor voluntad de convocatoria hacia múltiples actores que interactúan colaborativamente en el territorio, lo cual puede generar la conformación de una red de gobernanza colaborativa. Se requiere que las instituciones (autoridades en salud) con capacidad inherente en la toma de decisiones, y las organizaciones sociales construyan procesualmente instancias de participación en la toma de decisiones.

Si se pretende continuar trabajando de modo tradicional (verticalmente), está bien la relación institución-paciente, pero si el propósito es avanzar hacia un enfoque que puede ser más potente, es posible incursionar en un trabajo articulado entre instituciones/organizaciones sociales

(horizontalmente), y explorar en lo profundo de las poblaciones las barreras que imposibilitan un trabajo estructurado de redes en salud en los micro territorios. Las organizaciones en los micro territorios representan las formaciones sociales activas en las que convergen todos los malestares experimentados individualmente y necesidades sentidas colectivamente por parte de usuarios-pacientes que requieren la prestación de servicios en salud.

Los aportes principales de este estudio, basados en el estudio de caso y el análisis de la red, permiten establecer lo siguiente:

- a) Un diagnóstico o fotografía actual sobre cómo se relacionan las organizaciones sociales para trabajar en objetivos comunes con las instituciones de salud, estableciendo quiénes, cómo y de qué forma (planificada o no).
- b) El desarrollo de un enfoque metodológico ‘novedoso’, apoyado con instrumentos y técnicas para el análisis e interpretación del trabajo en red, para identificar problemáticas en salud en los territorios y determinar los desafíos propios del trabajo en red en salud.
- c) Medición internodal para establecer el tipo de relacionamiento y distancia existente entre instituciones de salud y organizaciones sociales en una comuna en la ciudad de Cali.
- d) Información y análisis orientado a los interesados de la red inter-organizacional de la comuna 16, respecto al estado de su estructura, insumo que puede servir para reorientar y fortalecer la capacidad de acción.

Cómo facilita el estudio una herramienta para el avance científico

El enfoque del ARS en los estudios doctorales en salud en Colombia no cuenta con una tradición, o cual dificulta que funcione como referente para los investigadores. Los resultados aquí presentados constituyen un aporte a la exploración del estudio del trabajo en red en salud en una comuna de Cali, con base en organizaciones sociales relacionadas con instituciones de salud.

La utilización del ARS permitió ampliar la mirada de un fenómeno social como es el surgimiento, desarrollo y sostenibilidad de las organizaciones sociales y sus relacionamientos con las instituciones de salud. De tal manera, brinda una apertura de una línea de investigación que

aproxime las ciencias sociales a las ciencias de la salud, mediante el trabajo de análisis de redes sociales o ciencias de las redes, y motive a otros investigadores para profundizar en el tema desarrollado, y así avanzar en el uso del ARS para su aplicación.

7. Conclusiones

7.1 Conclusiones generales

La comuna 16 en la ciudad de Cali en Colombia, ha ejercido importantes procesos comunitarios mediante el esfuerzo continuo de las diversas organizaciones sociales que coexisten e interactúan en ese micro territorio. Los procesos desarrollados han contado con el concurso de las instituciones de salud prestadoras de servicios. La historia compartida ha exigido que las instituciones de salud estén al tanto permanentemente de las unidades sociales (organizaciones o grupos informales) con las que interactúan y con las cuales han desarrollado actividades en pro del beneficio de una importante cantidad de habitantes.

Estar al tanto de los actores en un territorio, desde la función de las autoridades en salud, implica conocerlos bien; saber dónde se ubican; cuáles son sus intereses y expectativas respecto a los temas de salud; cómo se relacionan; qué subgrupos son positivos y/o pueden ser negativos, una vez se piensa y actúa relacionamente (exigencia de pensar en red) para desarrollar acciones que propenden por un adecuado control de la salud pública, a partir de programas entorno a la promoción y prevención de la salud. Este enfoque de trabajo en red puede presentar resultados colectivos tan importantes como los obtenidos a diario mediante el trabajo rutinario con cada usuario o paciente que asiste a cada centro de atención en salud y recibe la prestación de servicios de salud.

Lo anterior, exige más de lo realizado: no solo documentar lo efectuado, también repensar y considerar cómo las instituciones de salud pueden aplicar enfoques como el del ARS para identificar qué tipo de recursos y acciones focalizadas deben reforzarse o implementarse, en aras de ser más eficientes con los recursos disponibles, lo cual por supuesto ayudaría a identificar problemas como la forma en que viaja la información, es decir, la velocidad de comunicación identifica la longitud media más corta de camino entre dos actores y es usada para medir qué tan rápido se mueve la información a través de una red. De igual modo, su planificación y una serie de toma de decisiones como actor relevante en una red de salud que incluyese decididamente la participación activa de los actores comunitarios.

La pregunta de investigación de este estudio: ¿cómo se ha planificado y desarrollado el trabajo en red en salud, en la comuna 16 en Cali, Colombia?, arroja una respuesta: no es claro aún, ni institucional, ni poblacionalmente, qué significa trabajar en red en salud al interior de un micro territorio. Se pudo establecer que las directrices o lineamientos del trabajo en red en salud no son conocidos por los funcionarios de las instituciones de salud, lo cual tiene como consecuencia por ende la no socialización de esos contenidos destinados a todos los actores activos en el territorio. Lo anterior, retrasa el avance del trabajo en red en salud, al no existir absoluta claridad sobre qué implicaciones exige este tipo de trabajo, cuáles son sus compromisos relacionales, metodologías, alcances y resultados oportunos para el bienestar de la población.

Algunas organizaciones han podido capitalizar sus vínculos con empresas o con otras organizaciones clave fuera de la red, beneficiándose por la obtención de capacitaciones, mediante talleres y cursos específicos, pero no es muy claro si estos vínculos han posibilitado nuevos relacionamientos con otras organizaciones existentes fuera de su comuna. Desarrollar mecanismos de incentivos para una mayor participación de las organizaciones frente a temas de salud, beneficiará el modo en que estas organizaciones pueden ingresar al centro de la red en el largo plazo y desempeñar un papel más significativo.

7.2 Conclusiones a partir del enfoque de ARS

La relevancia de la red analizada no está en el tamaño sino en la conexión evidenciada entre actores, y cómo comparten espacios vitales para su desarrollo organizacional. Se identificaron y analizaron los componentes estructurales, funcionales y relacionales de las organizaciones sociales. No es casual que los dos actores con mayor prestigio y reconocimiento en la red sean organizaciones estatales que jalonan los intereses determinantes en la comuna: la institución de salud ESE Sur Oriente y el Comité de Planificación (CALI 16). El primero, importante por los temas de salud que competen a toda la comunidad; el segundo, por el carácter económico, dada su función de planificar y distribuir recursos económicos para la ejecución de proyectos comunales. La red está unida mediante vínculos débiles organizacionales, y está conformada por subgrupos que no suelen relacionarse entre sí, dado los temas de mayor interés.

El análisis a lo largo del presente trabajo intentó dar cuenta de los factores proveedores o restrictores de oportunidades, dada la naturaleza contextual y relacional, que coadyuvan o limitan la funcionabilidad y sostenibilidad del trabajo en red:

Factores proveedores de oportunidades para el trabajo en red en salud

- ❑ En la mayoría de los casos el actor intermedio, la organización Liga de Usuarios (factor facilitador), posibilita como nodo-puente la interacción entre actores. El nodo Liga de Usuarios es muy activo cumplen una función de nodo intermediario entre la institución de salud y las organizaciones sociales, lo cual lo convierte en un nodo protagónico en la red, por ende, con una alta centralidad.
- ❑ El análisis de la centralidad de intermediación en esta red permitió determinar la ventaja posicional que un nodo registra en la red a la que pertenece, frente a otros nodos. Se visibiliza un mayor grado de intermediación en los nodos Institución Ese Sur Oriente Comité de Planificación y Adulto Mayor, los cuales ayudan a generar cambios en la red por su potencial de relacionamiento, facilitando adquirir credibilidad y confianza para gestionar diferentes tipos de recursos.
- ❑ El alto grado de cercanía entre un importante número de actores en la red, lo cual determina un relevante poder global, alta influencia y capacidad de margen de maniobra en la red para ejercer labores de articulación comunitaria (convocar, promover y ejecutar actividades comunitarias). Los nodos con un alto grado de cercanía alcanzan con mayor facilidad los recursos que fluyen a través de la red (en términos de información, conocimiento, oportunidades de proyectos, por ejemplo, algunos son acumulables, transferibles y aplicables).
- ❑ Los nodos que registran el mayor grado de centralidad de información, demuestran la relevancia en la red, tienen la mayor capacidad de comunicar flujos de información.
- ❑ El indicador centralidad de eigenvector o centralidad de vector propio, permitió determinar que los actores más centrales, tienen la medida de lejanía más pequeña, respecto a los demás actores en la red.
- ❑ Uno de los factores facilitadores es el capital social, factor restrictor de oportunidades para el ejercicio-avance en el trabajo en red en salud.

- ❑ Constituir una red antigua incrementa la probabilidad de que los diferentes actores se conozcan y hayan interactuado de diversas formas a través del tiempo: coparticipando en proyectos, y/o compartiendo espacios articuladores.
- ❑ El sentimiento de pertenencia local reconocido inter-actoralmente en la comuna analizada.

Factores restrictores de oportunidades para el trabajo en red en salud

- ❑ La no socialización y capacitación a los funcionarios y líderes de organizaciones sociales, respecto a los lineamientos del trabajo en red en salud, consignados en los documentos contruidos por la autoridad nacional en salud de Colombia, que indican que se debe avanzar en la ejecución de un tipo de trabajo horizontal, comprendido como una necesidad, y dejar de lado el tipo de trabajo diferente al tradicional (vertical), constituye un factor restrictor para el ejercicio de este tipo de trabajo en red en los territorios del país.
- ❑ La densidad de la red es baja o poco cohesionada, lo cual indica que el acceso y el intercambio de información entre las organizaciones estudiadas no fluye fácilmente. Pocas organizaciones con mucho poder en la red estudiada.
- ❑ No se observa una coparticipación importante entre las organizaciones mencionadas. Las colaboraciones no son permanentes, son coyunturales, existen en buena medida conforme la existencia de un proyecto en el cual colaborar, por ejemplo.
- ❑ Existen prácticas asociativas que obstaculizan mejores relacionamientos (factor restrictor), hay testimonios que sostienen la existencia de egocentrismos fuertemente enraizados en algunos líderes, lo cual fractura los necesarios relacionamientos entre organizaciones en el territorio.
- ❑ Los actores con menor centralidad de cercanía no se conectan adecuadamente con los actores de mayor relevancia, en términos de esta medida, ni con otros actores de la red, evidenciando un comportamiento aislado respecto al resto de nodos de la red, lo cual los

sitúa en una posición de desventaja para reaccionar a posibles beneficios permanentes o coyunturales al interior de la red.

- ❑ El promedio de distancia en esta red indica que en promedio dos organizaciones de la red se conectan mediante dos pasos, es decir, utilizando al menos dos conectores o intermediarios. Las organizaciones sociales de la red conformada en la comuna 16 no forman una red social altamente compacta, suelen conectarse por intermediarios.
- ❑ La matriz de adyacencia de esta red evidencia solo los nodos con mayor centralidad registran el mayor número de conexiones con otros actores.
- ❑ La modalidad coparticipativa se ha desarrollado sin el uso consciente de todo lo que la idea de trabajo en red en salud implica, sin todo lo que este precisa en términos teóricos, metodológicos y operativos.
- ❑ Los hallazgos del estudio, en términos del análisis de poder, demuestra que el papel dominante de los organismos gubernamentales, junto a la débil y dispersa contribución de las organizaciones sociales resultan aún en una toma de decisiones de carácter vertical.
- ❑ El rezago de algunas organizaciones sociales en la red, por sus escasos y débiles vínculos o interacciones con otras organizaciones, evidencian barreras para acceder a recursos (escasas oportunidades para vincularse o desarrollar proyectos propios).
- ❑ No parece existir institucionalmente espacios de participación que garanticen a las diversas organizaciones sociales un lugar para estar al tanto de los procesos de salud, y de esa manera informarse adecuadamente para intervenir en la toma de decisiones, y en ámbitos como los de gestión.

7.3 Implicaciones para la salud pública

La salud pública en Cali, Colombia y Latinoamérica precisa de la implementación de métodos innovadores como el ARS, que posibiliten potenciarla en la práctica. Esta intencionalidad está relacionada con los propósitos fundamentales de la salud pública, en el sentido en el que la

inclusión de un enfoque como el del ARS ayuda a mejorar la prestación de servicios de salud a los usuarios mediante perspectivas que fortalecerían las funciones de seguimiento y monitoreo. A su vez, desarrollando enfoques multidisciplinarios para analizar el funcionamiento de las redes de trabajo en salud, dando cumplimiento a la intencionalidad principal que es mejorar la salud de las poblaciones.

El trabajo en red en salud implica una estrategia de gestión que permite responder con rapidez a los cambios del contexto. Mediante la articulación de las organizaciones, es posible ofrecer respuestas a problemas que quizá de otro modo no podrían resolver, o exigiría mayores esfuerzos. En el trabajo en red en salud predomina la horizontalidad, factor clave para el desarrollo de la salud pública, lo cual favorece la flexibilidad, compromiso y sostenibilidad para ejercer una participación más activa y generar cooperación horizontal.

La salud pública enfrenta desafíos para garantizar el trabajo efectivo de redes en salud: a) garantizar las condiciones que permitan el desarrollo de esa modalidad de trabajo; b) acompañar los procesos de integración de los actores pertenecientes a la red, a partir de sus diferentes racionalidades institucionales; c) introducir mecanismos de seguimiento y de evaluación, con los cuales valorar los diferentes desempeños actorales en la red.

7.4 Recomendaciones para estudios futuros

La visualización de redes, utilizada por el ARS, es una de los más valiosos recursos analíticos para comprender las dinámicas relacionales y la formación de estas estructuras sociales, y así establecer si esta se extiende o contrae en un horizonte temporal definido, por ejemplo, a partir del entendimiento de una premisa fundamental: las redes no son entidades estáticas, están sujetas a cambios y dinámicas. Si la vida social nunca es estática, las organizaciones y las redes sociales tampoco lo son.

El ARS puede enriquecer el análisis de viejos y nuevos problemas, como perspectiva teórica y metodológica, diferente y complementaria, y beneficia el abordaje de objetos de estudio sociales y de salud. La investigación tradicional sobre redes puede ignorar factores relacionados con la sostenibilidad de las redes, y este es un factor crítico para un conjunto de organizaciones sociales que cooperan en red o al menos aspiran a hacerlo. Como es lógico, la sostenibilidad se establece por factores como el nivel de compromiso e interacción de las organizaciones sociales entre sí, recursos de toda índole, conformación de liderazgo reconocido y permanente; y muy

especialmente los lazos más formales y que son muy útiles para mantener conexiones con instituciones públicas con las cuales pesa el factor burocrático, dados los niveles relativamente altos de rotación de personal.

El ARS posibilita un análisis de tipo longitudinal, el cual exige un compromiso significativo por parte de los actores de la red para medir y analizar la evolución de la red (por ejemplo, anualmente). Esta oportunidad, no coyuntural sino deliberada, de evaluar los cambios en el número, tipo y naturaleza de los relacionamientos puede resultar beneficiosa a la red, especialmente en lo que se refiere a su sostenibilidad.

El ARS al examinar las estructuras de una red y las características de la red de relaciones puede ayudar a mejorar la comprensión de cómo la información, los recursos, el apoyo y la distribución se difunden a través de una red, lo cual es clave para identificar posibilidades de acceso a recursos, oportunidades y limitaciones que cada actor tiene en una red dada su posición al interior de la misma.

Los estudios sobre temas de salud enfocados en ARS pueden ayudar a observar mejor como los resultados de salud colectivos dependen no solo de la propia biología de una persona y sus acciones, también de la biología y acciones ejercidas por aquellos que le rodean. El trabajo en red en salud puede influir en temas de la salud a través de diferentes tipos de apoyo que redunden en provisión de apoyo social, influencias sociales positivas, compromiso social, y acceso a recursos y bienes materiales. Las estructuras de una red permiten a los miembros del grupo compartir los beneficios basados en la membresía afirmada.

Un actor puede analizarse en el sector salud en diferentes niveles: a nivel individual (paciente); a nivel de grupo (familia, equipo de salud); a nivel organizativo (hospital, centro de salud); a nivel regional (secretarías de salud locales); o a nivel nacional, lo cual implica variados resultados que presentan una información valiosa, sin duda alguna, para el sistema de salud.

Los estudios enfocados en ARS pueden aportar información clave a tomadores de decisión y formuladores de políticas, quienes también pueden monitorear las actividades de las redes sociales para comprender las necesidades sentidas de las poblaciones sobre problemas de salud pública.

Las organizaciones que hacen parte de una red pueden ser escépticas frente a los resultados del análisis del ARS, hasta creer que un estudio de esta índole no es útil. Las organizaciones en redes más pequeñas pueden incluso argumentar que todas se conocen y han trabajado bien, y que en un trabajo como este hay poco que ganar. En tal sentido, pudiesen pensar que no habría necesidad de un proceso sistemático de recopilación de datos de red y en conformidad una narrativa analítica. Sin embargo, un estudio de esta naturaleza puede abrir puertas a la identificación de asuntos problemáticos y/o aprovechamientos de lo existente. De tal manera, se puede fortalecer el compromiso de los miembros que quizá han sido infrautilizados o tienen una baja centralidad. El proceso de recopilación y análisis de datos que provee el ARS proporciona información de referencia que puede priorizarse a fin de planificar intervenciones con las cuales mejorar los flujos de conocimiento e intervenir los factores que restringen el comportamiento social y dificultan el cambio en una red de trabajo en salud. En tal sentido, los analistas de redes han demostrado que la estructura de las redes tiene un impacto significativo en numerosos procesos sociales, a través de la forma en que diferentes patrones estructurales amplifican y regulan el acceso a la información e influyen en emociones y recursos. El impacto surge desde la evaluación de factibilidad para diseñar intervenciones y promover colaboraciones factibles dentro del contexto de las relaciones inter organizacionales existentes en un territorio.

El comparativo de estudios basados en análisis pequeños y profundos de las comunidades, con los realizados en grandes poblaciones posibilita la opción de expandir y profundizar la teoría de redes. Estudios factibles de realizarse en comunas pueden no solo replicarse en otras comunas similares, también pueden escalarse a toda la ciudad, mediante estudios de carácter longitudinal.

El presente estudio ejemplifica, mediante la validez interna, la cual como es sabido está relacionada sobre todo con la metodología empleada, la posibilidad de replicar este procedimiento en otras comunas de la ciudad. No obstante, en comunas densas con mayor población se requeriría mayor presupuesto y un equipo interdisciplinar para levantar la información mediante etnografías y encuestas, por ejemplo. La ventaja es que estos datos pueden utilizarse para explorar hipótesis teóricamente importantes, respecto a los eventos de salud. Por tanto, los estudios micro pueden proporcionar una teoría que informe aspectos valiosos a los estudios macro o de big data.

7.5 Alcances y limitaciones del estudio

El análisis de los alcances del estudio y sus limitaciones es necesario para comprender mejor los resultados, conclusiones y recomendaciones.

Una de las principales ventajas del uso del ARS es el fortalecimiento de las organizaciones sociales. La situación en la que tres, cuatro o más organizaciones desarrollan relaciones sólidas entre sí es habitual al analizar una red asociativa, y cada actor puede estar débilmente conectado a otra red. Aunque no es necesariamente algo malo, por lo general, se espera que para ser una red eficiente todos trabajen en estrecha colaboración con los demás. En este caso, un actor líder (la institución en salud) o central de la red debe construir y reforzar lazos a través de ciertos actores para asegurar que la información clave llegue a todos.

No existe una tradición de estudios en salud con el enfoque de ARS en los estudios doctorales en salud en Colombia. Esta situación dificulta su condición de referente para investigadores procedentes de diferentes campos de conocimiento, de la salud misma, y ajenos a ese ámbito. Por tanto, los resultados aquí expuestos aportan a la exploración de una prometedora línea investigativa en la cual se articulen los esfuerzos de las organizaciones sociales y las instituciones de salud en diferentes territorios del país.

8. Consideraciones éticas

El presente estudio comprende el desarrollo de acciones que contribuyen a la comprensión de la relación entre las organizaciones sociales y las instituciones de salud en la comuna 16 de la ciudad de Cali, por lo cual se detallan aspectos éticos tenidos en cuenta de acuerdo con la resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud (1993).

La investigación se ajusta a los principios científicos y éticos. Clasificada como una investigación con riesgo mínimo por potencial pérdida de la confidencialidad para los informantes clave, aunque no se realizará ningún tipo de intervención en salud, indaga por los relacionamientos y características de las organizaciones.

La investigación requiere la participación de personas a quienes se solicitará su autorización mediante un consentimiento informado por escrito. Se solicitará permiso para observar las reuniones entre diferentes organizaciones.

La información obtenida será guardada mediante un código que permitirá que nadie ajeno a la investigación acceda a su información privada. El investigador (la persona que realizará la entrevista) guardará la información suministrada (primaria y secundaria) por los entrevistados, la cual es absolutamente confidencial y bajo riguroso anonimato, a partir de una codificación realizada en una matriz de Excel por el investigador. Toda la información obtenida estará bajo custodia con la garantía que solo permanecerá en el computador del investigador quien realiza las entrevistas, recaba la información, codifica y realiza el procesamiento de la misma. El computador tiene contraseña para su ingreso y manejo de los datos.

La información proporcionada y utilizada para esta investigación y cualquier futuro uso potencial como futuras investigaciones relacionadas con la línea actual, incluyendo los resultados de la investigación, le será informada a los informantes clave si así lo consideran necesario y especifican al investigador en el trabajo de campo o en comunicación posterior.

Se informó a los informantes clave que en caso de obtener información nueva e importante se le dará a conocer una vez termine el estudio, y proporcionará una copia de este documento, luego de ser aprobado el estudio por parte del Doctorado en Salud.

Los consentimientos informados elaborados presentaran la información exigida por la Resolución 8430 de 1993, y se ajustaron a los requerimientos propios del tipo de estudio y de los participantes. Su contenido se explicará de forma clara y completa a los participantes de la investigación, con el propósito de ser comprendidos los siguientes aspectos:

- a) El nombre y los objetivos de la investigación
- b) El número total de sujetos que se esperaba participaran en el estudio
- c) El tiempo durante el cual se esperaba que el sujeto participara en el estudio
- d) Los procedimientos a los cuales sería sometido el sujeto
- e) Las responsabilidades del sujeto
- f) Los riesgos y beneficios
- g) Las alternativas en caso que existieran
- h) Los gastos en que incurriría el sujeto
- i) El carácter voluntario de la participación
- j) La garantía de confidencialidad de la información
- k) La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda durante el proceso
- l) El derecho a conocer la información nueva al respecto del estudio si la hubiere
- m) La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se crearan perjuicios en su contra.
- n) Las personas encargadas del estudio a las que podría contactar y sus teléfonos
- o) Las circunstancias bajo las cuales se terminaría la participación del estudio
- p) La solicitud al sujeto de autorización para utilización de sus datos en otros estudios, previa aprobación del Comité de ética.

Se explicarán los objetivos de la investigación y se permitirá a las personas el tiempo y la oportunidad de leer el documento, firmarlo y hacerlo firmar por parte de un testigo que diera

cuenta de su aceptación voluntaria para participar. Se entregará a las personas un duplicado del consentimiento informado.

Inicialmente la información obtenida durante el trabajo de campo para esta investigación se guardará y permanecerá en el computador del investigador. Luego de ser aprobado el documento de tesis final que contiene este estudio, por parte del Doctorado en Salud, se socializará con la comunidad y las instituciones de salud los principales resultados del mismo. Se entregará una copia del documento de tesis final aprobado a la Red de Salud ESE Suroriente de la comuna 16, previa autorización del Doctorado en Salud, porque como tema poco explorado se espera constituya un insumo importante para la toma de decisiones en el tema del trabajo en red en salud. La información reposará Facultad de Salud de la Universidad del Valle y de igual manera en la ESE en su sistema de información, si el Doctorado en Salud lo considera pertinente.

El autor de esta investigación declara que no existe un conflicto de intereses dado que es un investigador independiente sin ningún tipo de relación contractual con las instituciones de salud abordadas para esta investigación. Tampoco tiene ninguna relación laboral o comercial con las organizaciones sociales participantes en la investigación.

Referencias

- Abbasi, A., Wigand, R. y Hossain, L. (2014). Measuring social capital through network analysis and its influence on individual performance. *Library & Information Science Research*, 36(1), 66-73. DOI: [10.1016/j.lisr.2013.08.001](https://doi.org/10.1016/j.lisr.2013.08.001)
- Abello, R. y Madariaga, C. (1999). Las redes sociales ¿para qué? *Psicología desde el Caribe*, 2-3, 116-135. <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/754/9465>
- Abello, R., Amar, J., Madariaga, C. y Ávila, J. (2012). Análisis de redes sociales en el contexto comunitario. En: J. Ávila (ed.), *Redes sociales y análisis de redes. Aplicaciones en el contexto comunitario y virtual* (pp. 133-167). Corporación Universitaria Reformada.
- Aguaded, E., Pistón, M., Pegalajar, M. y Olmedo, E. (2020). El Sistema de Categorías como herramienta para comprender las Historias de Vida de los menores extranjeros no acompañados. *Revista Espacios*, 41(41), 173-183. <https://www.revistaespacios.com/a20v41n41/a20v41n41p12.pdf>
- Aguilar, M. (2001). *La participación comunitaria en salud. ¿Mito o realidad?* Ediciones Díaz de Santos.
- Aguilar, N., Martínez, E. y Aguilar, J. (2017). Análisis de redes sociales: conceptos clave y cálculo de indicadores. Universidad Autónoma Chapingo. Centro de Investigaciones Económicas, Sociales y Tecnológicas de la Agroindustria y la Agricultura Mundial (CIESTAAM). Serie: Metodologías y herramientas para la investigación, Vol. 5.
- Aguirre, J. (2011). Introducción al Análisis de Redes Sociales. Documentos de Trabajo, 82, Centro Interdisciplinario para el Estudio de Políticas Públicas. <https://www.ciepp.org.ar/images/ciepp/docstrabajo/doc%2082.pdf>
- Aiello, A. (2017). Invited Commentary: Evolution of Social Networks, Health, and the Role of Epidemiology. *Am J Epidemiol*, 185, 1089–1092. <https://doi.org/10.1093/aje/kwx076>
- Alhajj, R. y Rokne, J. (ed.) (2014). *Encyclopedia of Social Network Analysis and Mining*. Springer.

Alonso, G. (2004). Teorías y modelos en la salud pública del siglo XX. *Colombia Médica*, 35(3), 164-168.
<https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/3484/1/rc04027.pdf>

Alonso, J., Arcos, M., Solano, J., Vera, R. y Gállego, A. (s.f.). Una mirada descriptiva a las comunas de Cali. Municipio de Santiago de Cali. Departamento Administrativo de Planeación, Universidad ICESI.

Álvarez, D. (2012). JAC Barrio Ciudad 2000 - Comuna 16.
<http://comunalinfo.blogspot.com/2012/05/informacion-comuna-16-barrio-ciudad.html>

Álvarez, C., Morgan, A., Ruiz, M., et al. (2015). Improving the evidence base on public health assets — the way ahead: a proposed research agenda. *J Epidemiol Community Health*, 69,721–723.
DOI: [10.1136/jech-2014-205096](https://doi.org/10.1136/jech-2014-205096)

Alcaldía de Santiago de Cali. (2021). Cali en cifras 2021. Alcaldía de Santiago de Cali.

Ávila, J, y Madariaga, C. (2012). Las redes en el contexto comunitario redes, apoyo y desarrollo comunitario: el papel del soporte social. En J. Ávila (ed.), *Redes sociales y análisis de redes. Aplicaciones en el contexto comunitario y virtual* (pp. 48-66). Corporación Universitaria Reformada.

Bandura, A. (1976). *Prentice-Hall Series in Social Learning Theory*. Pearson.

Blau, P. (1975). *Approaches to the Study of Social Structure*. Free.

Barnes, M. y Coelho V. (2009). Social participation in health in Brazil and England: inclusion, representation and authority. *Health Expectations*, 12, 226-236. doi: [10.1111/j.1369-7625.2009.00563.x](https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2009.00563.x)

Barnett, G. (ed.) (2011). *Encyclopedia of Social Networks*. SAGE.

Basile, G. (2020). Repensar y descolonizar la teoría y políticas sobre sistemas de salud en Latinoamérica y Caribe. *Cuadernos del pensamiento crítico latinoamericano*, 73. Disponible en:

<https://www.clacso.org/repensar-y-descolonizar-la-teoria-y-politicas-sobre-sistemas-de-salud-en-latinoamerica-y-caribe/>

Bermeo, F., Hernández J. y Tobón S. (2016). Análisis documental de la V heurística mediante la cartografía conceptual. *Ra Ra Ximhai*, 12(6), 103-121.
<https://doi.org/10.35197/rx.12.01.e3.2016.05.fb>

Bolívar, A. (2002). El estudio de caso como informe biográfico-narrativo. *Arbor*, 171(675), 559-578.
<https://doi.org/10.3989/arbor.2002.i675.1046>

Borgatti, S. (2002). NetDraw: Graph Visualization Software. Harvard: Analytic Technologies.

Borgatti, S., Everett, M. y Freeman, L. (2002). Ucinet 6 for Windows: Software for Social Network Analysis.

Borgatti, S. y Halgin, D. (2011). On Network Theory. *Organization Science*, 22(5), 1168–1181.
<http://dx.doi.org/10.1287/orsc.1100.0641>

Borgatti, S., Everett, M. y Johnson, J. (2013). *Analyzing Social Networks*. SAGE.

Borri, N. y Prevotel, S. (2014). *Organización Social + Estado = poder popular. Los desafíos políticos de las organizaciones sociales y el estado democrático*. Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

Bravo, O. (2016). Estrategias comunitarias de prevención en salud en la cárcel de Villahermosa. *Drugs and Addictive Behavior*, 1(2), 156–170. DOI: [10.21501/24631779.2054](https://doi.org/10.21501/24631779.2054)

Briceño, L. (1998). El contexto político de la participación comunitaria en América Latina. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(2), 141-147.
<https://www.scielo.br/j/csp/a/GbSVj8YNQvwQVwpX3RDfHJK/?format=pdf&lang=es>

Broomberg, J. (1994). Managing the health care market in developing countries: prospects and problems. *Health policy and planning*, 9(3), 237-251. DOI: [10.1093/heapol/9.3.237](https://doi.org/10.1093/heapol/9.3.237)

- Bronfman M. y Gleizer M. (1994). Participación comunitaria: ¿necesidad, excusa o estrategia, o de qué hablamos cuando hablamos de participación comunitaria? *Cadernos de Saúde Pública*, 10,111-122. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1994000100012>
- Butterfoss F, Goodman R, y Wandersman A. (1993). Community coalitions for prevention and health promotion. *Health Educ Res*, 8(3), 315-330.DOI: [10.1093/ella/8.3.315](https://doi.org/10.1093/ella/8.3.315)
- Butts, C. (2008). Social network analysis with SNA. *Journal of Statistical Software*, 24(6), 1-51. <https://doi.org/10.18637/jss.v024.i06>
- Cabrera, A. (2004). Teorías y modelos en la salud pública del siglo XX. *Colombia Médica*, 35(3), 164-168. <https://www.redalyc.org/pdf/283/28300308.pdf>
- Campoy, T. Gomes, E. (2009). *Manual básico para la realización de tesinas, tesis y trabajos de investigación*.
- Cárdenas, J. (15 de marzo de 2020). Centralidad de grado en Análisis de Redes - Curso Análisis de Redes (30/34). <https://www.youtube.com/watch?v=Qj8iu-xEX0M>
- Cárdenas, J. (15 de marzo de 2020). Redes dirigidas y no dirigidas: qué son y cómo se transforman - Curso Análisis de Redes (14/34). <https://www.youtube.com/watch?v=QWZitsqUMrM>
- Cárdenas, J. (2016). El análisis de redes: qué es, orígenes, crecimiento y futuro. *Pensando Psicología*,12(19), 5-10. <https://doi.org/10.16925/pe.v12i19.1330>
- Cárdenas, J. (2017). Las redes de la elite académica de la Sociología. *Revista Española de Sociología*, 26(1), 69-84. <http://dx.doi.org/10.22325/fes/res.2016.4>
- Cárdenas, J. (s.f.a). Análisis de Redes: Cómo procesar y guardar datos de redes en UCINET: Matrices / Listas / Sociograma.
- Cárdenas, J. (s.f.b). Análisis de Redes: Diseñar la investigación de redes Recolectar datos de redes Procesar / guardar datos de redes.

Carpiano, R. (2006). *Social Science & Medicine* 62,165-175.

Castiblanco, C., Rodríguez, D., Becerra, L., Duarte, M. y Caro, P. (2015). Orientaciones para la conformación y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC. Dirección de Promoción y Prevención Bogotá D.C. Ministerio de Salud.

Castilla, M. (2008). *Rectoría Gobernanza y Salud Pública*. Universidad de la Sabana.

Castillo, D. (2002). El trabajo en redes en el Sector Salud. *MedULA: Revista de la Facultad de Medicina*, 11(1), 49-50.
<http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/21830/articulo10.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Centola, D. (2015). The social origins of networks and diffusion. *American Journal of Sociology*, 120(5), 1295-1338. <https://doi.org/10.1086/681275>

Cequeira, M. y Mato, D. (1998). Evaluación participativa de los procesos de participación social en la promoción y el desarrollo de la salud. En A. Haro y B. De Keijzer (coords.), *Participación comunitaria en salud: evaluación de experiencias y tareas para el futuro* (pp. 21-65). El Colegio de Sonora y la Organización Panamericana de Salud.

Christley, R. M., Pinchbeck, G. L., Bowers, R. G., Clancy, D., French, N. P., Bennett, R. y Turner, J. (2005). Infection in Social Networks: Using Network Analysis to Identify High-Risk Individuals. *American Journal of Epidemiology*, 162(10), 1024-1031. DOI: [10.1093/aje/kwi308](https://doi.org/10.1093/aje/kwi308)

CIFE. (2017). Metodología del registro documental para la búsqueda y organización de la información científica (1ra. Ed.).

Cohen J.M. y Uphoff, N.T. (1980). Participation's place in rural development: seeking clarity through specificity. *Wld Dev*, 8, 213-235. [https://doi.org/10.1016/0305-750X\(80\)90011-X](https://doi.org/10.1016/0305-750X(80)90011-X)

Cofiño, R., Avinó, D., Benedéd, C., Botello, B., Cubillo, J., Morgan, A., Paredes, J. y Hernán, M. (2016). Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gac Sanit.* 30(S1), 93–98. DOI: [10.1016/j.gaceta.2016.06.004](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.004)

Coller, X. (2000). Estudio de casos. *Cuadernos metodológicos. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS)*, 17-55. https://www.researchgate.net/profile/Xavier-Coller/publication/277718680_Coller_Xavier_2000_Estudio_de_casos_Madrid_CIS/links/5c138ca9a6fdcc494ff2e48b/Coller-Xavier-2000-Estudio-de-casos-Madrid-CIS.pdf

Colvin, M. (2017). Mapping the inter-organizational landscape of child maltreatment prevention and service delivery: A network analysis. *Children and Youth Services Review*, 73, 352-359. DOI: 10.1016/j.childyouth.2017.01.003

Condé, D., y Scherlowski, H. (2015). Análisis de redes sociales: una propuesta metodológica para la investigación en salud y en la enfermería. *Rev enferm UERJ*, 23(6), 852-855.

Cook, K. y Whitmeyer, J. (1992). Two Approaches to Social Structure: Exchange Theory and Network Analysis. *Annual Review of Sociology*, 18, 109-127. <http://www.jstor.org/stable/2083448>

Correa, C. y Ma, K. (2011). Visualizing social networks. En A, Charu (ed.), *Social Network Data Analytics* (pp.307-326). Springer.

Corporación Somos Más Fundación Saldarriaga Concha. (2007). Guía para el fortalecimiento y articulación de redes de organizaciones sociales Versión 1.0. [guiafortalecimientoredes-v1-0.pdf](#)

Coura-Filho, P. (1998). Participação popular no controle da esquistossomose através do sistema único de saúde (SUS), em Taquaraçu de Minas (Minas Gerais, Brasil), Entre 1985-1995: Construção de um modelo alternativo. *Cad Saúde Pública*, 14(2), 111-22. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000600010>

Creswell, J. (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing among Five Traditions*. California: Sage.

De Ortuzar, M. (2011). Igualdad social, justicia y políticas de salud. *Rev. Latinoam. Bioética*, 11(1), 68-77. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-47022011000100007

- De la Rúa, A. (2005). El análisis dinámico de redes. *EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 10, pp. 151-181. <https://www.redalyc.org/pdf/2971/297123998006.pdf>
- Díaz, J. y Rodríguez, R. (ed.). (2018). *Introducción a la Sociología para Ciencias Sociales*. UNED.
- Domínguez, S. y Hollstein, B. (Eds.). (2014). *Mixed Methods Social Networks Research: Design and Applications*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139227193>
- Cubillos, C. (2015). Caracterización de los procesos organizativos socio-culturales en los barrios TIO, oferta social, dinámicas y proyecciones caracterización de la comuna 16.
- DAGMA. (s.f.). Agenda ambiental Ciudad 2000. DAGMA.
- Departamento Administrativo de Planeación Municipal. (2003). *Plan de Desarrollo Estratégico comuna diez y seis. Periodo 2004-2008*. Centro de Administración Local Integrada, comuna diez y seis.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (2017). *Comuna 16*. Censo Económico de 2005.
- Departamento Administrativo de Planeación. (2023). Cali en cifras. Disponible en <https://www.cali.gov.co/documentos/1705/documentos-de-cali-en-cifras/>
- De Salazar, L. (2004). *Design and implementation of a community surveillance system for behavioral risk factors for adolescent population*. SIVEA. CEDETES.
- Dettmer, J. (2019). Análisis de Redes Sociales (ARS): Estado del arte del caso mexicano. *Espacio Abierto*, 28(3), 5-24. <https://www.redalyc.org/journal/122/12264369001/>
- Dias, R. (1998). «Eu? Eu Estou Aí, compondo o Mundo» Uma experiência de controle de endemia, pesquisa e participação popular Vivida em Cansanção, Minas Gerais, Brasil. *CadSaúde Pública*, 14(2), 149-57. <https://www.scielo.br/j/csp/a/4xwR8pP8SONrB4ygMS9DLJs/?format=pdf&lang=pt>
- Echeverri y De Salazar (1980). La salud y el desarrollo en un sistema rural de servicios de salud. *Educación Médica y Salud*, 14(1), 23-40.

- Elster J. (196). *Tuercas y tornillos. Una introducción a los conceptos básicos de las ciencias sociales*. Gedisa.
- Escartín, P., López, V y Ruiz, J. (2016). La participación comunitaria en salud. <https://comunidad.semfyces.es/wp-content/uploads/Comunidad- -La-participacion-comunitaria-en-salud.pdf>
- Espinoza, V. (2005). Genealogía de los usos actuales del análisis de redes en Latinoamérica. En Porras, J.I. y Espinoza V. (eds.), *Redes. Enfoques y Aplicaciones del Análisis de Redes Sociales (ARS)* (pp. 18-65). Universidad Bolivariana.
- Etemadi, M., Gorji, A., Kangarani, H, y Ashtarian, K. (2017). Power structure among the actors of financial support to the poor to access health services: Social network analysis approach. *Social Science & Medicine*, 95, 1-11. DOI: [10.1016/j.socscimed.2017.10.026](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.10.026)
- Everton, S. (2018). Social Network Analysis: A Brief Introduction. In Everton, S. *Networks and Religion: Ties that Bind, Loose, Build-up, and Tear Down (Structural Analysis in the Social Sciences)* (pp. 47-84). Cambridge University Press.
- Fawcett, B. y South, J. (2005). Community involvement and Primary Care Trusts: The case for social entrepreneurship. *Critical Public Health*, 15(2): 191-204. DOI: [10.1080/09581590500144660](https://doi.org/10.1080/09581590500144660)
- Feinberg, M., Riggs N. y Greenberg, M. (2005). Social networks and community prevention coalitions. *J Prim Prev.*, 26(4), 279-298. <https://doi.org/10.1007/s10935-005-5390-4>
- Figueroa, D. (2002). Participación comunitaria y salud. *RESPYN Revista Salud Pública Y Nutrición*, 3(2). <https://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/85>
- Fontes, B., Dornelas, M., y Andreu, F. (2008). Redes, gobernanza urbana y prácticas asociativas: el ejemplo del Programa de Salud de la Familia. *Estudios Sociológicos*, 26(76),33-63. DOI: <https://doi.org/10.24201/es.2008v26n76.275>
- Franco, J. y Ruiz, W. (2019). Análisis de redes sociales para un sistema de innovación generado a partir de un modelo de simulación basado en agentes. *TecnoLógicas*, 22(44), 21-44. DOI: <https://doi.org/10.22430/22565337.1183>

- Franco, L., Trigo, P. Marqués, J., Tudball, S., Benrimoj, S. Martínez, F. y Sabater, D. (2020). Collaborative health service planning: A stakeholder analysis with social network analysis to develop a community pharmacy service. *Res Social Adm Pharm*, 16(2):216-229. DOI: [10.1016/j.sapharm.2019.05.008](https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2019.05.008)
- Fredericks, K.A. y Durland, M.M. (2005). The Historical Evolution and Basic Concepts of Social Network Analysis. En Durland, M., y Fredericks, K. (eds.), *New directions for evaluation: Social network analysis in program evaluation* (pp. 95–98). Jossey-Bass.
- Freeman, L. (2004). *The development of social network analysis. A study in the sociology of science*. Empirical Press.
- Fukuyama (2003). Capital social y desarrollo: la agenda venidera. En R. Atria, M. Siles, I. Arriagada, L. Robison, y S. Whiteford (comp.), *Capital social y reducción de la pobreza en América Latina y el Caribe: en busca de un nuevo paradigma*. (pp. 33-50). CEPAL.
- Fujimoto, K., Volente, T. y Pentz, M. (2009). Network structural influences on the adoption of evidence-based prevention in communities. *Journal of Community Psychology*, 37(7), 830-845. <https://doi.org/10.1002/jcop.20333>
- Gaete, J. y Pino, R. (2014). De la investigación social a la técnica profesional: una crónica histórica del ARS en Chile (1995-2014). *REDES: Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales*, 25(1), 94-113. <https://raco.cat/index.php/Redes/article/view/289504>.
- Gállego, J., Aliaga, P., Benedé, C., Bueno, M. y Ferrer, E. (2016). Las redes de experiencias de salud comunitaria como sistema de información en promoción de la salud: la trayectoria en Aragón. *Gac. Sanit.*, 30(S1), 55-62. DOI: [10.1016/j.gaceta.2016.05.016](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.016)
- Garrido, J. (2001). El análisis de redes en el desarrollo local. En M. Serrano, T. Rodríguez y P. Marín, *Prácticas locales de creatividad social* (pp. 67-89). El viejo Topo.
- Gascón, S. (2002). *Los movimientos sociales y la participación social de los mayores en el marco del plan internacional de acción sobre envejecimiento*. Madrid.
- Gerring J. (2006). *Case Study Research. Principles and Practices*. Cambridge University.

- Giner, S. y Lamo, E. (2006). *Diccionario de Sociología*. Alianza.
- Giovanella, L., Feo, Ó., Faria, M. y Tobar, S. (orgs), (2012). *Sistemas de Salud en Suramérica: Desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad/Instituto Suramericano de Gobierno en Salud*. Rio de Janeiro: ISAGS.
- Giuffre, K. (1988). *Communities and Networks Using Social Network Analysis to Rethink Urban and Community Studies*. Polity Press.
- Grapegia Dal Vesco, D., Fernandes, F. y Roncon, A. (2014). Controles de gestão atrelados ao gerenciamento de risco: uma análise das produções científicas brasileiras sob a perspectiva de redes sociais. *REDES: Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales*, 25(2), 163-185. <https://raco.cat/index.php/Redes/article/view/289619>.
- Guest, C., Ricciardi, W., Kawachi, I. Lang, I. (2013). *Oxford Handbook of Public Health Practice*. Third edition. Oxford University Press.
- Gustafsson-Larsson, S. y Hammarström, A. (2000). ¿Las actividades de la red de mujeres pueden mejorar la salud? *Revista Escandinava de Salud Pública*, 28, 253-259.
- Guzmán, J., Huenchuan, S. y Montes de Oca, V. (2003). Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. *Notas de población*, 77, 35-70. <https://hdl.handle.net/11362/12750>
- Haines V., Godley. J. y Hawe, P. (2011). Understanding Interdisciplinary Collaborations as Social Networks. *Am J Commun Psychol*, 47, 1-11. DOI: [10.1007/s10464-010-9374-1](https://doi.org/10.1007/s10464-010-9374-1)
- Haglund, B. et al. (1990). Assessing the community: its services, needs, leadership and readiness. En N. Bracht (Ed.), *Health Promotion at the Community Level*, Sage.
- Hansen, D., Shneiderman, B. y Smith, M. (2011). Social Network Analysis. Analyzing Social Media Networks with NodeXL, 31–50. DOI: [10.1080/10447318.2011.544971](https://doi.org/10.1080/10447318.2011.544971)

- Hansen, D., Shneiderman, B., Smith, M, y Himelboim, I. (2020). *Social network analysis: Measuring, mapping, and modeling collections of connections. Analyzing Social Media Networks with NodeXL*, 31–51. DOI: [10.1016/B978-0-12-817756-3.00003-0](https://doi.org/10.1016/B978-0-12-817756-3.00003-0)
- Harris, J.K. Provan, K., Johnson, K.. y Leischow, S. (2012). Drawbacks and benefits associated with interorganizational collaboration along the discovery development- delivery continuum: a cancer research network case study. *Implementation Science*, 7, 69-90. Doi: [10.1186/1748-5908-7-69](https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-69)
- Hart, J. (1995). Clinical and economic consequences of patients as producers. *J PublicHealth Med.*,17, 383-386. <http://www.jstor.org/stable/45160684>
- Heckathorn, D. y Cameron, C. (2017) Network Sampling: From Snowball and Multiplicity to Respondent-Driven Sampling. *Annual Review of Sociology*, 43, 101-119. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-060116-053556>
- Hernández, I. y Fernández, P. (2007). Políticas de salud y salud pública. *Gac Sanit*, 21(4):280-1. DOI: [10.1157/13108498](https://doi.org/10.1157/13108498)
- Hernández-Sampieri, R., Fernández, C. y Baptista L. (2014). *Metodología de la investigación* (Sexta Edición). McGraw-Hill.
- Hufty, M., Báscolo, E. y Bazzani, R. (2006). Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22, 35-45. <https://www.scielo.br/j/csp/a/89LjrgHDvwC9rH8c4b8ppHv/?format=pdf&lang=es>
- Instituto Nacional de Salud y Observatorio Nacional de Salud. (2019). Redes del Conocimiento en Salud Pública-RCSP. Disponible en [Redes del conocimiento en Salud Pública.pdf](#)
- Introcaso, D. (2005). The value of social network analysis in health care delivery. En Durland, M.M., y Fredericks, K.A. (eds.), *New directions for evaluation: Social network analysis in program evaluation*. Vol. 107 (pp. 95–98). Jossey-Bass.
- Kalpokas, N. (s.f.). Análisis de Sentimiento en ATLAS.ti Web. <https://atlasti.com/es/research-hub/analisis-de-sentimiento-en-atlas-ti-web>

- Kamuzora P., Maluka S., Ndawi B., Byskov J. y Hurtig A. (2013). Promoting community participation in priority setting in district health systems: Experiences from Barali district, Tanzania. *Glob.Health Action*, 6(22669), 1-11. DOI: [10.3402/gha.v6i0.22669](https://doi.org/10.3402/gha.v6i0.22669)
- Kawonga, M., Blaauw, D. y Fonn, S. (2015). Exploring the use of social network analysis to measure communication between disease programme and district managers at sub-national level in South Africa. *Social Science & Medicine*, 135, 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.04.024>
- Kazmina, Y., Heemskerk, E., Bokányi, E. y Takes, F. (2024). Socio-economic segregation in a population-scale social network. *Social Networks*, 78, 279–291. <https://doi.org/10.1016/j.socnet.2024.02.005>
- Kilduff, M. y Tsai, W. (2003). *Social Networks and Organizations*. SAGE.
- Klisberg, B. (2011). Estrategias y metodologías para promover la participación social en la definición e implantación de políticas públicas de combate a las inequidades en salud. Río de Janeiro: Conferencia Mundial Sobre Determinantes Sociales de la Salud.
- Knoke, D. y Yang, S. (2007). *Social Network Analysis*. 2ª ed. SAGE.
- Kirch, W. (ed.). (2008). *Encyclopedia of Public Health*. Springer.
- Kuhn, T. (2004). *La estructura de las revoluciones científicas*. Fondo de Cultura Económica.
- Kuros, R. y Mahsa, F (2023). The network analysis of organizations in watershed management toward sustainability in Northern Iran. *Sec. Water and Wastewater Management*, 11, 1-17. <https://doi.org/10.3389/fenvs.2023.1078007>
- Han, X., Goxe, F. y Freeman, S. (2024). Internationalization through social networks: A systematic review and future research agenda. *International Business Review* 33, 102292. <https://doi.org/10.1016/j.ibusrev.2024.102292>
- He, J., Lin, Y., Hooimeijer, P. y Monstadt, J. (2024). Measuring social network influence on power relations in collaborative planning: A case study of Beijing City, China. *Cities*, 148, 1-12 <https://doi.org/10.1016/j.cities.2024.104866>

- Lawrence, P. y Lorsch, J. (1967). Differentiation and integration in complex organizations. *Administrative Science Quarterly*, 12(1), 1–47. <http://dx.doi.org/10.2307/2391211>
- Lefebvre, R. y Bornkessel, A. (2013). Digital Social Networks and Health. *Circulation*, 127(17), 1829-1836. DOI: [10.1161/CIRCULACIONHA.112.000897](https://doi.org/10.1161/CIRCULACIONHA.112.000897)
- León, (2007). Cerrando la brecha entre la teoría y la práctica en salud pública. *Gac Sanit*, 21(4), 360-61. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112007000400018&lng=es&tlng=es.
- Levin, D. y Cross, R. (2004). La fuerza de los vínculos débiles en los que puede confiar: el papel mediador de la confianza en la transferencia eficaz de conocimientos. *Ciencias de la gestión*, 1477-1490.
- Lieberman, E. (2018). Building Community Social Capital. *Social Pathways to Health Vulnerability*, 207–235. DOI: [10.1007/978-3-319-93326-9_9](https://doi.org/10.1007/978-3-319-93326-9_9)
- Lindström, M., Hanson, B. y Östergren, P. (2001). Diferencias socioeconómicas en la actividad física en el tiempo libre: el papel de la participación social y el capital social en la configuración del comportamiento relacionado con la salud. *Ciencias sociales y medicina*, 52, 441-451. DOI: [10.1016/s0277-9536\(00\)00153-2](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00153-2)
- Lizardi, A. (2010). Redes de apoyo para la atención a un padecimiento crónico en una comunidad transnacional. *REDES: Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales*, 18(1). <https://raco.cat/index.php/Redes/article/view/203442>.
- López, M., Alberich, T., Avinó, D., Frances, F., Ruiz, A. y Villasante, T. (2018). Herramientas y métodos participativos para la acción comunitaria. Informe SESPAS 2018. *Gac Sanit*, 32(S1):32–40. DOI: [10.1016/j.gaceta.2018.06.008](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.06.008)
- Lopezosa, C., Codina, L. y Freixa, P. (2022). ATLAS.ti para entrevistas semiestructuradas: guía de uso para un análisis cualitativo eficaz. DigiDoc Research Group (Pompeu Fabra University).
- Loss, J., Weigl, J., Ernstberger, A., Nerlich M., Koller, M, y Curbach, J. (2018). Social capital in a regional inter-hospital network among trauma centers (trauma network): results of a qualitative study in Germany. *BMC Health Services Research*, 18(137). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2918-z>

- Lozares, C. (1996). La teoría de redes sociales. *Papers* 48, 103-112.
<https://doi.org/10.5565/rev/papers/v48n0.1814>
- Lozares, C. (2005). Bases socio-metodológicas para el Análisis de Redes Sociales, ARS. Empiria. *Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 10, 9-35.
<https://www.redalyc.org/pdf/2971/297123998001.pdf>
- Luke, D. y Harris J. (2007). Network Analysis in Public Health: History, Methods, and Applications. *Annual Review of Public Health*, 28,69-93. DOI: [10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144132](https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144132)
- Luján, R. (2021). El análisis de redes sociales en salud en Latinoamérica en el nuevo milenio. El caso de Colombia. *Cambios Y Permanencias*, 12(2), 442–474.
<https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistacyp/article/view/12842>
- Luna, M. y Velasco, J. (2017). *Complex Associative Systems: Cooperation Amid Diversity*. Instituto de Investigaciones Sociales, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades.
- Madariaga, C, y Ávila, J. (2012). Análisis de redes sociales. En J. Ávila (ed.), *Redes sociales y análisis de redes. Aplicaciones en el contexto comunitario y virtual* (pp. 97-131). Corporación Universitaria Reformada.
- Madondo, K., Weiss, L., Realmuto, L., Maseo, P., Burgdorf, C., Kumar, R., Beane, S., Schlossberg, H., y Pagán, J. A. (2022). Building and Sustaining Community Partnerships: An Organizational Network Analysis in a Low-resource Neighborhood. *Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action*, 16(4), 517-526. <https://doi.org/10.1353/cpr.2022.0073>
- Marín, A., García P. y Llano S. (2013). *Sociología de las Organizaciones. Influencias de las tecnologías de la información y la comunicación*. Fragua.

- Marqués, P., González, M., Varela, A., Vega, Y., Pinto, y J. Quiroga, (2013). El análisis de las redes sociales: Un método para la mejora de la seguridad en las organizaciones sanitarias. *Revista Española de Salud Pública*, 87(3), 209-219. doi.org/10.4321/S1135-57272013000300001
- Martín, M., Ponte, C. y Sánchez, M. (2006). Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud. *GacSanit*, 20(1), 192-202. <https://doi.org/10.1157/13086043>
- McQueen, D., Wismar, M., Lin, V., Jones, C.M. y Davies, M. (2012). *Gobernanza intersectorial para la salud en todas las políticas*. Organización Mundial de la Salud.
- Méndez C. y Vanegas J. (2010). La participación social en salud: el desafío de Chile. *Rev. Panam. Salud Publica*, 27(2), 144-8. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/9717/a09v27n2.pdf;sequence=1>
- Menéndez, E. (2010). Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado. *Cuadernos Médico Sociales*, 73, 5-22. <https://revistas.inah.gob.mx/index.php/dimension/article/view/10506>
- Mera, R. y Álvarez, G. (1993). Salud mental comunitaria. una experiencia de aprendizaje con estudiantes de enfermería en hogares comunitarios. *Avances en Enfermería* XI(1), 47-54. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/30397>
- Ministerio de Salud de Colombia (1993). *Resolución No. 008430 de 1993*. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud de Colombia (1994). *Decreto 1757. Por el cual se organizan y establecen las modalidades y formas de participación social en la prestación de los servicios de salud*. Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021 La salud en Colombia la construyes tú. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Guía para la implementación del modelo de articulación de redes “TO2ES: Por una Colombia saludable”. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/implementacion-modelo-redes.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Estrategia de comunicación para la implementación de la Política de Participación Social en Salud – PPSS*. Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud de Colombia. (2015). Orientaciones para la conformación y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias en el PIC Grupo de Gestión para la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad Dirección de Promoción y Prevención <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/orientaciones-redes-sociales-comunitarias-pic.pdf>

Ministerio de Salud de Colombia (s.f.). Salud y redes. Módulo 9. Ministerio de Salud de Argentina.

Ministerio de Salud de Colombia (2016). *Resolución Número 003202-2016*. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud de Colombia (2017). Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), Plan de capacitación sectorial. Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud de Colombia (2021). *Política de Participación Social en Salud- PPSS, guía planes de acción. Instrumento para la formulación de los planes de acción 2021 Política de Participación Social en Salud- PPSS*. Ministerio de Salud.

Misnaza Castrillón S, Cruz Rivera E, Iván Parra A, Salas-Quijano S, Giraldo Mayorga DC, Santana Rodríguez D, Castañeda Orjuela C. (2022). Análisis de redes sociales de la red de conocimiento en salud pública del Observatorio Nacional de Salud de Colombia: un análisis de documentos. *Rev Gerenc Polit Salud*. 21, 2-24. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps21.arsr>

Molina, J. (2005). El estudio de las redes personales: contribuciones, métodos y perspectivas. Universidad Autónoma de Barcelona. *Empiria Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 10, 71-105. <https://www.redalyc.org/pdf/2971/297123998003.pdf>

- Molina, M. y Spurgeon, P. (2007). La descentralización del sector salud en Colombia. Una perspectiva desde múltiples ámbitos. *Gest. polít. pública*, 16(1), 171-202. <https://www.scielo.org.mx/pdf/gpp/v16n1/1405-1079-gpp-16-01-171.pdf>
- Morgan, G. (1990). *Organizations in society*. Macmillan Education.
- Morgan, L. (1993). *Community Participation in Health. The Politics of Primary Care in Costa Rica*. Cambridge University Press.
- Morgan A. y Ziglio E. (2007). Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promot Educ.*, (Suppl 2), 17–22. DOI: [10.1177/10253823070140020701x](https://doi.org/10.1177/10253823070140020701x)
- Navarro, L. y Salazar, J. (2007). Análisis de redes sociales aplicado a redes de investigación en ciencia y tecnología. *Síntesis Tecnológica*, 3(2), 69-86 DOI: [10.4206/sint.tecnol.2007.v3n2-03](https://doi.org/10.4206/sint.tecnol.2007.v3n2-03)
- Neiman, G. y Quaranta, G. (2006). Los estudios de caso en la investigación sociológica. En V. de Gialdino (comp.), *Estrategias de investigación cualitativa*. Gedisa.
- Network Analyzer (2018). *Online Help*. Max Planck Institute for Informatics. <https://med.bioinf.mpg.de/netanalyzer/index.php>
- Nilsen, Ø. (1996). *Community health promotion: concepts and lessons from contemporary sociology. Health Policy*, 36(2), 167–183. DOI: [10.1016/0168-8510\(95\)00813-6](https://doi.org/10.1016/0168-8510(95)00813-6)
- Nuntaboot, K., Boonsawasdulchai, P. y Bubpa, N. (2019). Roles of mutual help of local community networks in community health activities: Improvement for the quality of life of older people in Thailand. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(3), 266-271. DOI: [10.1016/j.ijnss.2019.04.001](https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.04.001)
- Observatorio de Seguridad y Alcaldía Santiago de Cali. (2019). *Caracterización en Seguridad y Convivencia - Comuna 16*. Observatorio de Seguridad y Alcaldía Santiago de Cali.
- Observatorio Social. (s.f.). *Perfil de la comuna 16*. Alcaldía de Santiago de Cali.

- Ocampo, C., González, C., Morales, C., Pérez, M., Wesson, A. y Apperson Ch. (2009). Evaluación de estrategias comunitarias para *Aedes aegypti* control dentro de las casas. *biomedica [Internet]*, 29(2):282-97. DOI: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v29i2.30>
- Ocampo, L. (2015). Fortalecimiento de la estrategia de atención primaria en salud en territorios del municipio de Cali, 2014. *Revista Colombiana Salud Libre*, 10(2), 103-108. <https://doi.org/10.18041/1900-7841/rcslibre.2015v10n2.1428>
- Ochoa, C. (30 de junio de 2015). Muestreo no probabilístico por bola de nieve. Disponible en: <https://www.netquest.com/blog/muestreo-bola-nieve>
- Offe, C. (1996). *Modernity and the state: east, west*. Cambridge: Polity Press.
- Oliver, J. (2011). Salud pública y mercado. *Gac Sanit*, 25(5):423–426. <https://scielo.isciii.es/pdf/ga/v25n5/opinion.pdf>
- Oltra, C. (2011). *La sociedad al desnudo. una nueva invitación a la sociología*. Círculo Rojo.
- O'Malley, A. y Onnela, J. (2020). Introduction to Social Network Analysis. En B. Sobolev y C. Gatsonis, *Methods in Health Services Research*. Springer.
- Opurum, K., Lynch, K., Vandergraff, D., Miller, D. y Savaiano, D. (2019). A mixed-methods evaluation using effectiveness perception surveys, social network analysis, and county-level health statistics: A pilot study of eight rural Indiana community health coalitions. *Evaluation and Program Planning*, 77, 1-13. DOI: [10.1016/j.evalprogplan.2019.101709](https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2019.101709)
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1998). *Promoción de la salud. Glosario*. World Health Organization.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1990). *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud*. Washington D.C., Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud.

- OPS-OMS. (2008). Gestión de redes en la OPS/OMS Brasil: conceptos, prácticas y lecciones aprendidas. Organización Panamericana de la salud. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53151/nlmw18-bra_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- OPS-OMS. (2017). Documento conceptual: trabajo en red concurso de experiencias significativas de promoción de la salud en la región de las Américas. Disponible en <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2017/promocion-salud-intersectorialidad-concurso-2017--red.pdf>
- Page, S. (2015). What Sociologists Should Know About Complexity (August 2015). *Annual Review of Sociology*, 41, pp. 21-41. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-soc-073014-112230>
- Palinkas, L. A., Holloway, I. W., Rice, E., Fuentes, D., Wu, Q. y Chamberlain, P. (2011). Social networks and implementation of evidence-based practices in public youth-serving systems: A mixed-methods study. *Implementation Science*, 6(1), 113. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-113>
- Pasarín, M., Millerb, R. y Segura, A. (2008). Aportaciones de la atención primaria y la salud pública al desarrollo de la salud comunitaria. *Aten Primaria*, 40(3):115-7. DOI: [10.1157/13116624](https://doi.org/10.1157/13116624)
- Pacileo, G. (2005). Globalización y tendencias actuales de la salud mundial. En: *Salud y Globalización*. Madrid: FADSP.
- Pakman, M. (1995). *Redes: una metáfora para práctica de intervención social*. En E., Dabas (comp.), *Redes: el lenguaje de los vínculos: hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*. Buenos Aires: Paidós.
- Pearson, V. (2013). Governance and accountability. En Guest, C., Ricciardi, W., Kawachi I. y Lang, I. (Eds.), *Oxford Handbook of Public Health Practice* (pp. 502-511). Oxford University Press.
- Peláez, D. (2020). Comunidades emocionales: afectividades y acción colectiva en organizaciones sociales comunitarias de base en Bogotá. Corporación Universitaria Minuto de Dios – UNIMINUTO.

- Pérez, D., Lefèvre, P., Romero, M.I., Sánchez, L., De Vos, P. y Stuyft, P. (2009). Augmenting frameworks for appraising the practices of community based health interventions. *Health Policy and Planning*, 24, 335-341. <https://doi.org/10.1093/heapol/czp028>
- Petrescu, M., Belza B., Leith, K., Allen, P., Coe N. y Anderson L. (2015). Uso del análisis de redes sociales para evaluar la tutoría y la colaboración en una red de salud pública. *Prev Chronic Dis* 12, 150103. DOI: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd12.150103>
- Pineda, F. (2014). La participación en salud factores que favorecen una implementación efectiva. Superintendencia nacional de salud. *Monitor estratégico*, 6, 10-20. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/3.%20La-participacion-en-salud-factores-que-favorecen.pdf>
- Pinto, A.L., y Gonzales-Aguilar, A. (2014). Visibilidad de los estudios en análisis de redes sociales en América del Sur: su evolución y métricas de 1990-2013. *TransInformação, Campinas*, 26(3), 253-267. <https://doi.org/10.1590/0103-3786201400030003>
- Platt, J. (1992). 'Case Study' in American Methodological Thought. *Current Sociology* 40(1), 17–48. <https://doi.org/10.1177/001139292040001004>
- Plummer, J. (2004) Introduction. En J. Plummer y J. Taylor, *Community Participation in China Issues and Processes for Capacity Building* (ed.) (pp. 1-22), Earthscan.
- Plummer, J. y Taylor, J. (2004). *Community Participation in China Issues and Processes for capacity building*.
- Porter, M. (1990). *The Competitive Advantage of Nations*. Macmillan.
- Posada, J. (2008). Documento Propuesta para el Desarrollo de Redes Sociales y Comunitarias de Apoyo en Salud Mental para el Nivel Territorial. Ministerio de la Protección Social. Bogotá, Colombia.

- Preston, R., Waugh, H., Larkins, S. y Taylor, J. (2010). Community participation in rural primary health care: intervention or approach? *Australian Journal of Primary Health*, 16, 4-16.
DOI: [10.1071/py09053](https://doi.org/10.1071/py09053)
- Provan, K., Veazie, M., Staten, L., Teufel-Shone, N. (2005). The Use of Network Analysis to Strengthen Community Partnerships. *Public Administration Review*, 65(5), 603-613.
https://osit.nv.gov/uploadedFiles/ositnvgov/Content/Meetings/STEM/2017/Provan_2005_Network%20Analysis%20Comm%20Partners.pdf
- Ramos, I. (2015). Análisis de redes sociales: una herramienta efectiva para evaluar coaliciones comunitarias. *Rev. Salud Pública*, 17, 323-336.
<https://www.redalyc.org/pdf/422/42242624002.pdf>
- Ramos, I., Contreras, C. y García, A. (2014). México: un eje central en el desarrollo de las redes hispanas. *REDES-Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales*, 25(1), 49-67.
<https://raco.cat/index.php/Redes/article/view/289509>.
- Rasanathan, K. (2011). *Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud. Conferencia mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud*. Rio de Janeiro: Organización Mundial de la Salud.
- Red de Salud Sur Oriente. (2021). Caracterización de la población 2021.
<https://www.esesuroriente.gov.co/docs/Transparencia%20y%20Acceso%20Informacion%20Publica/6.%20Participa/6.1%20Politica%20Publica%20de%20Participacion%20Social%20En%20Salud/Carcaterizacion poblacion comuna 16.pdf>
- Red de Salud Sur Oriente. (21 de junio de 2024). Quiénes Somos. Web *Ese Sur Oriente*.
<https://www.esesuroriente.gov.co/institucion.html>
- Resolución 2063 de 2017. (2017). Por medio del cual adopta la Política Pública de Participación Social en Salud.
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202063%20de%202017.pdf

Reynoso, C. (2011). *Redes sociales y complejidad: Modelos interdisciplinarios en la gestión sostenible de la sociedad y la cultura*. SB.

Reynoso, C. (2018). *Dilemas de la Comparación, la Similitud y la Diferencia en la Antropología y en el Análisis de Redes Sociales*. Buenos Aires.

Rifkin S. (1996). Paradigms lost: toward a new understanding of community participation in health programmes. *Acta Trop.*,61(2):79-92. Rifkin S. (1996). Paradigms lost: toward a new understanding of community participation in health programmes. *Acta Trop.*,61(2):79-92. DOI: [10.1016/0001-706x\(95\)00105-n](https://doi.org/10.1016/0001-706x(95)00105-n)

Rivera, D., Cristancho, A. y González, J. (2007). Movilización social para el control de cáncer en Colombia. Documento técnico 2. República de Colombia Ministerio de la Protección Social Instituto Nacional de Cancerología. <https://saludsantander.com/descargas/biblioteca/Cartilla%20Movilizaci%C3%B3n%20social%20para%20el%20control%20del%20c%C3%A1ncer%20en%20Colombia.pdf>

Robertson, R., Barona, B., Becerra, V. Shepard, D., Becerra, J. Bongiovanni, A. (1997). Un programa de atención primaria en salud basado en voluntarias en Cali: Metas vs. Realidades. *Colombia Médica*, 28 (4). 167–176. <https://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/71>

Rodríguez, R, y Díaz, J. (2018). Teorías sociológicas. En R. Rodríguez y J. Díaz, *Introducción a la Sociología para Ciencias Sociales* (pp. 32-57). Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Rodríguez, D. (2009). *El trabajo en red como estrategia para la implementación de los procesos comunitarios del componente de salud mental en la atención primaria en salud (APS)*. Ministerio de Salud.

Rodríguez, J. (2013). Cómo utilizar el Análisis de Redes Sociales para temas de historia. *Signos Históricos*, 29, 102-141. <https://www.scielo.org.mx/pdf/sh/v15n29/v15n29a4.pdf>

Rowley J. (2002). Using case studies in research. *Management Research News*, 25(1), 16-27. <https://doi.org/10.1108/01409170210782990>

Rubio, S. (2015). *Glosario de económica de la salud*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

Saavedra, C., Limachi, I., Boj, E., González, Y., Corona, B., Geppert, S. y Revollo, D. (2021). Análisis de Redes en la Gobernanza del Agua en las cuencas de México, Costa Rica y Bolivia. https://biocorredores.org/biodiver-city-sanjose/sites/default/files/2021-04/Analisis%20Redes%20Sociales_2020_Final%20GIZ%20GADeRALC_0.pdf

Sáez, R. (2016). Participación social en salud. Un análisis político y normativo. *Cuestiones políticas*, 31(55), 131-158. <https://produccioncientificaluz.org/index.php/cuestiones/article/view/20989>

Sandoval, H. (2004). Mejor salud para los chilenos: fundamentos sanitarios, políticos y financieros de la necesidad y oportunidad de hacer una reforma al sistema de salud chileno. *Cuadernos Médicos Sociales*, 43(1), 5–20. <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/788>

Sanicola, L. (1996). *Redes sociales y menores en riesgo*. Lumen humanitas.

Shelton, R., Lee, M., Brotzman, L., Crookes, D., Jandorf, L. Erwin, D., Gage, E. (2018). Use of social network analysis in the development, dissemination, implementation, and sustainability of health behavior interventions for adults: A systematic review. DOI: [10.1016/j.socscimed.2018.10.013](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.10.013)

Sapag, J. y Kawachi, I. (2007). Capital social y promoción de la salud en América Latina. *Rev SaúdePública*, 41(1):139-49. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000100019>

Segura del Pozo, J. (2023). Salud Comunitaria: qué es y que no es. Ediciones Salud Pública y otras dudas. https://saludpublicayotrasdudas.files.wordpress.com/2023/02/salud-comunitaria_que-es-y-que-no-es6.pdf

Serrat, O. (2017). *Knowledge Solutions: Tools, Methods, and Approaches to Drive Organizational Performance*. Springer.

- Smith, K, y Christakis, N. (2008). Social Networks and Health. *Annual Review of Sociology*, 34, 405-429.
<https://doi.org/10.1146/annurev.soc.34.040507.134601>
- Smith, P. y Van de Ven, A. (1994). Developmental processes of cooperative interorganizational relationships. *The Academy of Management Review*, 19(1), 90–118.
<https://doi.org/10.2307/258836>
- Social Network Visualizer. (s.f.). SocNetV Manual. (Consultado 10 de noviembre de 2023). Disponible en: <https://socnetv.org/docs/index.html>
- Stake, R. (1994). Case Studies. En Denzin N.K. y Lincoln, Y.S. (eds.), *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Sage.
- Stake, R. (1995). *The art of case study research*. Sage.
- Stake, R. (1998). *Investigación con estudio de casos*. Morata.
- Stewart, L. (s.f.). Análisis de documentos - Cómo analizar datos textuales para la investigación. *Atlas.ti*.
<https://atlasti.com/es/research-hub/analisis-de-documentos>
- Stoebenau, K. y Valente, T.W. (2003). Using network analysis to understand community-based programs: a case study from highland Madagascar. *International Family Planning Perspectives*, 29(4), 167-173. DOI: [10.1363/ifpp.29.167.03](https://doi.org/10.1363/ifpp.29.167.03)
- Stoker, G. (1998). Governance as theory: five propositions. *International Social Science Journal*, 50(155), 17–28. <http://doi.org/10.1111/1468-2451.00106>
- Terán, M. (2009). El estudio de las redes personales para la implementación de estrategias de atención sociomédica. *REDES: Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales*, 17(1), 184-194.
<https://www.redalyc.org/pdf/931/93112847008.pdf>

- Teves, L., y Pasarin, L. (2014). ARS en Argentina: contrastes metodológicos y la aplicación a problemas sociales. *REDES-Revista Hispana para el Análisis de Redes Sociales*, 25(2), 125-139. <https://www.redalyc.org/pdf/931/93131317007.pdf>
- Thompson, B. and Kinne, S. (1990). Social change theory: applications to community health. En N. Bracht (Ed.), *Health Promotion at the Community Level*, Sage.
- Tsai, W. y Ghoshal, S. (1998). Capital social y creación de valor: el papel de la intraempresa redes. *Revista de la Academia de Gestión*, 41(4), 464–476.
- Vacchiano, M., Hollstein, B., Settersten, R. y Spini, D. (2024). Networked lives: Probing the influence of social networks on the life course. *Advances in Life Course Research* 59, 100590. <https://doi.org/10.1016/j.alcr.2024.100590>
- Valla VV. (1998). Participação e endemias: Uma nova conjuntura. *Cad Saúde Pública*, 14, 4-5. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000600001>
- Valente, Thomas W. (2010). *Social Networks and Health Models, Methods, and Applications*. New york: Oxford University Press.
- Valente, T. y Pitts, S. (2017). An Appraisal of Social Network Theory and Analysis as Applied to Public Health: Challenges and Opportunities. *Annu. Rev. Public Health* 38, 103-118. DOI: [10.1146/annurev-publhealth-031816-044528](https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031816-044528)
- Valles, A., Hernández, C. y Hernández, K. (2019). Funciones esenciales de la salud pública. En Valles, A. *Modelos y teorías de salud pública* (pp. 58-63). Universidad Autónoma de Baja California.
- Vázquez, ML., Siqueira, E., Kruzeb, I., Da Silva, y Leiteb, A. (2002). Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. *Gac Sanit*, 16(1), 30-38. <https://scielo.isciii.es/pdf/gv/v16n1/original3.pdf>
- Veenstra, G. (2000). Capital social, SES y salud: un análisis a nivel individual. *Ciencias Sociales y Medicina*, 50, 619–629. DOI: [10.1016/s0277-9536\(99\)00307-x](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(99)00307-x)

- Verd, J, y Martí, J. (1999). Muestreo y recogida de datos en el análisis de redes sociales. *Questiio*, 23(3), 507-524. <https://www.idescat.cat/sort/questiio/questiio/pdf/23.3.5.Verd.pdf>
- Vesga, A., Murillo, R., Burgos, M., Valencia, A., Gutiérrez, M. y Llanos, G. (2001). El trabajo extramural en el marco de la promoción de la salud. *Colombia Médica*, 32(1), 64-71. <https://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/184>
- Vonneilic, N. (2022). Social Relations, Social Capital, and Social Networks: A Conceptual Classification. En A. Klärner et al. (eds.), *Social Networks and Health Inequalities* (pp. 23-34). Springer.
- Wasserman, S. y Faust, K. (1994). *Social networks analysis: Methods and applications*. Cambridge University Press.
- Wendel, M., Prochaska, J.D., Clark, H.R., Sackett S. y Perkins K. (2010). Interorganizational network changes among health organizations in the Brazos Valley, Texas. *J Prim Prev.*, 31, 59-68. DOI: [10.1007/s10935-010-0203-y](https://doi.org/10.1007/s10935-010-0203-y)
- Woolcock, M. (1998). Social capital and economic development: toward a theoretical synthesis and policy framework. *Theory Soc* 27,151–208. DOI: [10.1023/A:1006884930135](https://doi.org/10.1023/A:1006884930135)
- Wouter de Nooy, W., Mrvar, A. y Batagelj, V. (2005). *Exploratory Network Analysis with Pajek*. Cambridge University Press.
- Yacuzzi, E. (2005). *El estudio de caso como metodología de investigación: Teoría, mecanismos causales, validación. Serie Documentos de Trabajo*. Universidad del CEMA. <https://ucema.edu.ar/publicaciones/download/documentos/296.pdf>
- Yin, R. (1984). *Case study research design and methods*. Newbury Park.
- Yin, R.K. (1994) *Case study research: design and methods*. 2nd edition. Sage.
- Yin, R. (2018). *Case Study Research: Design and Methods*. Sage. UKHFAN. (1991). *Community participation for health for all*. United Kingdom: Community Participation Group.

Zakus, J. y Lysack, C. (1998). Revisiting Community Participation. *Health Policy and Planning*, 13(1), 1–12. DOI: [10.1093/heapol/13.1.1](https://doi.org/10.1093/heapol/13.1.1)

Zareie, A., Sheikahmadi, A. y Jalili, M. (2019). Influential node ranking in social networks based on neighborhood diversity. *Future Generation Computer Systems*, 94,120-129. DOI: [10.1016/j.futuro.2018.11.023](https://doi.org/10.1016/j.futuro.2018.11.023)

Anexos

Anexo 1. Cronograma de la investigación

PASOS Y ACTIVIDADES	May 22	Jun 22	Jul 22	Ago 22	Sep 22	Oct 22	Nov 22	Dic 22	Ene 23	Feb 23	Mar 23	Abr 23	May 23	Jun 23	Jul 23	Ago 23	Sep 23	Oct 23	Nov 23
BUSQUEDA DE APROBACION																			
Finalización protocolo-propuesta (con ajustes)	x																		
Entrega de propuesta y evaluación Comité Doctorado	x																		
Presentación protocolo comité de ética UVALLE		x	x																
TRABAJO DE CAMPO																			
Selección de organizaciones sociales e instituciones de salud, a partir de criterios establecidos, y convocar a los actores para las entrevistas semiestructuradas y grupos focal				x															
Obtención de la información documental de los actores estratégicos (instituciones estatales) y de interés (organizaciones sociales): agendas de trabajo, normativos, convenios, etc.					x														
Realización de las entrevistas a los informantes clave: líderes de las organizaciones, autoridades en salud del municipio y la comuna 16 (secretario de salud municipal, gerente hospital, líderes equipos extramurales)					x	x													
ANALISIS DE RESULTADOS																			
Transcripción de las entrevistas							x												
Análisis de la información cualitativa por categoría de análisis								x											
Ingreso de la información para el procesamiento con los programas informáticos UNICET y SOCNET									x										
Análisis información estadística										x	x	x							
ELABORACIÓN DE INFORMES																			
Consolidación de información													x						
Escritura de informe final														x	x	x			
DIVULGACIÓN DE RESULTADOS																			
Escritura de artículo																x	x	x	
Sustentación ante el comité del doctorado																			x

Anexo 2. Presupuesto (en miles de \$) para el estudio “Estructura, funcionamiento y relacionamientos entre las instituciones de salud y las organizaciones sociales para el desarrollo del trabajo en red en salud”

RUBROS	FUENTES		
	CONTRAPARTIDA EN ESPECIE UNIVALLE	SOLICITADO A LA CONVOCATORIA	TOTAL
Personal	18.000.000		18.000.000
Salidas de campo	2.000.000		2.000.000
Servicios técnicos	2.000.000		2.000.000
Material especializado			
Equipos			
Software			
Mantenimiento			
Viajes	1.000.000	No financiable	1.000.000
Uso de equipos		No financiable	
Administración		No financiable	
Material general	3.000.000	-	3.000.000
Bibliografía		No financiable	
TOTAL	26.000.000		26.000.000

Anexo 3. Consentimiento informado para gerentes que participan en entrevistas

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA GERENTES de las ESEs, PERSONAL
ASISTENCIAL DE ESEs
E INFORMANTES CLAVE DE ORGANIZACIONES
SOCIALES DE LA COMUNA 16 DE LA CIUDAD
DE CALI, COLOMBIA**

**Proyecto: Estructuras, funcionamientos y participación entre las
instituciones de salud y las organizaciones sociales
para el desarrollo del trabajo en red en salud**

El presente formato es el consentimiento para participar en una Investigación liderada por el estudiante Roberto Carlos Luján Villar del Doctorado en Salud de la Universidad del Valle vinculado al grupo de investigación de la Escuela de Salud Pública. Este trabajo de investigación tiene como objetivo general analizar cómo se ha planificado, estructurado y desarrollado la participación comunitaria para el trabajo en red en salud, en una comuna en la ciudad de Cali. En esta investigación esperamos la participación voluntaria personas que integren las organizaciones sociales y funcionarios de las instituciones de salud de la comuna 16 de la ciudad de Cali, Colombia.

Tu participación es VOLUNTARIA y consiste en lo siguiente:

- Responder las preguntas de la entrevista semi estructurada con cuestionario elaborado para evaluar su conocimiento sobre las organizaciones sociales y sus relacionamientos para trabajar en red en salud con las instituciones de esta naturaleza.
- Participar activamente en la identificación de las organizaciones sociales activas en la comuna abordada, mediante grupos focales y entrevistas semiestructuradas.

Quiero aclararle que:

Esta investigación no tiene riesgos físicos. Su participación no le demandará gasto alguno y tampoco le generará beneficios económicos. Si acepta participar del estudio, debes contestar con toda sinceridad las preguntas y requerimos de tu participación en un grupo de discusión.

La información que suministre es absolutamente confidencial. Solamente colocaras tu nombre y cédula en este consentimiento para participar del estudio, pero en ningún momento debes entregar su número telefónico, dirección, lugar de nacimiento y correo electrónico. La información que suministre estará bajo custodia solo en el computador del investigador, en un documento con contraseña para su ingreso y manejo de los datos. Tiene derecho a conocer información nueva del proyecto en caso de que surja en algún momento.

Si tiene alguna duda o deseara aclarar algún aspecto que surja a partir de la su participación, siéntase en la libertad de contactarse conmigo al correo electrónico: roberto.lujan@correounivalle.edu.co También puedes obtener información de este proyecto llamando a la Oficina del Comité de Ética de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, al teléfono 5185677. Puede tener una copia de este consentimiento informado si lo deseas.

identificado(a) con cédula _____

Después de haber leído y comprendido la información anteriormente expuesta acepto participar en este proyecto y declaro que he sido informado de los riesgos y beneficios que me representa participar en esta investigación y reconozco que mi participación es voluntaria y la información es totalmente confidencial.

Firma participante: _____

Firma testigo 1: _____

Cc: _____

Firma testigo 2: _____

Cc: _____

Fecha: _____

Anexo 4. Guía de entrevista semiestructurada para integrantes de organizaciones sociales

Entrevista semiestructurada

ENTREVISTA PARA INTEGRANTES DE ORGANIZACIONES SOCIALES

Fecha:

Introducción para el entrevistado

Este estudio investiga a diferentes actores colectivos en la conformación y fortalecimiento del trabajo en red en salud, sus relacionamientos con el objetivo de identificar los factores contextuales relacionales que coadyuvan o limitan la funcionabilidad y sostenibilidad del trabajo en red entre instituciones de salud y organizaciones sociales. El interés fundamental de esta entrevista es comprender los aspectos que permiten o no los relacionamientos entre organizaciones sociales e instituciones de salud en la comuna 16 de la ciudad de Cali.

Nombre:

Edad Sexo:

Profesión:

Cargo:

1. ¿Cómo se conformó esta organización? (antigüedad)
2. ¿Cuántos integrantes conforman esta organización? (tamaño)
3. ¿Quiénes integran esta organización? (perfiles)
4. ¿Qué objetivos persigue esta organización?
5. ¿Qué tipo de relacionamientos establece esta organización con la Red de Salud Sur Oriente en la comuna 16?
6. ¿Cuáles son las organizaciones que se relacionan con esta organización?
7. ¿Esta organización cada cuánto se reúne?
8. ¿Qué tipo de información comparte con otras organizaciones de la comuna 16?
9. ¿Es importante el tema de la salud colectiva para su organización?
10. ¿Cuáles son los principales problemas cree tiene su organización para trabajar con otras organizaciones?
11. ¿Su organización hace parte de una red para trabajar temas de salud?
12. ¿Cuáles son los temas de trabajo que lleva a cabo su organización?

13. ¿El tema de la salud figura en los temas de interés de esta organización?
14. ¿Se han relacionado con entidades de salud para realizar actividades en salud?
15. ¿Qué tipo de información comparten con las organizaciones sociales que se relacionan?
16. ¿Cuáles son los objetivos por los cuales funciona esta organización?
17. ¿Cada cuánto se reúnen con otras organizaciones?
18. ¿En qué consisten esas reuniones?
19. ¿Qué tipo de información intercambian con otras organizaciones?
20. ¿Sus opiniones han sido tenidas en cuenta para mejorar la prestación de servicios en salud en la comuna 16?

Anexo 5. Guía de entrevista semiestructurada para gerentes

ENTREVISTA PARA LOS GERENTES

Fecha:

Introducción para el entrevistado

Este estudio investiga a diferentes actores colectivos en la conformación y fortalecimiento del trabajo en red en salud, sus relacionamientos con el objetivo de identificar los factores contextuales relacionales que coadyuvan o limitan la funcionabilidad y sostenibilidad del trabajo en red entre instituciones de salud y organizaciones sociales. El interés fundamental de esta entrevista es comprender los aspectos que permiten o no los relacionamientos entre organizaciones sociales e instituciones de salud en la comuna 16 de la ciudad de Cali.

Nombre:

Edad Sexo:

Profesión:

Cargo:

ESE:

1. ¿Qué tipo de relacionamientos establece la Red de Salud Sur Oriente con las organizaciones sociales de la comuna 16 de la ciudad de Cali?
2. ¿Qué tipo de estrategias se están llevando a cabo en la ESE relacionados con el trabajo en red en salud?
3. ¿Enumere las organizaciones sociales que se relacionan con la Red de Salud Sur Oriente?
4. ¿Cuál es la periodicidad de las reuniones con las organizaciones sociales?
5. ¿Qué tipo de información en salud se comparte a las organizaciones sociales?
6. ¿Ha identificado redes negativas en salud en la comuna 16?
7. ¿Cuáles son los principales problemas para ejercer el trabajo en red en salud con las organizaciones sociales?
8. ¿Qué acciones se implementaron durante la pandemia covid-19 para acompañar a la población en la comuna 16?
9. ¿Qué políticas, protocolos o esquemas había elaborado el Sistema de Salud colombiano para enfrentar el impacto y efectos de una pandemia?
10. ¿En qué consistió la estrategia de microterritorios ejercida durante la pandemia?

11. ¿Cómo se capacitó al personal de salud para ejercer esta estrategia?
12. ¿Qué otras estrategias (comunicación, monitoreo, etc.) se ejercieron para generar una gestión comunitaria en salud en el territorio?
13. ¿Qué dificultades o resistencias han encontrado por parte de las comunidades para realizar una mejor labor de intervención desde el área de la salud?
14. ¿Cómo se efectuó el seguimiento y gestión comunitaria en el marco de la pandemia, en las comunas y corregimientos de los municipios?
15. ¿Cuáles son las principales medidas que el plan territorial incorporó para el control del coronavirus en Cali?
16. ¿Cuál es el papel de las organizaciones sociales en la formulación e implementación del Plan Territorial de Salud?

Anexo 6. Guía de entrevista semiestructurada para gerentes para funcionarios de salud

Entrevista semiestructurada para funcionarios de salud (trabajador social)

ENTREVISTA PARA FUNCIONARIOS (ESE)

Fecha:

Introducción para el entrevistado

Este estudio investiga a diferentes actores colectivos en la conformación y fortalecimiento del trabajo en red en salud, sus relacionamientos con el objetivo de identificar los factores contextuales relacionales que coadyuvan o limitan la funcionabilidad y sostenibilidad del trabajo en red entre instituciones de salud y organizaciones sociales. El interés fundamental de esta entrevista es comprender los aspectos que permiten o no los relacionamientos entre organizaciones sociales e instituciones de salud en la comuna 16 de la ciudad de Cali.

Nombre:

Edad Sexo:

Profesión:

Cargo:

ESE:

1. ¿Hace cuánto trabaja con las organizaciones sociales de la comuna 16?
2. ¿Conoce el concepto trabajo en red en salud?
3. ¿Cuándo inicio su trabajo con esta organización tenía que claro que significa el concepto trabajo en red en salud?
4. ¿Cómo conoció del concepto trabajo en red o quién le habló de lo que significa trabajar en red en salud?
5. ¿Cómo ha impactado el trabajo en red en salud el tema de la salud en la comuna 16?
6. ¿Qué tipo de relacionamientos establece la Red de Salud Sur Oriente con las organizaciones sociales de la comuna 16 de la ciudad de Cali?
7. ¿Qué tipo de estrategias se están llevando a cabo en la ESE relacionados con el trabajo en red en salud?
8. ¿Enumere las organizaciones sociales que se relacionan con la Red de Salud Sur Oriente?
9. ¿Cuál es la periodicidad de las reuniones con las organizaciones sociales?

10. ¿Qué tipo de información en salud se comparte a las organizaciones sociales?
11. ¿Ha identificado redes negativas en salud en la comuna 16?
12. ¿Cuáles son los principales problemas para ejercer el trabajo en red en salud con las organizaciones sociales?
13. ¿Cómo cree que pueden incluirse otras organizaciones sociales a la red en salud de la comuna 16?
14. ¿Qué acciones se implementaron durante la pandemia covid-19 para acompañar a la población en la comuna 16?
15. ¿Qué políticas, protocolos o esquemas había elaborado el Sistema de Salud colombiano para enfrentar el impacto y efectos de una pandemia?
16. ¿En qué consistió la estrategia de microterritorios ejercida durante la pandemia?
17. ¿Cómo se capacitó al personal de salud para ejercer esta estrategia?
18. ¿En qué otras estrategias (comunicación, monitoreo, etc.) participó para generar una gestión comunitaria en salud en el territorio?
19. ¿Qué dificultades o resistencias han encontrado por parte de las comunidades para realizar una mejor labor de intervención desde el área de la salud?
20. ¿Cómo se efectuó el seguimiento y gestión comunitaria en el marco de la pandemia, en las comunas y corregimientos de los municipios?
21. ¿Cuáles son las principales medidas que el plan territorial incorporó para el control del coronavirus en Cali?
22. ¿Cuál es el papel de las organizaciones sociales en la formulación e implementación del Plan Territorial de Salud?

Anexo 7. Certificación directora de tesis ante Comité Institucional de Revisión de Ética Humana

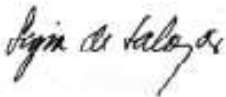
Santiago de Cali, 16 de mayo de 2022

**Doctora
Beatriz Eugenia Fernández
Presidenta
Comité Institucional de Revisión de Ética Humana
Facultad de Salud
Universidad del Valle**

Asunto: Director proyecto de tesis

Cordial saludo

A través de la presente certifico que soy la directora del proyecto de tesis del estudiante del Doctorado en Salud, Roberto Carlos Luján Villar, código 201703041, denominado **“Estructura, funcionamiento y relacionamiento entre las instituciones de salud y las organizaciones sociales para el desarrollo del trabajo en red en salud”**, el cual se somete para ser evaluado por el comité de ética institucional.



Ligia Malagón de Salazar
Profesora Titular
Directora de tesis
Escuela de Salud Pública
Universidad del Valle

Anexo 8. Acta de aval del comité institucional de revisión de ética humana

Comité Institucional de Revisión de Ética Humana
Facultad de Salud



VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS

PARA RECEPCIÓN DE PROYECTOS ANTE EL CIREH

NOMBRE DEL
PROYECTO

**Estructuras, funcionamientos y participación
entre las instituciones de salud y las
organizaciones sociales para el desarrollo del
trabajo en red en salud**

CÓDIGO DE
IDENTIFICACIÓN CIREH:

FECHA DE ENTREGA
AL CIREH:

13 DE JUNIO DE 2022

Detalle	Si	No	NO APLICA
1. Proyecto de Investigación Completo en PDF	☒		
2. Cronograma de Actividades	☒		
3. Presupuesto	☒		
4. Consentimiento Informado	☒		
5. Respuestas al Cuestionario del Comité de Ética, Firmadas por el investigador	☒		
6. Hojas de vida de los Investigadores	☒		
7. Carta de aprobación del Comité Ética, de acuerdo con la Institución donde se va realizar el estudio.	☒		
8. Carta de autorización de la institución donde se realizará el proyecto	☒		
9. Cartas de las dependencias correspondientes, en la Universidad del Valle.	☒		
10. Acta de Propiedad Intelectual de la Universidad del Valle (Acuerdo 023 del Consejo Superior del 18 de Marzo de 2003) firmada por todos los autores	☒		
11. Instrumentos y/o Formatos de recolección de datos	☒		
12. Preguntas orientadoras, si fuere el caso.		☒	
13. Otros	☒		

Anexo 9. Aval Red de Salud Sur Oriente

	<i>Hospital Carlos Carmona Montoya Centro de Salud de Antonio Nariño Puesto de Salud de Unión de Vivienda Puesto de Salud de Mariano Ramos</i>	 
---	--	---

Oficina Subgerencia Científica
200.5.1.059.2022

Santiago de Cali, Junio 9 del 2022

SR(A) INVESTIGADOR:
Roberto Carlos Luján Villar

ASUNTO: Aprobación del proyecto de investigación

Una vez evaluado su proyecto de investigación Estructuras, funcionamientos y participación entre las instituciones de salud y las organizaciones sociales para el desarrollo del trabajo en red en salud, el comité de ética en investigación de acuerdo al Acta No 200.4.45.004- 2022 realizada el 9 junio del 2022 le informa fue **APROBADO**.

Es importante recordar que la Red de salud del Suroriente ESE realizara seguimiento periódico de la ejecución del mismo.

Atentamente,


SANDRA ISABEL CARDONA ECHEVERRI
Subgerente Científica
Red de Salud del Suroriente ESE

Anexo 10. Aval de presidente de la Junta de Acción Comunal – barrio Mariano Ramos

Santiago de Cali, 8 de junio de 2022.

Doctora
Beatriz Eugenia Fernández
Presidenta
Comité Institucional de Revisión de Ética Humana
Facultad de Salud
Universidad del Valle

Cordial saludo

Me permito informar que conozco el interés del estudiante del Doctorado en Salud de la Universidad del Valle Roberto Carlos Luján Villar, el cual investiga con la propuesta denominada **"Estructura, funcionamiento y relacionamiento entre las instituciones de salud y las organizaciones sociales para el desarrollo del trabajo en red en salud"**, los relacionamientos entre actores colectivos para el trabajo en red en salud en la comuna 16 de la ciudad de Cali.

Manifiesto como Presidente de la Junta de Acción Comunal del barrio Antonio Naríño del municipio de la ciudad de Cali que el estudiante podrá realizar el trabajo de campo y la recolección de información en la comuna 16 y podrá utilizar la misma para fines académicos, una vez la propuesta cumpla con todas las condiciones de aprobación de la Universidad del Valle y del comité de ética institucional.

Atentamente



Cristian Botina
C.C. 1144090388
Presidente Junta Acción Comunal
Barrio Mariano Ramos
Municipio de Santiago de Cali

Anexo 11. Aval de presidenta de la Junta de Acción Comunal – barrio Antonio Nariño

Santiago de Cali, 8 de junio de 2022

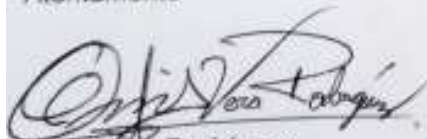
Doctora
Beatriz Eugenia Fernández
Presidenta
Comité Institucional de Revisión de Ética Humana
Facultad de Salud
Universidad del Valle

Cordial saludo

Me permito informar que conozco el interés del estudiante del Doctorado en Salud de la Universidad del Valle Roberto Carlos Luján Villar, el cual investiga con la propuesta denominada **“Estructura, funcionamiento y relacionamiento entre las instituciones de salud y las organizaciones sociales para el desarrollo del trabajo en red en salud”**, los relacionamientos entre actores colectivos para el trabajo en red en salud en la comuna 16 de la ciudad de Cali.

Manifiesto como Presidente de la Junta de Acción Comunal del barrio Antonio Nariño del municipio de la ciudad de Cali que el estudiante podrá realizar el trabajo de campo y la recolección de información en la comuna 16 y podrá utilizar la misma para fines académicos, una vez la propuesta cumpla con todas las condiciones de aprobación de la Universidad del Valle y del comité de ética institucional.

Atentamente



Orlis Vera Rodríguez
C.C. 66837836
Presidente Junta Acción Comunal
Barrio Antonio Nariño
Municipio de Santiago de Cali



Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Roberto Carlos Lujan Villar

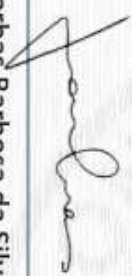
ha participado y aprobado el curso virtual:

Promoción de la Salud

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 12 - Porcentaje de aprobación: 85,83 %

12 de junio de 2024



Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director



OPS
CAMPUS
VIRTUAL
DE SALUD
PÚBLICA

Organización
Panamericana
de la Salud
Organización
Mundial de la Salud
América

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en: <https://campus.paho.org/mootmod/samplecertificate/verify.php?code=000942d1-4a0-4539-9ab9-c80bae1f53b2>

Anexo 13. Certificación de participación como conferencista en el seminario permanente del grupo de investigación Promesa de la Facultad de Enfermería

D-27828

**Universidad del Valle - Facultad de Salud**

Certifica que:
Roberto Carlos Luján Villa
Cédula de Ciudadanía No. 94.416.871

Asistió
*En Calidad de Conferencista al Seminario de Investigación del Grupo PROMESA:
"El Análisis de Redes Sociales en Salud: Una Experiencia Investigativa Doctoral
en el Ámbito de la Salud Pública"*
Según resolución No. 079 del Consejo de Facultad del 02 de Abril de 2024
Realizado el 27 de mayo de 2024
Intensidad Horaria: 2 horas
Expedido en Santiago de Cali, 27 de mayo de 2024

Claudia
Dra. Claudia María Payán Villamizar
Decana de la Facultad de Salud

Sonia
Sonia Osorio Toro
Directora de Extensión y Proyección
Social Facultad Salud

Anexo 13. Certificación de participación como conferencista en el curso

Evaluación en Intervenciones Sociales



Anexo 14. Mapa de la comuna 16, instrumento aplicado para la técnica net-map

