

Participación de organizaciones comunitarias en la gestión de salud: una evaluación de la experiencia del Programa UNI*



Hugo Mercer¹
Violeta Adrina Ruiz²

MERCER, H.; RUIZ, V. A. Community participation in health management: an evaluation of the UNI Program experience, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.8, n.15, p.289-302, mar/ago 2004.

This article reviews the results of the UNI Program, promoted by the W. K. Kellogg Foundation in 1993-2003 to improve education in the various health professions in Latin America. Universities, local health services and community organizations were invited to apply in partnership for Institutional grants from the Foundation to develop innovative educational practices and to provide continuous information with which the UNI Program - *Una Nueva Iniciativa en la Educación de los Profesionales de la Salud: Unión con la Comunidad* - could be evaluated. A central and decisive dimension of the UNI Program was the cooperation between: universities, health services and the community; their engagement in the process of change and innovation contributed to internal modifications in each of them and to improvements at city and local level. The evaluation of the 21 UNI Program projects on which this article is based focused on the local populations and its organizations, concentrating on the three dimensions that the communities themselves considered most relevant for evaluation: identifying conditions which contribute towards the construction of citizenship, increasing intergenerational expectations, and improving living conditions.

KEY WORDS: Social participation; evaluation; social capital; partnership; medical education.

Con el propósito de mejorar la formación de los profesionales de salud en América Latina, la Fundación W. K. Kellogg convocó a universidades de varios países a presentar proyectos que integraran las respectivas facultades del área de la salud, los servicios públicos de salud de la zona de influencia y las organizaciones comunitarias que allí actuaran. Así, a lo largo de la década del 90 se desarrolló el Programa UNI (Una Nueva Iniciativa en la Educación de los Profesionales de la Salud: Unión con la Comunidad) Este artículo concentra su mirada en el componente comunitario de esos proyectos y se basa en los resultados obtenidos en el Estudio Especial de Comunidad¹ realizado en el marco del Programa de Apoyo a los proyectos UNI. Un aspecto central y decisivo del Programa UNI ha sido el esfuerzo de cooperación entre tres actores: Universidades, Servicios de Salud y Comunidad que se asociaron, para apoyar procesos de cambios paralelos en las instituciones que cada actor social representaba y en las ciudades en las que cada proyecto se ejecutó. La evaluación que se realizó puso el eje de la observación en la "orilla de la población" y sus organizaciones, tratando de identificar las condiciones que facilitan la construcción de la ciudadanía, la imagen de superación intergeneracional que pueden alcanzar los integrantes de la comunidad, y en los cambios en las condiciones de vida, que fueron las tres dimensiones consideradas por la propia comunidad, como las relevantes para ser evaluadas.

PALABRAS CLAVE: Participación comunitaria; evaluación; capital social; gestión asociada; educación médica.

* El estudio evaluativo se realizó sobre quince proyectos ubicados en ocho países que completaron el ciclo de financiación previsto. Ellos fueron: Colima y Mérida en México, León en Nicaragua, Barquisimeto en Venezuela, Barranquilla, Cali y Rionegro en Colombia, Trujillo en Perú, Botucatu, Londrina, Marília, Natal y Salvador en Brasil, Temuco en Chile y Tucumán en Argentina.

¹ Pesquisador, Organización Mundial de La Salud, Departamento de Recursos Humanos para la Salud, Ginebra. <mercerh@who.int>

² Profesora, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales/FLACSO, Argentina; Pesquisadora especialista em avaliação de programas sociais. <violetaruiz@fibertel.com.ar>

Introducción

Los Proyectos UNI, llevados a cabo en diferentes países latinoamericanos durante una década, tuvieron como objetivo el desarrollo integrado de modelos innovadores de educación de profesionales de la salud, atención de la salud de la población, ejercicio de liderazgos y la participación social. Cada uno de los Proyectos y todos en conjunto, se propusieron construir una teoría y una nueva práctica de enseñanza y desarrollo de sistemas locales de salud, así como nuevos modos de acción comunitaria.

Además, intentaron mejorar la calidad de vida de las comunidades, promoviendo el desarrollo de las organizaciones comunitarias involucradas y el de sus integrantes. Todos los proyectos incluyeron diversas estrategias: a) la asociación con otros actores e instituciones; b) la formación de redes de cooperación nacionales e internacionales o participación en redes ya existentes; c) la construcción de una progresiva auto-sustentabilidad e institucionalización de los procesos y de los resultados; d) la evaluación continua y; e) la diseminación de los procesos y de los resultados a otras instituciones.

Un aspecto central y decisivo del Programa ha sido el trabajo en *parcería* entre tres actores: Universidades, Servicios de Salud y Comunidad que se asociaron - en teoría - en “*pie de igualdad*”, para llevar adelante procesos de cambios paralelos en las instituciones y organizaciones que cada actor social representaba.

Luego de diez años de ejecución de los proyectos y, además del seguimiento y evaluación continua que se realizaban en cada uno, se decidió efectuar un Estudio Especial que explorara los avances, logros y dificultades que habían transitado las organizaciones comunitarias durante la experiencia. El estudio³ analizó las particularidades de la participación comunitaria así como las estrategias que desplegaron las organizaciones para enfrentar y resolver problemas. Además, se caracterizaron las innovaciones y procesos de participación social que alcanzaron mayor desarrollo.

El desarrollo comunitario en salud se manifiesta a través de diversas cuestiones: adquisición de nuevas capacidades y habilidades para el cuidado de la salud y del medio ambiente, fortalecimiento de las propias organizaciones comunitarias, incremento y renovación de participantes en la defensa de los intereses comunitarios y en la gestión del sistema de salud y, por último, mejora de la calidad de vida comunitaria y personal.

En el campo de la salud existen conceptos que en su uso han ganado autonomía, uno de ellos es el de participación comunitaria. Aquí interesó indagar acerca de cómo la comunidad comenzaba a adquirir mayor presencia en la definición de los problemas de salud, las formas de atenderlos e inclusive, respecto a los criterios para asignar y utilizar recursos humanos, materiales y financieros. Tratar de entender eso desde la perspectiva de las comunidades implicó revisar formas de participación que iban desde la colaboración, la cooperación hasta la cogestión en algunos de los aspectos del funcionamiento de los servicios.

Llegar a construir esa nueva forma de relación social, una participación basada en la *parcería* significó para todos los actores involucrados un

³Para mayor información sobre los resultados del Estudio Especial de Comunidad ver: <www.prouni.org>

decisivo aprendizaje de negociación y resolución compartida de los eventuales conflictos (por poder, calidad del trabajo, o directamente, por el manejo del dinero).

Esta mirada, concentrada en el componente comunitario de los proyectos UNI, supuso además, reconocer al menos dos aspectos salientes: los vínculos comunitarios como defensa ante los procesos de exclusión social y el papel movilizador de la salud colectiva como enfoque compartido por la comunidad.

Nos interesa aquí reflexionar sobre la estrategia metodológica desplegada, que fue orientada hacia la identificación y caracterización de procesos comunitarios laxos (aprendizaje de la negociación, cogestión, continuidad del compromiso) (Wat et al., 2000; Patel & Mitlin, 2002). Esa orientación permitió observar cómo se iban perfilando diferentes formas de participación que reflejaban la capacidad de las organizaciones comunitarias para asumir una presencia proactiva, dejando atrás el clásico rol de pacientes o vecinos colaboradores.

¿Por qué se moviliza una comunidad?

La participación de la comunidad tarda en establecerse como dinámica de gestión y transformarse en asociaciones relevantes; las sociedades que lo lograron lo han hecho luego de experimentar lentos y laboriosos procesos de construcción histórica. Por eso, muchas iniciativas verticales, impuestas como política oficial de participación han fracasado. Se necesita que la comunidad convierta la participación en una práctica cargada de sentido, generando y gestionando iniciativas que en su propia formulación favorezcan el incremento de la capacidad de negociación de las organizaciones comunitarias. En esa laboriosa construcción se atraviesa un ciclo de iniciativa - diseño institucional - formulación de políticas públicas, que para ser exitoso requiere que la comunidad se sienta expresada.

Por eso, en un período histórico donde los compromisos societales tendieron a ser efímeros y acotados, donde predominó el discurso individualista de competencia individual y de lógica de mercado, lograr la afiliación a causas colectivas y de bien común implica un logro meritorio. La indagación acerca del proceso de constitución de vínculos sociales entre actores diferentes y las condiciones que hacen propicios estos vínculos y su persistencia fue particularmente relevante como materia de observación del estudio evaluativo.

La cuestión comunitaria es una preocupación especial en el campo de la salud. Por eso se ha investigado la importancia que los vínculos de solidaridad, las redes sociales y la participación social tienen sobre las condiciones de salud de la población. Tanto Cassel (1974) como Cobb (1976) habían demostrado la capacidad de contención que frente a las enfermedades mentales desplegaban los vínculos sociales, familiares y vecinales. Desde sus pioneros trabajos al presente, se ha generado una abundante literatura que demuestra que cuando en una sociedad prima la participación social, la pertenencia y afiliación a diversidad de causas convocantes, se generan mejores condiciones de salud en la población.

Desde esa perspectiva el compromiso de la comunidad, entendido como la

voluntad y el ejercicio de la participación en la gestión y prestación de servicios o producción de bienes, es mucho más que la utilización de un recurso humano de bajo costo (como en algunas prácticas se impulsa) o una modernización de mecanismos clientelares (como también es posible encontrar). Ni el proyecto UNI ni las organizaciones comunitarias incluidas impulsaron la generación de agentes comunitarios como mano de obra adicional a los recursos humanos del sistema de salud, sino que buscaron activar la interacción entre conjuntos poblacionales con instituciones públicas y privadas, gubernamentales y no gubernamentales existentes. En muchos casos, las organizaciones comunitarias demostraron poseer la capacidad para establecer nuevas parcerías entre organizaciones de muy diversa procedencia y en otros tendieron a reproducir modelos de asistencialismo e inclusión de la mujer como trabajadora voluntaria. En los casos analizados, la tendencia fue más allá del rol subsidiario que se le reserva a la comunidad.

Conceptos tales como capital social, redes sociales y *embeddedness* (lazos intracomunitarios densos o grado de pertenencia del individuo a redes sociales) expresan un recorrido intelectual que se está llevando a cabo en diferentes países y que traduce una común preocupación: cómo reactivar la pertenencia a marcos comunitarios más amplios (Campbell & McLean, 2003).

También el concepto de comunidad recobra vigencia, aludiendo a una pertenencia territorial, residencial y a los lazos de solidaridad que esa convivencia espacial genera. Durante las décadas del '70 y '80, se abusó del concepto comunidad convirtiéndolo en una especie de *spray on solution* aplicable para resolver cualquier tipo de problema social para el que se carecía de estrategias sólidas de acción. Sin embargo, el concepto de *comunidad* tiene un potencial más polémico que otras manifestaciones de la integración social.

Emplear ahora este concepto no puede limitarse a reproducir la expectativa de activismo, de *grassroot movements* propia de hace dos décadas donde la problemática de la inserción tenía otras características y se insertaba en un escenario de crecimiento e intensa actividad política. La riqueza y diversidad de procesos de participación, confrontación, acomodamiento y reivindicación en muy diversos ámbitos, se adoptaron como estrategias de inserción en un contexto social más proclive a la marginación que a la incorporación de quienes no tienen asegurada una posición ventajosa en el mercado.

En la literatura especializada se encuentran numerosas definiciones de comunidad, cada una de las cuales centra su atención en determinados aspectos más que en otros. En este sentido, diferentes disciplinas han aportado su visión de comunidad partiendo de indicadores que forman parte de su objeto de estudio. El concepto comunidad, entonces, se puede referir a un sistema de relaciones psicosociales, a un agrupamiento humano o a un espacio geográfico. Las diversas definiciones también se pueden diferenciar por el énfasis que hacen sobre elementos estructurales o elementos funcionales y, finalmente, en aquellas que reflejan ambos tipos de elementos.

Una base fundamental para la integración, la cohesión y la acción conjunta, es la existencia de objetivos, aspiraciones, problemas y necesidades comunes. Todos son elementos necesarios pero no suficientes para definir una comunidad. Para Violich (1994) la comunidad es un grupo de personas que viven en un área geográfica específica y cuyos miembros comparten actividades e intereses comunes, donde pueden o no cooperar formal e informalmente para la solución de los problemas colectivos.

Aquí se incluye la relación comunidad-sociedad-país. De esta manera, Violich la ubica como parte de la organización social más general, lo cual resulta importante ya que el tipo de sociedad donde está insertada la comunidad es determinante. Esta le imprime una serie de características e influye en los problemas de la comunidad, esclarece que la vinculación de los individuos se da en torno a los problemas de la vida cotidiana y señala la conciencia de *pertenencia*. Este último elemento es fundamental para movilizar a los pobladores, para plantearse metas comunes y trabajar en conjunto por el alcance de las mismas, la solución de problemas y el desarrollo de la comunidad: es la base de la cohesión y cooperación entre los habitantes.

El papel del líder, o líderes, popular - formal o informal - que dirige o agrupa determinada estructura cumpliendo la función de coordinación entre los miembros individuales o colectivos y estructurando la división y organización del trabajo es un elemento fundamental y constitutivo del concepto de comunidad, básicamente asociado al logro de sus objetivos más importantes.

Por otra parte, dar cuenta de los procesos y estrategias que desde la comunidad se generan para incrementar la integración social, necesariamente remite a asociar el concepto de capital social. Este tema ha dado lugar, en los últimos años, al desarrollo de varias líneas conceptuales. Tales como las desarrolladas por Putnam (1993) y North (1990) y las aplicaciones propiciadas por organismos de financiamiento como el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo e incluso el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.

Tanto Putnam como North reconocen que el modelo de desarrollo dominante no es capaz de lograr un crecimiento económico equitativo y genera grandes desequilibrios sociales y ambientales que ponen en peligro el futuro. Sin embargo, señalan que las sociedades que hoy tienen mayor y mejor desarrollo han basado buena parte del mismo en la calidad de sus recursos humanos (capital humano) y en las redes y normas institucionales que garantizan la confianza necesaria para el intercambio y la concertación de actores en pos del logro del desarrollo económico. Según estos autores, para que el desarrollo de las sociedades sea más equitativo y sustentable son necesarias la promoción y aplicación de políticas que valoricen estas redes sociales, fortalezcan las instituciones de la sociedad civil y generen confianza entre los diferentes actores. Todos estos aspectos serían la esencia del capital social. La enorme diferencia con el capital "convencional" es que el capital social beneficia a un conjunto de personas.

Esos autores ponen el acento en la necesidad de vincular el desarrollo económico con el desarrollo institucional y éste con condicionantes

culturales de cada sociedad (su historia y conformación de los espacios de vinculación social). Para ambos, el capital social está relacionado a las redes y mecanismos interorganizaciones e interinstitucionales, y sirve para mejorar el funcionamiento económico.

Estas posturas consideran que el capital social es una pieza clave para lograr un desarrollo humano más sustentable que implica apoyo a la formación de redes, espacios y mecanismos que permitan mejorar las decisiones entre instituciones y actores con un interés común. Esta conceptualización, ligada a la formación de redes y a beneficios de índole colectiva debe ser complementada con la visión de Bourdieu que incorpora la idea de apropiación individual de este tipo de capital.

Desde la concepción de Bourdieu (1980), el capital simbólico y el capital cultural están asociados a la capacidad para negociar, decidir, imponer criterios y estilos de convivencia. Los agentes son distribuidos en el espacio social global según el volumen global del capital que poseen y luego, según la estructura de su capital. Es decir, según el peso relativo de las diferentes especies de capital, en especial el económico y el cultural, en el volumen total de su capital. Estos capitales generan poder y Bourdieu considera que el *poder simbólico*, cuya forma por excelencia es el "poder de hacer", está fundado en la posesión de un *capital simbólico*, el poder de imponer a los otros espíritus una visión que depende de la autoridad social adquirida en las luchas anteriores. El capital simbólico es un crédito, es el poder impartido a aquellos que obtuvieron suficiente reconocimiento para estar en condiciones de imponerlo ese reconocimiento (Bourdieu, 1988).

En este paradigma, la necesidad de reforzar valores compartidos y redes sociales puede verse como una manera de equilibrar los poderes dentro de la sociedad y generar un potencial de cambio transformador. Asumiendo la existencia de asimetrías en las relaciones de poder al interior de la sociedad moderna, el incremento de la capacidad de acción/negociación de los individuos, los movimientos o grupos de personas o instituciones excluidas, marginadas u oprimidas, se torna de vital importancia para lograr un mayor equilibrio.

Podría colaborar en la concreción de mayor equilibrio generando, a través de la participación, asociaciones con actores diferentes, buscando consenso de intereses y al mismo tiempo igualdad de decisiones. La participación, entonces, es una acción que se cumple en solidaridad con otros, en un ámbito donde lo que se busca es conservar o modificar valores - y por lo tanto la estructura - del sistema de intereses dominantes. Este tipo de acción se propone tener consecuencias sobre los criterios de valoración de los intereses y contiene siempre solidaridad.



Así, el desarrollo para las organizaciones comunitarias vinculadas a los proyectos UNI colaboraría a mejorar las opciones, la relación armónica con otras personas, la capacidad de ejercer derechos, desempeñar roles, participar plenamente en la vida económica, política y social y entender los códigos culturales para integrarse en su sociedad como miembros plenos mas allá de sus ingresos económicos.

¿Qué era importante para la comunidad?

La descripción y los hallazgos acerca de lo ocurrido con las comunidades que participaron en los Proyectos UNI bien podría realizarse a través del grado de cumplimiento y alcance de los objetivos iniciales, y suponiendo los intereses de una audiencia formada por la institución financiadora (Fundación Kellogg), Facultades de Medicina o autoridades municipales. Sin embargo, una perspectiva más interesante residió en orientar el estudio desde la mirada de las propias organizaciones comunitarias. El interés y la voz que se intentan expresar aquí son los de esos actores representativos de las poblaciones comprendidas en el marco de UNI, destacando cómo piensan y ven los problemas, desafíos y resultados obtenidos a lo largo de estos diez años de trabajo.

La voluntad de formar parte de un proyecto como UNI, decidir qué parte del esfuerzo cotidiano de hombres y mujeres, pero también de sus familiares y vecinos se destine a una promesa, implica un importante grado de compromiso que articula expectativas de progreso personal y colectivo con una disponibilidad de recursos factible de ser aprovechada. “*Quienes no sueñan no invierten en el cambio*”, señalaba la dirigente comunitaria Rosalina Batista (en entrevista, 10/05/01, Londrina), resumiendo la actitud y la capacidad de integrar una meta de progreso con el esfuerzo práctico cotidiano. Esa dimensión del progreso, vista desde los propios actores comunitarios es la que importa destacar.

Por esa razón el tratamiento de lo que se conoce como desarrollo comunitario apunta a recuperar cómo la propia comunidad valora el logro de su inversión social o bien, a través de qué dimensiones e indicadores se expresa el mejoramiento en sus condiciones y calidad de vida. En lugar de colocar estándares externos a los que la comunidad tendría que llegar, la búsqueda se dirige hacia los indicadores internos del proceso de mejoramiento que cada comunidad siente que ha emprendido.

Cabe aclarar, en este punto, que los sistemas de salud en América Latina se organizan y operan en contextos donde no hay carencia absoluta y, a veces, ni siquiera relativa de recursos humanos en salud. Los países que padecen esta problemática, por ejemplo, casi todos los países africanos, tienen menos de 350 trabajadores de salud cada 100.000 habitantes. En los países donde se llevó adelante la iniciativa UNI, esta particularidad no se presenta en ningún lugar. Los problemas son múltiples y de otro tipo. Sin embargo, en cuanto a lo que nos interesa plantear en este artículo es útil remarcar que a pesar de la existencia del recurso humano, persiste la necesidad de construir un puente entre los sistemas de salud y la población. La evaluación que se realizó puso el eje en la construcción de este puente, centrando la observación en “la orilla de la población” y sus organizaciones, tratando de identificar las condiciones que facilitan esa construcción.

Así, la primera tarea fue reconocer aquellas dimensiones del desarrollo comunitario cuya significación permitiera captar la idea de progreso y de mejora, desde la perspectiva de la comunidad. Una primera dimensión fue la **ampliación de la ciudadanía**, visible en el pleno ejercicio de los derechos que cada individuo posee en tanto integrante de una sociedad nacional. Una segunda dimensión es la imagen de **superación intergeneracional** que

pueden alcanzar los integrantes de la comunidad, determinando sus logros en cuanto al disfrute de mejores condiciones de vida que sus padres o abuelos, o a las bases que ofrecen para el futuro de sus hijos. Finalmente, la tercera dimensión del desarrollo está dada por los cambios en las condiciones de vida, indagando cuáles son los indicadores de mejoría valorados por la comunidad con independencia de aquellos que la oferta de servicios de salud, educación o vivienda establece para los sectores sociales más desprotegidos.

La comunidad expresa opiniones respecto a estas dimensiones del progreso que suelen referirse a los otros dos componentes de la parcería que el Proyecto UNI promovió. La academia y los Servicios de Salud, son los dos universos que concentran la atención y la valoración de los dirigentes comunitarios ya que de ellos esperan los mayores esfuerzos en la mejora de las condiciones de vida de sus respectivas poblaciones.

Cómo trabajamos

Metodológicamente, el estudio realizado combinó el análisis documental con un trabajo de campo que utilizó básicamente métodos cualitativos aunque se obtuvieron algunos datos cuantitativos. La aplicación de este tipo de abordaje permitió dar cuenta de los procesos desencadenados como consecuencia de la ejecución de los proyectos UNI y de los resultados que ellos generaron. Por otra parte, esta estrategia ayudó a profundizar en los motivos de las acciones desencadenadas y las asociaciones encontradas y, permitió abordar la cuestión de las creencias, motivaciones o actitudes de la población.

Además del análisis de documentación, se utilizaron técnicas de recolección participativas: observación en terreno, entrevistas con detalle, historias de vida y talleres que generaron información susceptible de análisis de contenido, rescatando incluso datos históricos y permitiendo realizar un trabajo de reflexión sobre cada caso en particular.

Técnicas utilizadas

Análisis de información secundaria: se recopiló, en cada proyecto visitado, la documentación relativa a los procesos que se habían operado en la comunidad y sus organizaciones, por ejemplo, las sistematizaciones de experiencias. Los Talleres de Sistematización constituyeron una práctica generalizada en todos los proyectos. Consistió en la identificación, sobre un eje cronológico común, de los principales hitos en cada uno de los tres componentes (Comunidad, Academia, Servicios) permitiendo observar el logro o la falencia en la concreción de los objetivos del Proyecto, lo cual derivó en una sedimentación de lo relevante que en cada Proyecto se había alcanzado. Además, aportó información con respecto a la historia de luchas de la comunidad y las ciudades y áreas donde operó cada proyecto.

Observación en terreno: se realizaron visitas a centros de salud y organizaciones comunitarias. Se recorrieron los barrios y áreas en las que se ejecutaron las acciones de cada proyecto tratando de obtener una observación directa de aspectos que permitieran acceder al conocimiento de comportamientos, procedimientos institucionales e interacciones de distintos actores.

Entrevistas: se entrevistó individualmente a informantes clave y se efectuaron entrevistas grupales, en las que se indagó acerca de la interacción de la comunidad

con los otros partners UNI, identificando consensos sobre las cuestiones y problemas más importantes de la operación del proyecto.

Historia de vida: se trató de reconstruir la vida, aspectos culturales y sociales, de algunos de los líderes comunitarios entrevistados y relacionar esos datos con las motivaciones y factores que coadyuvaron al surgimiento de liderazgos a través del proyecto o con independencia de él.

Taller de historia de vida de los proyectos: se utilizó para reconstruir la historia del proyecto, poniendo el eje en la comunidad y sus organizaciones. Se trató de identificar, en la visión de los distintos actores, los “hitos” o momentos importantes para la comunidad, los “saltos” superadores operados, las dificultades y expectativas con respecto a las organizaciones comunitarias y sus líderes.

El diseño incorporó, además, la perspectiva de todos los actores involucrados en la programación y ejecución de las acciones del componente comunitario de cada uno de los proyectos, incluyendo desde los técnicos y líderes comunitarios hasta los beneficiarios, usuarios o destinatarios de las acciones. En síntesis, se triangularon⁴ diferentes técnicas y fuentes para evaluar los mismos fenómenos o aspectos de la realidad. También “se cruzaron” los criterios y puntos de vista de ambos evaluadores y los de los técnicos que monitorearon la ejecución de los proyectos. Con ello se procuró dar mayor confiabilidad a la información obtenida, mayor entendimiento de los fenómenos bajo estudio, se intentó la reducción de sesgos propios de cada técnica, fuente y profesional y la validación de las apreciaciones evaluativas.

Finalmente, es oportuno mencionar que el estudio se efectuó en aproximaciones sucesivas ya que cada intervención permitió abrir nuevos interrogantes, incorporados sucesivamente al diseño original, dando mayor riqueza a los hallazgos.

Las dimensiones de análisis fueron:

Contextual: se trató de apreciar en qué medida las distintas experiencias de movilización social en las ciudades y la historia de los movimientos sociales del área en que se realizaba cada uno de los proyectos había influido en la experiencia comunitaria estudiada y en la vida de sus miembros.

Organizacional: se indagó la historia previa de las organizaciones de base involucradas y se evaluó el crecimiento que cada una había logrado a partir de la experiencia que significó, en cada caso, el pasaje por el proyecto.

Liderazgo: destinada a conocer el papel de los líderes en el desarrollo de las experiencias de participación comunitaria. De su particular estilo de liderazgo dependen en gran medida tanto los logros que cada comunidad puede obtener como el desarrollo de la propia organización y el crecimiento de sus miembros. Por eso se intentó rescatar elementos de las historias personales que pudieran asociarse a los estilos de liderazgo de quienes, desde la comunidad, habían motorizado y llevado adelante las propuestas UNI.

Cada una de estas dimensiones fue operacionalizada en variables e indicadores que permitieran el análisis de resultados.

⁴ La triangulación se deriva del uso, con fines militares o de navegación, de múltiples puntos de referencia para identificar con precisión la posición de un objeto alejado. En ciencias sociales se refiere a la recolección de datos sobre el mismo fenómeno, desde diferentes perspectivas o usando distintas técnicas para lograr mayor confiabilidad de los datos recogidos.

Los pasos del estudio

Elección de experiencias a visitar: la selección se realizó de acuerdo con una clasificación preliminar, acordada con los consultores del Programa de Apoyo a los Proyectos UNI y decidida a partir de la información con que se contaba de cada uno de los proyectos. Se asumió que en la totalidad de las experiencias se concentraban cuestiones "exitosas" para las comunidades y procesos ampliatorios de ciudadanía. La selección procuró una muestra que diera cuenta de la diversidad de experiencias. Esto no implicó, de manera alguna, una valoración de los proyectos ni el establecimiento de un ordenamiento o ranking entre ellos, sino una intención de privilegiar aquellos en los que el componente comunidad había alcanzado un nivel de expresión más amplio y diversificado. Los proyectos visitados fueron: Barquisimeto, Barranquilla, Colima, León, Londrina, Mérida, Ríonegro, Salvador, Trujillo.

Confección de instrumentos de evaluación: simultáneamente a la elección de los proyectos, se confeccionaron todos los instrumentos de evaluación. Los mismos incluyeron cuestionarios, guías de entrevistas, de observación y pautas para la sistematización y volcado de la información secundaria que se recolectó. Todo el material fue girado anticipadamente para organizar las visitas y, además, para que los involucrados conocieran de antemano las pautas que guiarían las visitas y la información que les sería solicitada.

Trabajo de campo: la recolección de los datos se realizó a través de visitas a los proyectos seleccionados. Se realizó una visita de alrededor de tres días a cada uno, en la que se conoció a los principales actores y se recogió toda la información necesaria para la evaluación. Además, se observó la dinámica institucional existente en cada proyecto y en especial en el componente comunitario: el nivel, amplitud y estilo de la participación, los liderazgos surgidos, la organización y parceria lograda etc.

Procesamiento y análisis de resultados: toda la información recopilada se procesó y analizó tratando de dar cuenta e identificar aquellos elementos que "hicieron la diferencia".

Elaboración de informes: Además de un documento general se elaboraron devoluciones a cada uno de los proyectos visitados, incluyendo recomendaciones para el desarrollo futuro.

¿Qué captamos con esta metodología?

A partir de esta aproximación fue posible reconocer que el pasaje por la experiencia UNI fue, para todas las comunidades estudiadas, una acumulación de capital social y cultural que se orienta a generar mayor capacidad de movilización y crecimiento. No se observaron comunidades en las que predomine el retroceso o el agotamiento de la movilización.

En todo estudio que pretende registrar un cambio, la pregunta básica es: ¿Cuál era la situación al inicio del proceso y cuál al final? En este caso, es importante aclarar que el concepto de *inicio* no es unívoco para todos los Proyectos y que *final* implica el punto de corte que registra este estudio y de ninguna manera la finalización del proceso. Las diferencias en cuanto a *inicio* radicaron en que el grado de consolidación de las organizaciones comunitarias, al comienzo de cada Proyecto, era marcadamente disímil. En algunos casos, la parceria entre Universidad, Servicios y Comunidad, se estableció entre líderes reconocidos y legitimados entre cada uno de esos actores, mientras que en otros la representatividad estaba muy definida en los dos primeros, mientras que en la

Comunidad recién daba sus primeros pasos.

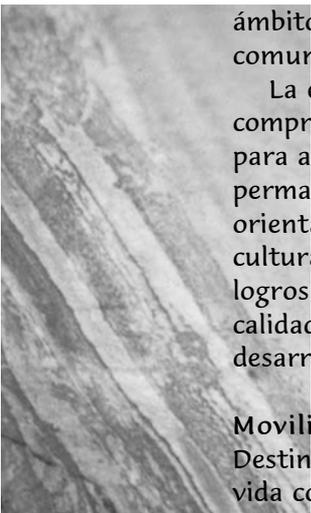
Así, la estrategia metodológica planteada permitió observar que cada comunidad pudo encontrar una forma de avanzar respecto a la situación de inicio, luego de comprobar la permeabilidad de las otras instituciones y su propia capacidad de movilización; para eso necesitó reconocer cuál era su potencial inicial y qué podía llegar a ambicionar. En aquellos contextos en los que existieron históricas restricciones (gobiernos autoritarios y dictaduras) a la movilización comunitaria y popular, los primeros pasos fueron tímidos, cautelosos y las comunidades se dedicaron a instalar mejoras complementarias a la oferta proveniente de la Universidad y de los Servicios. Aportaron a su mejor desempeño, pero sin activar en la transformación de la oferta existente de sus prioridades y de las oportunidades que UNI ofrecía. En esos casos, los primeros años estuvieron marcados por una actitud pasiva y expectante de la ayuda y los recursos que pudieran llegar desde “afuera”. Sin embargo, poco a poco, se abrieron condiciones para un mayor empoderamiento comunitario. En todos los casos, pesó de manera decisiva la historia y la maduración de las organizaciones populares. Se comprobó que cuando en la Comunidad existía memoria y práctica de activismo en esos ámbitos, el proceso de construcción y autonomía se acrecentaba. Al mismo tiempo permitió transformar a los contextos “duros” en ámbitos más “permeables” a una progresiva autonomía de las organizaciones comunitarias.

La energía comunitaria se canalizó en un esfuerzo de desarrollo que comprende, al menos, tres aspectos: la capacidad adquirida por las organizaciones para asociarse (*parcerías*) con otros actores en la búsqueda de mejoras permanentes en su calidad de vida, la ampliación de *ciudadanía* y, finalmente, la orientación del esfuerzo comunitario hacia la inclusión económica, social, cultural y política de los miembros de esas comunidades (*empoderamiento*). Los logros en cada uno de estos aspectos, seguramente redundaron en mejoras en la calidad de vida de esas comunidades, siendo este el indicador más elocuente del desarrollo adquirido. Efectivamente el apartado que sigue grafica estos logros

Movilizarse y participar para poder vivir cada día mejor

Destinar cotidianamente una cuota de esfuerzo a la mejora de las condiciones de vida colectiva no es una acción generalizada en nuestros países. Los procesos de privatización y desmantelamiento de servicios públicos, operaron en detrimento de reconocer que hay “bienes públicos” que son de interés y beneficios del conjunto de la sociedad para conservar y ampliar. El estado de salud, el nivel cultural, la calidad del hábitat y la seguridad pública son, entre otros, valores que importan a los sectores pudientes y también a los más desposeídos. En el sentido que todos desean acceder a un mayor disfrute de beneficios materiales y valorativos para sí mismos y para las generaciones venideras.

Resulta claro que en las comunidades estudiadas hay fuerte conciencia de que el bienestar colectivo incrementa la salud individual, por eso no extraña la persistente muestra de una base de acciones solidarias para que los beneficios de una mejor calidad de vida lleguen a todos por igual. No sólo a los residentes en los límites del barrio o de la población inicialmente convocante, sino también a los que van llegando en búsqueda de un espacio estable. En Rionegro, Barranquilla, León o en Londrina, estas manifestaciones de inclusión a los recién



llegados, que en el primer caso está constituido por fuertes contingentes de desplazados de zonas con enfrentamiento bélico, ilustra acerca de la generación dentro de la propia comunidad de esfuerzos por reducir la exclusión, la distinción e incluso el estigma. Por el contrario, en ambos casos la oferta de servicios y actividades se incrementa para captar a estos nuevos grupos familiares, sin establecer distinciones por indigencia o residencia en otra jurisdicción, cosa que tampoco realizan los servicios de salud.

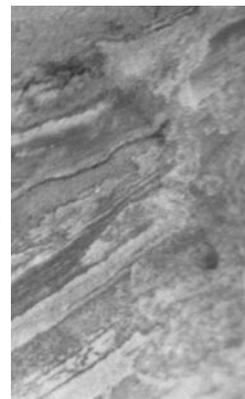
En varios de los Proyectos, el discurso comunitario identifica con certeza cuáles son los ejes sobre los cuáles opera la inclusión social, o bien la forma de salvar los obstáculos que se colocan a la misma (Daniels et al., 2000). En Salvador, Ríonegro, Londrina, Mérida y otros, se destaca el papel del acceso a la educación básica. Por eso, la preocupación para operar guarderías, estrategias de complementación y estimulación para los preescolares, de manera que lleguen a la educación básica sin un *handicap* que ratifique el preconceito muchas veces existente respecto a quienes proceden de los barrios más pobres (vergüenza de decir de donde se viene). En algunos casos la preocupación se traduce en una estrategia que capilariza la sociedad al establecer más de 40.000 guarderías en todo el país como es el caso de Colombia y en otros, en una gigantesca responsabilidad del Estado al poner en funcionamiento instituciones como el Centro de Atención Integral de Niños (CAIC), que atiende casi la totalidad de la demanda educativa de la zona sur de Londrina.

Otra dimensión de la calidad de vida que los componentes comunitarios reconocieron fue la de la reducción de los niveles de privación material. La extrema pobreza, la carencia de recursos básicos que permitan afrontar las necesidades familiares son conocidas de cerca por las organizaciones comunitarias que participan en el Proyecto y destinan un esfuerzo considerable para paliar esas situaciones, actuando como primera instancia de protección social.

Una tercera dimensión de la calidad de vida está dada por el esfuerzo orientado al mejoramiento de las condiciones y el ambiente de trabajo, desde los derechos de protección al trabajador, la propia inserción en el mercado laboral, hasta las formas de traslado al lugar de trabajo. Todo lo relacionado con la obtención de fuentes genuinas de sustentación de las familias que integran los respectivos vecindarios es materia de interés en los componentes comunitarios. Generación de ingresos, capacitación para el desempeño laboral, reducción de los costos de los bienes necesarios para la subsistencia están dentro de las acciones promovidas por los componentes comunitarios. Reciclaje de residuos, producción y comercialización de artesanías, logro de rebajas en el costo del transporte y mejora de su calidad están dentro del abanico de acciones que impulsan para poder trabajar y que lo que se gana trabajando sirva al mejoramiento familiar.

Finalmente, calidad de vida supone también igualdad y participación política. Esto implica sujetos activos y con decisión propia, distantes de la recepción pasiva del asistencialismo vigente en varios de los países en los que los proyectos UNI se desenvuelven.

En este sentido, la parcería para las organizaciones comunitarias fue mucho más que una asociación útil. Se transformó, para aquellas que pudieron visualizar su potencial e incorporarla como mecanismo permanente de funcionamiento (Londrina, Leon, Salvador, en especial), en una poderosa herramienta para la disputa de espacios de poder y recursos. No sólo dentro del proyecto, sino



también en todos los ámbitos de negociación y lucha que cada organización se planteó. Esta práctica les permitió contar con mayores elementos y mejores argumentos para discutir, desde la reformulación del funcionamiento de varios de los servicios y la intervención en la gestión de los mismos, hasta el reparto de fondos que en cada caso se hacía.

Además, los grupos comunitarios de varios de los proyectos han desarrollado una destacable capacidad, consistente en convertir en asunto público la prestación de diversos servicios. La estrategia con la que reclamó y obtuvo mejoras de empresas y del Estado no consistió solo en demandar servicios como parte de una mayor justicia social o de mejorar la redistribución de bienes para satisfacer necesidades básicas sino que lo hizo propiciando la creación de condiciones de sociabilidad. Posibilitando así que quienes acceden a un servicio o a un bien puedan expresarse, discutir, adecuar la prestación e incluso elegir. Esos pasos no suelen estar presentes en las políticas sociales destinadas a los grupos más carenciados, ya que se los suele convertir en meros receptores de la asistencia. En los Proyectos estudiados (Rionegro, Londrina, Salvador, León, Barranquilla, por ejemplo), por el contrario, es visible el juego de los atributos de una ciudadanía más plena, a la cual se accede mediante lazos sociales con los otros actores.

Haber llegado a esa construcción de sociabilidad le da otra razón de ser a la política social, ya que no sólo equipara las injusticias del mercado, sino que abre la oportunidad para una plena integración como miembros de la sociedad. Accediendo y participando en las decisiones sobre los asuntos sociales y permitiendo la cohesión social, aún en contextos en los que predominan expresiones de violencia y fuerte polarización.

Cualquier mirada externa se sorprende ante la existencia de estas comunidades con capacidad de aprender, organizarse y negociar, sin perder asidero y sentido de realidad en contextos habitualmente adversos. Dentro de esa capacidad debe influir seguramente, una fuerte presencia de valores altruistas inspirados en formas de religiosidad no sectaria. En todos los proyectos, prácticamente, llamó la atención encontrar un importante grado de adhesión a convicciones religiosas orientadas al futuro más que al respeto a la tradición y al pasado. Sobre esas bases, tanto en las visitas como en los eventuales encuentros entre dirigencias comunitarias de los diferentes proyectos, resulta llamativa esta convergencia de valores religiosos con fuerte compromiso social.

En el plano práctico de la operación de los servicios, las estrategias desplegadas y los aprendizajes recíprocos disminuyeron la disputa por cuotas de poder, espacios territoriales y fondos públicos, que son los obstáculos más frecuentes para establecer asociaciones entre actores con diferente capital social y simbólico. En cambio, en la mayoría de los casos, lograron establecerse prácticas de cooperación y negociación en todos esos ámbitos.

Finalmente, esta década de trabajo en parceria permitió que los diferentes actores involucrados, procedentes de ámbitos tradicionalmente distantes, lograran compartir espacios de trabajo y de poder en un marco en el que todos obtuvieron ganancias, en términos de mejorar la eficiencia de las intervenciones y la calidad social de gestión.

MERCER, H.; RUIZ, V. A.

Referências

- BOURDIEU, P. Le capital social. **Actes Rech. Sci. Soc.**, v.3, n.31, p.2-3, 1980.
- BOURDIEU, P. **De la regla a la estrategia en cosas dichas**. Buenos Aires: Editorial Gedisa, 1988.
- CAMPBELL, C.; MCLEAN, C. Social capital, local community participation and the construction of Pakistani identities in England: implications for health inequalities policies. **J. Health Psychol.**, v.8, n.2, p.247-62, 2003.
- CASSEL, J. Psychosocial processes and stress: theoretical formulations. **Int. J. Health Serv.**, v.4, n.1974b, p.471-82, 1974.
- COBB, S. Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Med.**, n.38, p.300-14, 1976.
- DANIELS, N.; KENNEDY, B.; ICHIRO, K. **Justice is good for our health**. Boston Rev., 2000. Disponível em: <www.bostonreview.net/BR25.1/daniels.html>. Acesso em: 15 dez. 2003.
- NORTH, D. **Instituciones, cambio institucional y desempeño económico**. USA: Cambridge University Press, 1990.
- PATEL, S.; MITLIN, D. Sharing experiences and changing lives. **Commun. Dev. J.**, n.37, p.125-36, 2002.
- PUTNAM, R. **Making democracy work: civic traditions in modern Italy**. New Jersey: Princenton University Press, 1993.
- VIOLICH, F. **Desarrollo de la comunidad y el proceso de planificación urbana en América Latina**. Buenos Aires, 1994. (mimeogr.)
- WATT, S.; HIGGINS, C.; KENDRICK, A. Community participation in the development of services: a move towards community empowerment. **Commun. Dev. J.**, n.35, p.120-32, 2000.

MERCER, H.; RUIZ, V. A. Participação de organizações comunitárias na gestão de saúde: uma avaliação da experiência do Programa UNI, **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.15, p.289-302, mar/ago 2004.

Com o propósito de melhorar a formação dos profissionais da saúde na América Latina, a Fundação W. K. Kellogg convocou as universidades de vários países para apresentar projetos que integram as respectivas faculdades da área da saúde, os serviços públicos de saúde da área de influencia e as organizações comunitárias que aí atuarão. Assim, ao longo da década de 1990 desenvolveu-se o Programa UNI (Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais da Saúde: União com a Comunidade). Este artigo concentra seu olhar no componente comunitário desses projetos, baseado nos resultados obtidos no Estudo Especial de Comunidade realizado no marco do Programa de Apoio aos projetos UNI. Um aspecto central e decisivo do programa UNI tem sido o esforço de cooperação entre três atores: Universidades, Serviços de Saúde e Comunidade, que se associaram em parcerias para apoiar processos de mudanças paralelas nas instituições de cada ator social e nas cidades em que cada projeto foi executado. A avaliação realizada colocou o eixo da observação na “borda da população” e suas organizações, tentando identificar as condições que facilitem a **construção da cidadania**, a **imagem de superação intergeracional** que podem alcançar os membros da comunidade, e as **mudanças nas condições de vida**, as três dimensões consideradas pela comunidade como relevantes para serem avaliadas.

PALAVRAS-CHAVE: Participação comunitária; avaliação; capital social; parceria; educação médica.

Recebido para publicação em 02/12/03. Aprovado para publicação em 06/05/04.