

FUNDACION SANTA FE DE BOGOTA

VÍNCULOS ENTRE SALUD Y DESARROLLO DE BASE

Lecciones aprendidas de algunas experiencias latinoamericanas

Ligia Constanza Velasquez de Charry Lucas Salas

31/10/2010

Este documento contiene los resultados del estudio auspiciado por RedEAmérica con el propósito de identificar los enlaces entre los aspectos que componen el desarrollo de base y las iniciativas en salud comunitaria.

Contenido

INTRODUCCION	4
ANTECEDENTES	5
OBJETIVOS DEL ESTUDIO	6
METODOLOGIA	6
Construcción del marco conceptual y el estado del arte	6
Descripción de las experiencias	6
Profundización en las experiencias	7
RESULTADOS	8
MARCO CONCEPTUAL Y ESTADO DEL ARTE	8
Componentes del desarrollo de base y la salud en las comunidades	8
Definición de capital social.....	8
El capital social y las condiciones de salud.....	9
La medición de los efectos del capital social en las condiciones de salud de las comunidades	10
Definición de capacidades de acción colectiva	10
Las capacidades de acción colectiva y las condiciones de salud	11
Medición del efecto de las capacidades de acción colectiva en las condiciones de salud de las comunidades.....	11
Definición de participación comunitaria en salud	11
Participación de la comunidad y las condiciones de salud	12
Medición del efecto de la participación comunitaria en las condiciones de salud de las comunidades	12
DESCRIPCIÓN DE LAS EXPERIENCIAS	13
Fomento del capital social.....	16
Fomento de las capacidades de acción colectiva.....	18
Fomento de la participación comunitaria	19
PROFUNDIZACIÓN EN LAS EXPERIENCIAS	20

El contexto socio cultural.....	20
El capital social	21
Las capacidades de acción colectiva	22
La medición	23
LECCIONES APRENDIDAS	23
LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE INICIATIVAS EN SALUD CON ENFOQUE EN DESARROLLO DE BASE	25
Promover el capital social en la comunidad	25
Promover las capacidades de acción colectiva de la comunidad	27
Promover la participación de la comunidad	27
Identificar la favorabilidad del ambiente en el que se desarrollan las iniciativas	27
Medir los resultados	28
REFERENCIAS.....	31

INTRODUCCION

RedEAmérica es una alianza innovadora nacida del sector empresarial que hace del desarrollo de base la piedra angular de un movimiento a gran escala para reducir la pobreza en las Américas. Fue creada en el 2002 y actualmente cuenta con 64 miembros (entre fundaciones empresariales y empresas) de 11 países y plantea una expansión continua.

Varias de las Fundaciones y Empresas afiliadas a RedEAmérica impulsan proyectos comunitarios en el campo de la salud, lo que ha mostrado la necesidad de construir un marco de referencia que, basado en la evidencia, proponga líneas de acción que apoyen el diseño, operación y evaluación de iniciativas en este campo. Para ello, RedAmérica se propuso profundizar en la conceptualización sobre los vínculos entre el desarrollo de base y la transformación de las condiciones salud de las comunidades, así como en las estrategias que pueden implementar las entidades promotoras de iniciativas en este campo. En este contexto, suscribió un memorando de entendimiento con 4th Sector Health, proyecto financiado por USAID e implementado por Abt Associates Inc y, a través de una convocatoria abierta, seleccionó a la Fundación Santa Fe de Bogotá para que adelantara el estudio pertinente y la formulación de las estrategias para lograr la integración de la salud al desarrollo de base.

Este estudio se desarrolló en tres fases: la construcción del marco conceptual y el estado del arte a cargo de Ligia Velasquez de Charry y Lucas Salas, investigadores de la Fundación Santa Fe de Bogotá; documentación de experiencias en la que participaron quince experiencias provenientes de Fundaciones Empresariales de las cuales se seleccionaron cuatro para la profundización y construcción colectiva de estrategias de intervención en una taller con la asistencia de miembros de las experiencias y directivos de RedEAmérica y de la Fundación Santa Fe de Bogotá.

El presente documento contiene la descripción de la metodología, sus principales resultados y algunos lineamientos para orientar la gestión de las iniciativas de desarrollo de base que involucren el componente de salud.

ANTECEDENTES

Para RedEAmérica, la pobreza no solo se expresa a través de la carencia de ingresos, bienes y servicios. Es igualmente un problema asociado a la falta de capacidades para buscar y aprovechar las oportunidades, para influir en las decisiones públicas, para decidir sobre su propio destino. Por ello promulga el desarrollo de base en las comunidades y cree firmemente que esta es la inversión social con mayores posibilidades de generar retornos significativos y efectos prolongados en las comunidades y en la sociedad. Bajo esta perspectiva considera lo local como un espacio privilegiado en cuanto es una escala intermedia de intervención que facilita las interacciones sociales que son el cimiento del desarrollo de base(1).

La salud, entre otros factores que promueven el desarrollo económico y social de un país, es una vía imprescindible para reducir la pobreza y aumentar la productividad de todas las sociedades. Por un lado, las enfermedades reducen los ingresos de una sociedad, al distraer recursos económicos que podrían ser de utilidad en otras actividades necesarias para el desarrollo económico. Por otro lado, las enfermedades también generan otro tipo de costos indirectos, al reducir la productividad y los ingresos de los trabajadores y de sus familias, limitando así las potencialidades de crecimiento económico que una nación pueda obtener(2). Asimismo, la salud es un componente importante para el desarrollo local por cuanto una población sana es una población cuyo desempeño es más productivo tanto en lo social como en lo económico, así como en mayor participación ciudadana en la vida política de la comunidad, municipio y/o ciudad(3).

De otra parte, la proliferación de estilos de vida negativos para la salud junto con las inequidades en condiciones de vida y acceso a servicios de salud son situaciones arraigadas, aunque no exclusivas, de los contextos geográficos marginados requieren nuevas aproximaciones que empoderen a los individuos para hacer escogencias saludables y darle a las comunidades herramientas para enfrentar sus propias necesidades particulares.

Bajo esta perspectiva, invertir en iniciativas en el campo de la salud cuyo propósito sea mejorar las condiciones arriba descritas es uno de los pilares esenciales para lograr el desarrollo de base de las comunidades dado el impacto que estas tienen tanto en la calidad de vida como en el desarrollo local.

En este contexto el presente estudio se enfocó en analizar los vínculos entre la salud y el desarrollo de base con el propósito de suministrar evidencia que incentive la inclusión del componente de salud cuando se adelanten iniciativas bajo este enfoque y proporcionar estrategias tendientes a mejorar su impacto.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

General: Documentar experiencias adelantadas por los miembros de la Red u otras instituciones, construir colectivamente un marco conceptual y retroalimentar las intervenciones prácticas de los miembros de RedEAmérica.

Específicos

Adelantar una revisión de la literatura para construir el marco conceptual y estado del arte sobre el capital social, las capacidades de acción colectiva y la participación ciudadana en salud; elementos centrales del desarrollo de base que impulsa RedEAmérica.

Describir quince experiencias de base comunitaria en términos de sus aportes a la promoción del capital social, de las capacidades de acción colectiva y de la participación comunitaria.

Profundizar en cuatro de estas experiencias para identificar el modelo de gestión y el ambiente en el que se desarrollaron.

Esbozar, conjuntamente con miembros de las experiencias, lineamientos para la implementación de iniciativas en salud con enfoque en desarrollo de base.

METODOLOGIA

Construcción del marco conceptual y el estado del arte

Se adelantó una revisión sistemática de la literatura publicada usando las bases MedLine (PubMed y Ovid 1950 a junio de 2010), Biblioteca Virtual en Salud (BVS), OPS/OMS, Scielo, Lilacs, Ebrary e ISI (International Scientific Index) en búsqueda de artículos de capital social, capacidades colectivas y participación ciudadana en proyectos de salud con base comunitaria se utilizó Google Scholar como motor de búsqueda de información adicional para Latinoamérica. Para estandarizar la búsqueda se usaron términos MeSH y DeCS y conectores booleanos. La selección de los artículos se realizó mediante la revisión de sus resúmenes y en caso de que este no existiera, de la búsqueda del artículo a partir de lo descrito en el título. Asimismo se priorizaron los artículos que describían los factores de éxito para el logro de estrategias sostenibles o exitosas.

Descripción de las experiencias

La Dirección Ejecutiva de RedEAmérica conjuntamente con los investigadores de la Fundación Santa Fe de Bogotá, prepararon el reglamento para la postulación de experiencias y diseñaron el

formulario que diligenciaron los postulantes para presentar sus experiencias a la convocatoria y participar en el estudio. (anexo 1)

Las experiencias se describieron, mediante un análisis de frecuencias, en términos de la problemática que pretendían abordar, la fase de ejecución en la que se encuentra, las organizaciones que participan en la iniciativa, la unidad administrativa y zona geográfica en donde opera y el porcentaje de población cubierta. Su aporte al desarrollo de base se describió, desde la perspectiva de la opinión de la persona que diligenció en formulario, del fomento del capital social, de las capacidades de acción colectiva y de la participación comunitaria que hacen o hicieron las experiencias.

Profundización en las experiencias

Como criterio para escoger las experiencias que participaron en esta fase del estudio se tuvo en cuenta que los resultados, en términos de cambios positivos en las condiciones de salud que pretendían afectar, se pudieran medir efectivamente a través de indicadores objetivos. Bajo esta perspectiva se seleccionaron cuatro experiencias que se invitaron a participar en entrevistas formales semiestructuradas, en las que se indagó acerca del contexto sociocultural en que se desarrollaron y se profundizó en características del capital social y las capacidades de acción colectiva que contribuyeron o limitaron los resultados alcanzados así como en las estrategias de medición que utilizaron.

Construcción colectiva de lineamientos para la implementación de iniciativas en salud con enfoque en desarrollo de base

Se organizó un taller de dos días al que se invitaron miembros de cada una de las experiencias que participaron en este estudio con el propósito de discutir sus resultados preliminares y, con base en estos, diseñar conjuntamente unas estrategias y recomendaciones para apoyar el quehacer de las entidades que apoyen iniciativas en el campo de la salud desde la perspectiva de los elementos que componen el desarrollo de base que promueve RedAmérica.

RESULTADOS

MARCO CONCEPTUAL Y ESTADO DEL ARTE

Componentes del desarrollo de base y la salud en las comunidades

RedEAmérica Impulsa el desarrollo de base y lo define como “la capacidad colectiva de las organizaciones comunitarias para poner en movimiento por sí mismas los recursos humanos, físicos y económicos disponibles en ellas y en su entorno, definir sus necesidades, identificar las alternativas de acción más viables para la superación de sus problemas, e identificar, formular, ejecutar y evaluar planes, programas y proyectos de desarrollo.” Por ello busca incrementar y cualificar “la interacción de las organizaciones entre sí y de éstas con los actores públicos y privados”, de manera que se consoliden entornos favorables a sus iniciativas y a su participación permanente en los asuntos públicos (4). En este contexto el reto central del desarrollo de base es promover el capital social, las capacidades de acción colectiva y la participación ciudadana de las organizaciones de base (5).

Definición de capital social

Putman(6) define el capital social como un conglomerado de redes sociales, normas y vida asociativa e identifica como característica fundamental que muestra su existencia la confianza entre las personas que comparten un territorio, dado que esta facilita la cooperación entre individuos que no han tenido contactos previos. Los estudiosos del capital social han planteado que existe una relación directa entre su existencia en la sociedad y el buen desempeño de las instituciones del Estado y del mercado. Establecida esta relación, se crearía un círculo virtuoso que fomenta la confianza de los ciudadanos en las instituciones públicas e incentiva una cultura cívica de solidaridad y cooperación democrática. Como en esa visión las asociaciones comunitarias ocupan lugar central, es consecuente esperar que, cuanto más organizada y participativa sea la comunidad más capital social habrá acumulado y, por lo tanto, mayor influencia tendrá en el buen cumplimiento de los objetivos del sistema de salud(7). El capital social incluye el grado de compromiso ciudadano y confianza entre pobladores y de estos con sus instituciones; se correlaciona con la capacidad de la comunidad de actuar para beneficio público y puede ser una variable interviniente que facilita las relaciones necesarias para lograr la colaboración y una variable dependiente o subproducto de las alianzas colaborativas que influye en resultados en salud y desarrollo(8).

Conceptualmente, los posibles beneficios del capital social son: mejorar el posicionamiento, las posibilidades y el acceso a recursos de diverso tipo para quienes participan en las relaciones sociales; actuar como elemento de cohesión, de base social y cultural, que facilita el emprendimiento común sobre normas y expectativas compartidas; favorecer las virtudes cívicas y estimular el interés

por los asuntos públicos. El capital social puede desagregarse a su vez en varias dimensiones basadas en las distintas redes de relaciones entre miembros de una comunidad. Es así como podemos distinguir el capital social vínculo que identifica las relaciones al interior de los miembros de un grupo, el capital social puente caracterizado por las redes de relaciones entre grupos y el capital social enlace referido a las redes de relaciones(9).

El capital social y las condiciones de salud

De acuerdo con Plikinton(10) Durkheim fue de los primeros investigadores que examinó la relación entre capital social y salud en su estudio sobre el suicidio y la integración social en el que concluyó que el nivel de salud es una característica de las poblaciones como un todo, más que de los individuos que hacen parte de estas. Posteriormente Bruhn y cols mostraron como en Roseto, un pequeño pueblo de inmigrantes Italo-Americanos, la población tenía tasas de mortalidad por enfermedad cardíaca 40% más bajas que los pueblos vecinos, diferencia que se explicaba no por factores comportamentales de las personas sino por el tejido social de la comunidad. El concepto de capital social también sirve como una variable explicatoria en el trabajo de Wilkinson acerca de la relación entre salud e inequidades sociales en países en desarrollo, e investigadores de la Autoridad de Educación en Salud de Inglaterra reportan que entre más alto sea el nivel de capital social existen más beneficios en salud para la comunidad(10).

Kawachi y cols (11) sugieren que la inequidad en el ingreso entre los miembros de una comunidad disminuye su capital social, lo que incrementa la mortalidad y reportan un efecto contextual en el cual bajos niveles de capital social se asociaron con bajos niveles de auto percepción en salud(12). En Finlandia, un estudio de corte transversal encontró que el número de amigos dispuestos a ayudar y la membresía en cualquier grupo religioso, indicadores proxy de capital social, se asociaron a una auto percepción favorable del estado de salud(13). Posteriormente, un estudio adelantado en Suecia reportó una correlación entre el consumo individual de tabaco entre miembros de la comunidad con bajos niveles de confianza social,(14) y Lochern y cols(15) adelantaron un estudio ecológico en EE.UU. en el que encontraron que altos niveles de capital social en el barrio se asociaron con una menor tasa de mortalidad total, por enfermedad cardíaca y por otras causas, en mujeres y hombres.

Existen hipótesis explicativas acerca de la relación entre capital social y salud en las que se resalta su posible efecto en el desarrollo de comportamientos saludables y acceso a los servicios de salud. Es así como, dado que las redes sociales están asociadas con la salud en el nivel individual, es factible que el capital social pueda estar asociado con salud en el nivel comunitario(16). En esta misma perspectiva, algunas investigaciones sugieren que el capital social puede predecir resultados en salud independientemente de los indicadores económicos. Sin embargo, mientras que las investigaciones en países en desarrollo han demostrado el enlace entre el capital social y el bienestar general de los hogares, ha habido poca investigación sobre su enlace con la salud (17).

En América Latina y el Caribe, Kripper y Sapag(18) realizaron una revisión sistemática sobre el capital social y su asociación con alguna variable de salud. Un mayor capital social en una población se asociaría con una mejor salud mental. Sin embargo, esta evidencia es menos clara y directa en la mortalidad, la esperanza de vida y el estado nutricional y tampoco es posible formular conclusiones sólidas respecto a la relación entre el consumo de bebidas alcohólicas y el capital social. Concluyen que a pesar de las limitaciones propias del concepto de capital social y de los estudios identificados, se puede afirmar que existe evidencia científica incipiente de la posible relación entre estos dos elementos en Latinoamérica.

La medición de los efectos del capital social en las condiciones de salud de las comunidades

Hay un consenso casi universal de que el capital social es una característica comunitaria que debe distinguirse de las características individuales de las personas y, por lo tanto, debe medirse en el nivel comunitario. Sin embargo, entre las principales limitaciones para medir y establecer la relación entre el capital social y la salud se destacan el empleo de diversas definiciones de capital social, resultados de salud no específicos, uso de instrumentos no validados y tamaños pequeños de muestra (19). Por ello, es fundamental profundizar en la validación de instrumentos de medición estandarizados y adecuados para las características culturales de cada país; emprender estudios longitudinales que permitan establecer la posible dirección causal de la relación entre el capital social y la salud y utilizar estudios multimétodos para comprender mejor esta relación en cada contexto particular (18).

Asimismo, el capital social es difícil de medir directamente y por ello para propósitos empíricos es necesario usar indicadores “proxi” tales como los utilizados en la adaptación de la herramienta de evaluación del capital social (A- SCAT) desarrollado por Krishna y Shrader(20) para uso en países en desarrollo; que incluye indicadores como participación en organizaciones, frecuencia de la acción colectiva, soporte emocional, confianza, sentimiento de pertenencia, etc.(17).

Definición de capacidades de acción colectiva

Desde la perspectiva de RedEAmérica las capacidades de acción colectiva de las organizaciones de base se definen como la posibilidad de los grupos de base de auto-convocarse, definir colectivamente sus necesidades, identificar las alternativas de acción más viables para la superación de sus problemas, formular y ejecutar programas y proyectos y, evaluar sus logros y dificultades; para lo cual se requieren habilidades, destrezas y conocimientos de los grupos y organizaciones para planear, seguir, evaluar y sistematizar proyectos; gestionar y administrar recursos; establecer redes y alianzas; concertar y negociar con diferentes actores sociales y con representantes de los gobiernos y el sector privado; anticipar y adaptarse al cambio, e incidir sobre lo público (5).

Esta perspectiva concuerda con el concepto de “competencia comunitaria” que se refiere a la capacidad de una comunidad para solucionar problemas, a través del esfuerzo colectivo y puede considerarse como una consecuencia del capital social(15) y con el de asociaciones colaborativas (alianzas entre pobladores y organizaciones de múltiples sectores que trabajan juntas para alcanzar un propósito común) que en salud pública, se enfocan en mejorar condiciones y resultados en la salud y el bienestar y pueden incluir aspectos de planeación organización y desarrollo comunitario y cabildeo en políticas. En un estudio de casos múltiple con más de 20 alianzas comunitarias, se identificaron siete factores que facilitan el proceso de cambio comunitario entre los que se destacan una clara misión y visión, planeación liderazgo, recursos para contratar movilizados comunitarios, documentación y retroalimentación de resultados intermedios, asistencia técnica e interés en los resultados(21).

Las capacidades de acción colectiva y las condiciones de salud

Un estudio comparativo de casos con cinco coaliciones encontró que las alianzas colaborativas con misión clara reportaron tasas más altas de cambio que las iniciativas de comunidades saludables que no estaban enfocadas en misiones claras; identificó la planeación como un factor asociado con aumento en las tasas de cambio comunitario y el liderazgo como el factor organizacional interno más frecuentemente reportado como asociado a la efectividad en generar cambios comunitarios. Asimismo, los hallazgos de varios estudios, si bien son insuficientes para establecer conclusiones robustas sugieren que, al menos bajo ciertas condiciones, la implementación de alianzas colaborativas se asocia con mejoras en resultados de salud a nivel poblacional(8).

Medición del efecto de las capacidades de acción colectiva en las condiciones de salud de las comunidades

La medición de su contribución a modificar positivamente las condiciones de salud de grupos poblacionales enfrenta retos dado que muchos cambios no son detectables antes de 3 a 10 años, y asuntos como cambios en inequidades en salud pueden tomar generaciones. Además hay una ausencia de indicadores sensibles y exactos, especialmente en el nivel de intervención de las asociaciones colaborativas como son el vecindario o la ciudad(8). En esta misma perspectiva, una revisión de la medición de esta competencia comunitaria concluye que la ausencia de una definición operacional ha generado una colección de múltiples indicadores y por tanto el concepto en sí mismo, todavía muy abstracto, requiere más construcción de teoría basada en el campo(15).

Definición de participación comunitaria en salud

El empoderamiento comunitario tiene sus raíces en la psicología comunitaria, la educación y promoción en salud, la organización comunitaria, el desarrollo rural y comunitario y el trabajo social. Se ha definido como un proceso de acción conjunta mediante el que los individuos, las comunidades

y las organizaciones ganan dominio sobre sus vidas en el contexto de cambiar su entorno social y político para mejorar la equidad y la calidad de vida. La participación ciudadana parece crítica para reducir la dependencia en los profesionales de la salud, asegurar la sensibilidad cultural y local de los programas, facilitar la capacidad y sostenibilidad de los cambios y aumentar la productividad, efectividad y eficiencia de los programas y la salud en sí misma. A diferencia del capital social se enfoca en relaciones de poder y estrategias de intervención. Dado que es cultural, societal y específica de poblaciones requiere acciones dentro de contextos locales (22).

La participación comunitaria y el capital social han sido dos conceptos articulados por los profesionales de la salud bajo la óptica de la capacidad comunitaria que se identifica a través de la participación, las redes de apoyo, el sentido de comunidad y el acceso al poder con procesos y herramientas para medir resultados en desarrollo. En este contexto el capital social es un atributo de las comunidades que facilita la coordinación para beneficios mutuos y la participación comunitaria se constituye en una estrategia (22).

Participación de la comunidad y las condiciones de salud

Este elemento fue incorporado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la estrategia de Atención Primaria lanzada en la década de los setenta para alcanzar la salud para todos. En este contexto se entendió, no sólo como un mecanismo de sostenibilidad de los programas de intervención en salud sino que implicaba la construcción de redes de protección y solidaridad de los grupos sociales, con capacidad institucional y empoderamiento para comprender e influir sobre la salud de la comunidad(23).

Medición del efecto de la participación comunitaria en las condiciones de salud de las comunidades

Sólo unas pocas investigaciones han permitido generar evidencia robusta, a través de estudios con diseños multinivel, cuyos hallazgos muestren que las iniciativas de empoderamiento a través de la participación comunitaria pueden llevar a mejoría en los resultados en salud. Sin embargo permiten concluir que, si bien la participación es la base para el empoderamiento, ésta es insuficiente si no se acompaña de estrategias para construir capacidades en las organizaciones comunitarias y en los individuos para la toma de decisiones y el cabildeo. Los pocos estudios para documentar el valor agregado de la participación y el empoderamiento, desarrollados bajo un diseño comparativo más riguroso, señalan que el empoderamiento emerge como una estrategia de salud pública viable; con una mayor probabilidad de éxito cuando se integra dentro de políticas y estrategias macroeconómicas dirigidas a lograr mayor equidad(22).

La revisión sistemática de la literatura publicada muestra logros cualitativos en salud con indicadores bastante divergentes entre iniciativas. Así por ejemplo, en un proyecto comunitario con un enfoque

educativo, mas no de desarrollo de las comunidades, adelantado en Greater Manchester (Reino Unido) en una comunidad de origen surasiático se reportaron ganancias en salud a nivel individual en términos de conocimientos, confianza y autoestima; pero no se identificaron cambios de comportamiento o modificaciones socio ambientales (24). En otro ejemplo, la iniciativa de más de 18 años de Ciudades Saludables de Noarlunga en Australia logró su sostenibilidad gracias a su éxito en comprometer a algunos miembros de la comunidad en el programa, quienes informan que el programa ha tenido un impacto positivo y duradero en sus vidas. Sin embargo, en estos ejemplos, como con la mayoría de las iniciativas de base comunitaria, es muy difícil atribuir cualquiera de sus acciones con resultados en salud específicos(25).

Por otra parte experiencias a gran escala de Villas Saludables en Irán enfocadas a población rural lograron obtener impactos cuantitativos con mejoría en la prevalencia de enfermedades parasitarias (giardiosis y ascariidiosis) al involucrar procesos de mejoramiento de saneamiento ambiental con participación comunitaria y construcción de capacidades colectivas dentro de la comunidad en diferentes aspectos de la construcción de letrinas y aljibes con tasas de participación entre 30 y 50% (26).

A modo de conclusión, Guillies (27) afirma que se podría argumentar que para tener éxito en la promoción de la participación de la comunidad en salud se requiere la existencia de cooperación cívica o capital social en las comunidades.

DESCRIPCIÓN DE LAS EXPERIENCIAS

Como respuesta a la convocatoria hecha por RedEAmérica y la Fundación Santa Fe de Bogotá se presentaron 17 experiencias localizadas en diferentes países latinoamericanos así: Colombia (9), Brasil (1), Venezuela (1) México (2), Ecuador (1), Perú (1) Argentina (1) y Guatemala (1). De las 17 experiencias se excluyeron 2 por cuanto no correspondían a proyectos desarrollados en comunidades.

Las quince experiencias evaluadas desarrollan actividades o servicios orientados a la prevención y la atención de enfermedades infecciosas, la salud materna e infantil o las enfermedades crónicas, pero menos de la mitad incluyó dentro de sus objetivos hacer seguimiento a inversiones y políticas gubernamentales. La mayoría de las experiencias (86.6%) reportan más de un año de ejecución y se encuentran operando.

Tabla 1 Problemática de salud que se pretendía abordar

Problemática abordada	Sí n(%)	No n(%)	Total n (%)
Acceso a servicios de prevención	15 (100.0)	0 (0.0)	15 (100.0)
Infraestructura física y dotación	2 (13.3)	13 (86.7)	15 (100.0)
Seguimiento a inversiones y políticas gubernamentales	5 (33.3)	10 (66.7)	15 (100.0)

Tabla 2 Fase en la que se encuentra la experiencia

Fase	n (%)
En ejecución	13 (86.7)
Terminada	2 (13.3)
Total	15 (100.0)

Llama la atención que un poco menos de la mitad de las experiencias no reportan participación de organizaciones de base comunitaria en contraste con un mayor porcentaje de participación de organizaciones privadas y públicas..

Tabla 3. Organizaciones que participan en la experiencia.

Tipo	Sí N(%)	No N(%)	Total n (%)
Comunitarias	8 (53.3)	7 (46.7)	15 (100.0)
Públicas	9 (60.0)	6 (40.0)	15 (100.0)
Privadas	13 (86.7)	2 (13.3)	15 (100.0)

La mayoría de las experiencias operan en municipios, principalmente en áreas urbanas con un predominio de coberturas hasta de 80% de la población objetivo.

Tabla No 4 Unidad administrativa donde opera la experiencia.

Tipo	Sí n(%)	No n(%)	Total n (%)
Municipio o su homólogo	9 (60.0)	6 (40.0)	15 (100.0)
Localidad o su homólogo	2 (13.3)	13 (86.7)	15 (100.0)
Comuna o su homólogo	2 (13.3)	13 (86.7)	15 (100.0)
Barrio o su homólogo	1 (6.7)	14 (93.3)	15 (100.0)
No aplica	1 (6.7)	14 (93.3)	15 (100.0)

Tabla No 5 Zona geográfica donde opera la experiencia

Tipo	n (%)
Urbana	9 (60.0)
Rural	5 (33.3)
No reporta	1 (6.7)
Total	15 (100.0)

Tabla No 6. Población cubierta

Porcentaje	n (%)
<=20%	9 (60.0)
21-80%	3 (20.0)
>80%	3 (20.0)
Total	15 (100.0)

Fomento del capital social

Se midió a través de indicadores proxi*1, tomados en su gran mayoría de los diseñados por RedEAmérica en su sistema de evaluación(28) que permiten describir el aporte de las experiencias a las tres dimensiones del capital social. Estos indicadores fueron calificados por la persona que diligenció el formulario de postulación en escalas de 0 a 5 que posteriormente se agruparon en las categorías que se reflejan en las tablas 7 y 8.

Las 15 experiencias consideran que impulsan el capital social al interior de la comunidad que participa en la experiencia (capital social vinculante) promoviendo la cohesión, la confianza (medida a través de la comunicación abierta y la toma de decisiones compartida), la asociación, cooperación y el trabajo comunitario. Sin embargo, aunque en la mayoría de las veces las reglas de interacción se construyen entre todos, en más de la mitad de las experiencias sus miembros no siempre las cumplen.

*1 Indicador que permite representar una cualidad que no puede ser observada directamente

Tabla No 7. Construcción y acatamiento de normas.

Calificación	Las reglas se construyen colectivamente	Las reglas se cumplen por sus miembros
	n (%)	n (%)
Algunas veces	2 (13.3)	1 (6.7)
Casi siempre	4 (26.7)	7 (46.7)
Siempre	9 (60.0)	7 (46.7)
Total	15 (100.0)	15 (100.0)

En cambio, las experiencias no aportan en la misma medida a generar trabajo en redes (capital social de enlace) por cuanto a pesar de que la mayoría crean redes sociales, algunas no trabajan en red y muy pocas se insertan en las redes sociales existentes.

Tabla No 8. Trabajo en red

Redes sociales en las que se sustenta la experiencia	n (%)
No hay redes	5 (33.3)
Creación de nuevas redes	9 (60.0)
Trabajo en redes ya conformadas	1 (6.7)
Total	15 (100.0)

Finalmente, 80% de las experiencias adelantan actividades tendientes a establecer lazos con los gobiernos locales, (capital social puente) facilitando que los miembros de la comunidad interactúen con miembros del gobierno para discutir conjuntamente soluciones a sus necesidades. Sin embargo, parece que los avances no son mayores en este caso.

Fomento de las capacidades de acción colectiva

Para medir esta variable se utilizaron los nueve indicadores relacionados en la tabla 9, tomados del sistema de evaluación diseñado por RedEAmérica(28) para evaluar la contribución de la experiencia al mejoramiento de las destrezas de las organizaciones comunitarias. Mientras que la mayoría de las experiencias consideran que las organizaciones comunitarias incrementaron su capacidad de usar la información del entorno, hacer seguimiento a actividades y resultados y acceder a mecanismos de participación; el progreso en acceder a fuentes de recursos y administrarlos junto con manejar información del sector salud fue bajo.

Tabla No 9 Capacidades colectivas

Destreza de las organizaciones comunitarias	Bajo (<=3)	Alto (>3)	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Uso de información del entorno	2 (13.3)	13 (86.7)	15 (100.0)
Planeación y formulación de proyectos	7 (46.7)	8 (53.3)	15 (100.0)
Seguimiento a actividades y resultados	2 (13.3)	13 (86.7)	15 (100.0)
Evaluación y ajuste de actividades	7 (46.7)	8 (53.3)	15 (100.0)
Administración de recursos	9 (60.0)	6 (40.0)	15 (100.0)
Acceso a nuevas fuentes de recursos	12 (80.0)	3 (20.0)	15 (100.0)
Negociación y resolución de conflictos	5 (33.3)	10 (66.7)	15 (100.0)
Manejo de información del sector salud	11 (73.4)	4 (26.7)	15 (100.0)
Acceso a mecanismos de participación	2 (13.3)	13 (86.7)	15 (100.0)

Fomento de la participación comunitaria

Todas las experiencias consideran que amplían, en alto grado, la participación de la comunidad, especialmente en la cogestión y/o ejecución. En esta misma línea prevalece el accionar de la comunidad como cooperante, destacándose su poca participación en deliberaciones al interior de la experiencia y los bajos niveles de participación de la comunidad en las actividades del gobierno.

Tabla 10. Participación de la comunidad en la experiencia.

Responsabilidad	n (%)
Sólo convocatoria	2 (13.3)
Cogestión	7 (46.7)
Ejecución	6 (40.0)
Total	15 (100.0)

Tabla 11. Rol que desempeña la comunidad.

Rol	n (%)
Cooperante	6 (40.0)
Seguimiento	2 (13.3)
Deliberación	1 (6.7)
Todas las anteriores	6 (40.0)
Total	15 (100.0)

Tabla 12. Incidencia de la comunidad en asuntos públicos

Asuntos	Bajo (<=3)	Alto (>3)	N/A	Total
	N (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Ampliación de los espacios de participación pública.	5 (33.3)	10 (66.7)	0 (0.0)	15 (100.0)
Diseño de políticas y normas gubernamentales	11 (73.3)	4 (26.7)	0 (0.0)	15 (100.0)
Asignación de recursos públicos del gobierno	10 (66.7)	5 (33.3)	0 (0.0)	15 (100.0)
Seguimiento a la gestión y gasto gubernamental	14 (93.3)	0 (0.0)	1 (6.7)	15 (100.0)

PROFUNDIZACIÓN EN LAS EXPERIENCIAS

Se seleccionaron cuatro experiencias que presentaron indicadores y resultados que permitieron identificar cuantitativamente modificaciones en las condiciones de salud que se pretenden afectar con el desarrollo de la experiencia. Estas son: Ally Micuy (Perú), El Mundo de la Malaria (Colombia), De Todo Corazón (Colombia) y Atención Primaria de la Salud a través del rescate de la medicina tradicional maya (México). Bajo esta óptica, se invitaron a participar en una entrevista vía chat en la que se profundizó acerca de los elementos del contexto sociocultural, del capital social y de las capacidades de acción colectiva que favorecieron u obstaculizaron el desarrollo de la experiencia así como en la estrategia de medición de resultados utilizada.

El contexto socio cultural

Las cuatro experiencias se desarrollan en un contexto caracterizado por comunidades pequeñas cuyos pobladores comparten actividades productivas, valores culturales y vecindad, factores a los que han recurrido sus operadores para optimizar el cumplimiento de sus objetivos. Es así como la experiencia Atención Primaria de la Salud a través del rescate de la medicina tradicional maya utiliza las fiestas patronales para rescatar tradiciones culturales alrededor de los alimentos y busca que los médicos participen de la misma cultura de las comunidades lo que facilita su interacción con sus miembros; la experiencia Ally Micuy también usa las fiestas patronales para incentivar la fraternidad entre los pobladores y la experiencia De Todo Corazón organiza eventos entre los vecinos para fomentar la camaradería. La experiencia El Mundo de la Malaria considera que la identidad étnica genera solidaridad, siendo una de las fortalezas del programa.

El capital social

El nivel de cohesión que tienen los miembros de una comunidad (capital social vinculante), uno de los elementos fundamentales para el desarrollo de base se refleja, entre otros, en el grado de confianza entre los miembros de una comunidad y, de acuerdo con las experiencias, ha sido factor determinante en el éxito de sus intervenciones. Es así como en la experiencia Atención Primaria de la Salud a través del rescate de la medicina tradicional maya las comunidades intervenidas esta compuestas por familias y por lo tanto hay confianza por parentesco y la experiencia Ally Micuy trabaja con comuneros que tienen mayores niveles de confianza entre ellos. La experiencia De todo corazón considera que en las áreas rurales el programa funciona mejor porque los en compadrazgo entre los miembros de los clubes y la experiencia El mundo de la malaria reporta gran credibilidad entre los miembros de la comunidad donde la palabra vale y las recomendaciones que pueda dar un vecino o un familiar son válidas, lo que potenció la estrategia pues ayudó a la movilización social.

La experiencia El mundo de la malaria considera que otro factor que incentiva la cohesión social es el que la problemática que se pretenda abordar sea valorada como importante por la comunidad (sea una necesidad sentida). Es así como en su caso la población valora de manera alta el tema de salud ya que está relacionado con el desempeño laboral pues la comunidad considera que si se encuentran enfermos no pueden trabajar, ni como vivir y alimentarse.

Otro factor que incentiva la cohesión social es el cumplimiento de normas. Al respecto la experiencia Atención Primaria de la Salud a través del rescate de la medicina tradicional maya estima que los pactos y normas entre la comunidad se dan más fácil en la medida que los resultados logrados vayan siendo tangibles o significativos para la comunidad. Ally Micuy por su parte destaca que a través de la participación de la comunidad se formulan y hacen consensos alrededor de las reglas que se observarán en el desarrollo del proyecto las que se consignan en actas y los cambios se consensuan con las comunidades y De todo corazón reporta que en las reuniones se ponen tareas claras.

Con relación al trabajo en redes (capital social enlace) en la experiencia De todo corazón los clubes mantienen relaciones con otros programas que operan en los municipios porque sus miembros están en los mismos programas. La experiencia El mundo de la malaria subraya que en este proceso los líderes desempeñaron un papel fundamental pues impulsaron la interacción con las diferentes redes sociales de la zona en donde operó la estrategia pues eran reconocidos lo que les permitió entrar en otras asociaciones; conocían el andar de las comunidades, como funcionaba la escuela, la iglesia, el trabajo y tenían la capacidad de convocar y movilizar. Además es definitivo que este liderazgo este enraizado dentro de las comunidades, elegido por ellas mismas y no “autonombrado”. En esta misma línea la experiencia De todo corazón menciona que este tipo de líderes sienten que hacen parte del programa, que están haciendo un bien a la comunidad pues se ven mejorando la calidad

de vida de su gente. Asimismo en la experiencia Ally Micuy, es la comunidad quien los cambia cuando no cumple y proponen una nueva persona. La experiencia Atención Primaria de la Salud a través del rescate de la medicina tradicional maya argumenta adicionalmente que su género también juega un rol importante pues en su caso las mujeres son quienes lideran la toma de decisiones y Ally Micuy destaca la necesidad de tener en cuenta la problemática de salud que se pretende afectar y a modo de ejemplo cita que en su caso se prefirió tener mujeres para el control prenatal, la lactancia materna, cocinar alimentos, ver prácticas para poder realizar modificaciones.

Finalmente, con respecto a la interacción con el gobierno local (capital social puente) las dos experiencias colombianas coinciden en considerarla como uno de los principales obstáculos para lograr la sostenibilidad de sus iniciativas. Es así como la experiencia De todo corazón ha obtenido que los gobiernos locales apoyen algunas actividades puntuales pero no que se involucren en la discusión de actividades, procesos y cogestión puesto que no hay compromiso por parte de las entidades gubernamentales que tienen los recursos financieros pero no tienen la voluntad política. La experiencia El mundo de la malaria considera que forjar y mantener esta relación es una tarea difícil pues depende de la voluntad política, del sistema de salud regional y que se tenga un verdadero concepto de promoción de la salud. Además son muy inestables porque dependen de las personas que trabajen en el sistema.

Contrariamente Ally Micuy logró convenios con los alcaldes locales, distritales y provinciales que se incorporaron en los presupuestos y mantiene una relación continua de información, coordinación entre las poblaciones e instituciones de salud, lo que facilita las acciones. En la experiencia Atención Primaria de la Salud a través del rescate de la medicina tradicional maya, desde su origen la Fundación se ha vinculado con distintos órganos de gobierno e instituciones públicas, para interactuar colectivamente dentro de las comunidades, lo que le ha permitido contar con el apoyo técnico, asesoría, y recursos materiales para el desarrollo de campañas o necesidades de atención médica. Esto se logró sensibilizando las comunidades, y desarrollando habilidades en las líderes, para mejorar el enlace entre la comunidad y el gobierno.

Las capacidades de acción colectiva

La experiencia El mundo de la malaria adelanta talleres de capacitación en los que se dan conceptos básicos de salud, organización comunitaria y planeación de actividades a realizar y las comunidades realizan un mapeo de riesgo y un análisis DOFA en salud para su localidad. Ally Micuy realizó un proceso de cartografía social en el hoy y el futuro y una priorización a partir de aquello que se encontró y utilizó como estrategia de entrenamiento pasantías en las que se llevaron miembros de las comunidades a ver comunidades en que la estrategia funciona. La experiencia Atención Primaria de la Salud a través del rescate de la medicina tradicional maya, a través de los comités de salud que apoyan a las auxiliares levantó los censos comunitarios.

La medición

La experiencia Atención primaria de la salud, a través del rescate de la medicina tradicional maya lleva un control de resultados a través de indicadores...el número de beneficiarios, en distintos niveles de atención como es la asistencia médica, familias beneficiadas en pláticas de medicina preventiva, número de familias participantes en campañas, niños beneficiados en campañas de prevención de enfermedades a nivel de comunidad. Además se hace una medición de resultados en el estado de salud a través de la que se tienen detectados pacientes crónicos (hipertensión arterial, diabetes mellitus), seguimiento a peso y talla de niños trimestral y acciones correctivas en esta área. La experiencia Ally Micuy hace una evaluación de los procesos aplicando una semaforización para ver si los resultados se lograron y evalúa cualitativamente otros procesos paralelos como problemas con la interacción con las autoridades. La experiencia De todo corazón registra datos para medir la adherencia en un software donde se registran todos los usuarios, sus padrinos, el club al que pertenecen y todos los datos que se necesitan para hacer seguimiento a la adherencia. Finalmente en la experiencia “El Mundo de la Malaria se han adelantado evaluaciones de costo efectividad cuyos resultados permiten, entre otros, tener elementos para evaluar con los gobiernos locales en búsqueda de generar motivación frente al proyecto.

LECCIONES APRENDIDAS

Los hallazgos de este estudio, si bien no corresponden a una evidencia científica soportada en resultados objetivos, muestran indicios acerca de las relaciones entre elementos del capital social y las capacidades colectivas de las comunidades con modificaciones positivas en sus condiciones de salud; que en algunos casos son coherentes con lo reportado en la literatura y en otros generan información que puede ser usada para optimizar la operación de experiencias en salud con enfoque de desarrollo de base.

Es así como con relación al contexto sociocultural desarrollar experiencias concentradas en áreas geográficas específicas cuyos pobladores compartan características culturales o sociales es un factor que aporta al éxito de experiencias, lo que concuerda con Pickett y cols(29) de manera que la problemática que se pretenda abordar sea valorada como importante para la comunidad y pueda hacerse inmersión en la cultura de las comunidades intervenidas.

Un primer componente del desarrollo de base que se exploró en este estudio fue el capital social en sus diferentes modalidades. Los hallazgos muestran que la cohesión entre los miembros de una comunidad (capital social vinculante) se reporta como un factor fundamental para modificar positivamente las condiciones de salud de sus residentes lo que coincide con lo reportado por la literatura(30).

De otra parte, si bien la diversidad de redes sociales horizontales para comunicación e intercambio de información, ideas y ayudas prácticas (capital social enlace) son indicadores de alto capital social y se relacionan con la salud y el bienestar de la población(27) las experiencias resaltan la importancia de los líderes naturales de la comunidad en este tema pues impulsan la interacción entre diferentes organizaciones comunitarias de la zona geográfica en donde opera la experiencia.

Finalmente, la interlocución de los miembros de una comunidad con sus respectivos gobernantes (capital social puente) cuyos efectos en la salud aún están en discusión(31) se muestra en este estudio como uno de los principales obstáculos con los que se enfrentan las experiencias pues los gobiernos tienden a marginarse, cuando se logra tiene efectos muy positivos, especialmente en términos de su sostenibilidad.

El segundo componente del desarrollo de base que se exploró en este estudio fueron las capacidades de acción colectiva de las comunidades cubiertas por las experiencias, encontrándose que las más fuertes son el uso de información del entorno, el seguimiento a actividades y resultados y el acceso a mecanismos de participación, hallazgos que son coherentes con lo que reporta la literatura sobre el tema(21, 32). Asimismo, las experiencias le atribuyen especial importancia a los líderes comunitarios y destacan que deben ser de origen natural y acordes con la problemática de salud que de pretenda afectar, lo que concuerda con Roussos y cols(5) que menciona el liderazgo como el factor organizacional interno más frecuentemente asociado a la efectividad en generar cambios comunitarios

El tercer componente del desarrollo de base promulgado por RedEAmérica es la participación comunitaria que es inherente a las experiencias aunque concentrada en la cogestión y ejecución de actividades y en tal sentido puede considerarse como una estrategia transversal imprescindible para estimular el capital social y el desarrollo de capacidades colectivas en las comunidades en concordancia con lo encontrado en la revisión de la literatura (19).

Especial mención debe hacerse a la “medición” de resultados mediante indicadores objetivos que permitan de una parte, establecer las modificaciones positivas en las condiciones de salud y su relación y posible asociación con el capital social y las capacidades colectivas de las comunidades intervenidas bajo el esquema del desarrollo de base. Con relación al capital social, si bien la literatura publicada(17-20) sobre el tema es reiterativa en la necesidad de contar con este conocimiento las experiencias evaluadas no contaban con datos que permitiesen establecer esta relación o asociación. Es así como algunas de ellas contaban con sistemas de evaluación que permiten establecer resultados intermedios ayudan a identificar y proveer retroalimentación sobre lo que está funcionando, es necesario contar con indicadores que permitan medir el grado de capital social y establecer su relación con el éxito de iniciativas en salud.

De igual manera, con relación a las capacidades de acción colectiva las experiencias muestran la misma falencia pues hacen mediciones de los procesos y de los resultados desde una perspectiva gerencial que no contiene indicadores que permitan establecer relaciones con las modificaciones en las condiciones de salud de las comunidades en donde operan.

LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE INICIATIVAS EN SALUD CON ENFOQUE EN DESARROLLO DE BASE

Los resultados anteriormente descritos junto con las lecciones aprendidas a través de este estudio sirvieron como insumo para diseñar las estrategias y recomendaciones que se presentan a continuación, con las que se busca contribuir a orientar la operación de experiencias en el campo de la salud comunitaria que se diseñen alrededor del concepto y los elementos del desarrollo de base.

Promover el capital social en la comunidad

Alcanzar este objetivo requiere desarrollar intervenciones en la comunidad dirigidas a mejorar la cohesión entre sus miembros (capital social vinculante); el trabajo en redes (capital social enlace) y la relación e interlocución con el gobierno local (capital social puente).

Para mejorar el grado de cohesión entre los miembros de la comunidad la entidad promotora requiere conocer y evaluar las relaciones y conflictos presentes en la comunidad en donde se desarrollará la experiencia. Esto le permite establecer la presencia de factores que fragmentan las relaciones interpersonales y tipificar la interacción entre sus integrantes. Al respecto, el programa *Ally Micuy*, adelantado en el Perú bajo el auspicio de Antamina, incorporó en la semaforización que llevan a cabo, indicadores para identificar los conflictos dentro de la comunidad. De otra parte, es importante que la entidad promotora determine, desde el inicio de la implementación de la experiencia, el grado de asociatividad, confianza, cooperación, establecimiento y cumplimiento de normas entre los habitantes de la comunidad puesto que intervenir para mejorar estas condiciones fortalece el capital social. Para ello, los indicadores diseñados por RedEAmérica son un buen ejemplo de cómo “calificar” el grado de desarrollo de estas características. Además, implementar estas estrategias acompañadas por miembros de la comunidad facilita establecer actividades conjuntas, proponer soluciones, generar empatía y movilizar la comunidad. Sobre este asunto en la experiencia *“El Mundo de la Malaria: aprendamos a manejarlo en comunidad”* auspiciada por la fundación FES se involucró la comunidad y fueron sus miembros quienes plantearon su plan de trabajo.

Para robustecer el trabajo en redes (capital social enlace) la entidad promotora requiere identificar e incluir en el mapa de la zona geográfica en donde opera la experiencia los grupos comunitarios existentes, sus relaciones y conflictos mediante un mapeo de actores. Hacerlo ayuda a impulsar la integralidad de las intervenciones, a optimizar los recursos y a evitar duplicidades. Conviene hacerlo con miembros de la comunidad, especialmente mujeres ya que ellas facilitan las relaciones entre los diversos actores. Además, es importante tener en cuenta los grupos informales asociativos que generalmente se identifican durante el desarrollo del proyecto. El programa *“DE TODO CORAZON: Adherencia a programas para mantenimiento de la salud de adultos mayores de 45 años”* adelantado por Mutual Ser ha tenido experiencia en este tipo de interacción dado que los clubes mantienen relaciones con otros programas para adultos mayores. Asimismo, identificar los líderes naturales es muy importante para promover el trabajo en red por cuanto conocen la dinámica de la zona y sirven de vínculo entre los diferentes grupos y programas comunitarios, tal como se demostró en la experiencia *“El mundo de la malaria: aprendamos a manejarlo en comunidad”* auspiciado por la Fundación FES.

Para fortalecer la interlocución entre los miembros de la comunidad y los funcionarios y/o representantes el gobierno local de la zona geográfica en donde se desarrolla la experiencia (capital social puente) conviene que la problemática que se aborde a través de la experiencia sea de interés tanto para la comunidad como para el gobierno. En este orden de ideas, conviene organizar sesiones de trabajo durante toda la evolución de la experiencia, en las que la comunidad y gobierno bajo la orientación de la entidad promotora, identifiquen, analicen y evalúen su desarrollo y efectos en la condición de salud que se quiere modificar. de manera que se fortalezcan el intercambio de ideas y expectativas entre estos dos actores del desarrollo. Además, es indispensable tener en cuenta que el rol de la entidad promotora no es reemplazar al gobierno en sus responsabilidades sino facilitar la interlocución entre éste y la comunidad y bajo esta perspectiva debe desarrollar toda su intervención.

En esta misma línea, a la vez que se concerta la problemática de salud que será intervenida, es importante hacer un inventario de recursos (humanos, de infraestructura, económicos y financieros) disponibles en la zona que puedan destinarse para desarrollar alcanzar el propósito de la experiencia por cuanto, de una parte, contribuye a la gestión de los recursos locales y de otra, a empoderar la comunidad. Adicionalmente puede organizarse un comité en el que participen miembros del gobierno local y de la comunidad que se encargue de planear, monitorear y evaluar el desarrollo de la experiencia.

Cabe anotar que la interlocución con el gobierno es posiblemente la que mayores dificultades genera a las entidades que patrocinan experiencias en el campo de la salud por cuanto dependen en gran medida de las características de los gobiernos locales, de la dispersión geográfica, y de los cambios de gobierno. Sin embargo, es fundamental bajo la perspectiva del desarrollo de las comunidades.

Ejemplos como el de Ally Micuy auspiciado por Antamina pueden orientar sobre intervenciones específicas en este aspecto.

Promover las capacidades de acción colectiva de la comunidad

Este objetivo busca robustecer la competencia de las comunidades para identificar y gestionar la solución de sus necesidades en asuntos de salud para lo cual es recomendable, además de entrenarlas en la gestión de proyectos, construir con ella el (los) problema(s) de salud y su solución e inducirla a identificar necesidades en su entorno próximo y diseñar iniciativas a pequeña escala para solucionarlas.

Es así como el intercambio de saberes, partiendo de las prioridades y problemas sentidos por la comunidad, apoya la construcción colectiva del problema que abordará la experiencia lo cual genera un mayor compromiso de la comunidad con su solución. Además, al enfrentar el problema central probablemente surjan otras condiciones de salud que pueden o no estar directamente relacionadas con el problema pero que pueden utilizarse para que, alrededor suyo, la comunidad misma diseñe y gestione sus propias iniciativas. Experiencias como el programa *“El mundo de la malaria: aprendamos a manejarlo en comunidad”* auspiciado por la Fundación FES pueden ser fuente de actividades que orienten la implementación de estas estrategias.

Promover la participación de la comunidad

Los hallazgos del presente estudio muestran, tanto en la evaluación de resultados reportados en la literatura como en la documentación y profundización de las experiencias que, cuando se abordan asuntos de salud en las comunidades, la participación comunitaria más que un objetivo en sí mismo es una estrategia transversal mediante la cual se desarrolla el capital social en sus diferentes modalidades y se mejoran las capacidades colectivas de las comunidades pilares fundamentales del desarrollo de base. Bajo esta perspectiva no se proponen estrategias para impulsarla.

Identificar la favorabilidad del ambiente en el que se desarrollan las iniciativas

Además de lo que propone RedEAmérica en un documento específico sobre este tema, cuando se promuevan iniciativas de salud es necesario tener en cuenta que las estrategias anteriormente planteadas aplican para comunidades consolidadas en áreas geográficas con características culturales o sociales similares por cuanto permiten impulsar el desarrollo de base.

En este orden de ideas, es importante identificar, dentro de sus residentes, personas con condiciones que faciliten el desarrollo de la iniciativa y sean agentes con capacidad de generar

cambios dentro de sus comunidades para encargarlos de dirigir la operación de la iniciativa (experiencia o proyecto).

De otra parte es necesario que los agentes externos se involucren en la iniciativa profundicen en el conocimiento y comprensión de la cultura y cotidianidad de la comunidad para lograr su confianza y credibilidad.

Medir los resultados

Evaluar cuantitativamente el desarrollo de los procesos, actividades y logros alcanzados durante el desarrollo de la experiencia es muy importante para establecer el cumplimiento de los objetivos propuestos y los cambios en la situación de salud de la población, como lo muestran experiencias como la de "De todo Corazón: adherencia a programas para mantenimiento de la salud de adultos mayores de 45 años" adelantado por Mutual Ser en Colombia; Ally Micuy auspiciado por Antamina en Perú y Atención primaria de la salud, a través del rescate de la medicina tradicional maya auspiciado por la Fundación Haciendas del mundo maya en México. En esta misma perspectiva RedEAmérica cuenta con un sistema de evaluación compuesto por una batería de indicadores de proceso, resultado e impacto diseñado específicamente para apoyar experiencias con enfoque de desarrollo de base. En este orden de ideas, se recomienda consultar estas dos fuentes para construir los modelos de medición adecuados a las características propias de cada experiencia

Al respecto es fundamental que, desde el planeamiento de los proyectos, se diseñe el sistema de evaluación que se utilizará, de tal manera que la experiencia pueda ser monitoreada durante su desarrollo. Además, deben definirse claramente los indicadores cuantitativos y las categorías cualitativas que permitan establecer los cambios en los componentes del desarrollo de base y en las condiciones de salud que se pretenden afectar así como la relación entre estos dos aspectos. De misma manera deben construirse líneas de base con datos recogidos en la comunidad sobre estos indicadores, para lo cual pueden utilizarse los instrumentos desarrollados por RedEAmérica(28) o adaptar los desarrollados por el Banco Mundial y otras agencias. Para establecer las relaciones de los componentes del desarrollo de base y los cambios en las condiciones de salud resultantes de la implementación de la experiencia puede utilizarse los análisis multinivel, el análisis de componentes principales y o de correspondencias múltiples, modelos que actualmente han sido incorporados en diferentes programas estadísticos.

Además, la escasez de recursos financieros requiere que, tanto las entidades promotoras como el gobierno, cuenten con información que les permita establecer los beneficios de invertir recursos en este tipo de iniciativas (experiencias o proyectos). Por ello, conviene que las experiencias recojan información que permita establecer los costos directos e indirectos de las intervenciones que se realicen durante su operación con el propósito de compararlas con otro tipo de intervención que

permita modificar las condiciones de salud objeto de la experiencia en aras de establecer su costo efectividad. Sobre este asunto la experiencia “El mundo de la malaria: aprendamos a manejarlo en comunidad” auspiciado por la Fundación FES, es una buena fuente de referencia sobre la manera de adelantar estudios de costo efectividad en experiencias de base comunitaria.

En resumen

Dadas las características de la metodología del presente estudio, no podemos concluir que la incorporación de estrategias para el desarrollo de base es un factor clave de éxito para los proyectos comunitarios en el área de salud. Sin embargo, la revisión de las experiencias nos proporciona un buen indicio de que la inclusión de este componente desde un principio en tales proyectos es deseable.

Es importante sin embargo, desarrollar unos pasos comunes que ayuden a establecer la implementación de un mínimo desarrollo de base que se podrían resumir en los siguientes:

1. Conocer de cerca la comunidad a intervenir: esto implica un desarrollo sistemático del conocimiento de sus integrantes, sus aspiraciones, intereses y relaciones de poder, tanto explícito como oculto. En muchas ocasiones esto puede implicar un trabajo previo o la presencia de una fase de inmersión en la comunidad con una duración y unos costos determinados.
2. Posterior al desarrollo de este paso, se debe tener cierta flexibilidad en cuanto al ajuste de los objetivos del proyecto una vez se concierten los mismos con la comunidad en caso de que el proyecto no haya sido formulado por la misma.
3. Es importante hacer un sondeo de la disposición de la comunidad hacia el desarrollo del proyecto y hacia la aceptación de los integrantes del equipo. Es este aspecto es importante identificar posibles colaboradores dentro de la misma comunidad susceptibles de desempeñar una labor dentro del proyecto o susceptibles de ser entrenados en algunos aspectos del mismo. Esto a su vez contribuye a dejar capacidad instalada y a la sostenibilidad del mismo una vez los desarrolladores externos salgan de proyecto.
4. El proyecto deberá tener expresamente formuladas estrategias y actividades dedicadas a promover el capital social en sus 3 aspectos principales (vinculante, enlace y puente), la participación y sobretodo la capacidad de acción colectiva de la comunidad.
5. Finalmente, es muy importante, que desde el principio se establezca un sistema de evaluación del impacto en términos de salud de la intervención a desarrollar, cuantificando y cualificando, hasta donde sea posible, la introducción del componente de desarrollo de base. Es también indispensable tener mediciones de los costos incurridos para poder hacer análisis acerca de la costo-efectividad o el costo-beneficio de la intervención. Hay que tener

en cuenta que esto también implica algunos costos adicionales para el proyecto que deben ser considerados.

REFERENCIAS

1. Villar Rodrigo. Vinculando el desarrollo de base con el desarrollo local: estrategias de intervención de los miembros de RedEAmérica. Bogotá; 2007
2. Mould J. Salud y crecimiento económico Economía y sociedad. CIES 2005.
3. Organización Panamericana de la Salud. Marco referencial y estratégico de la cooperación técnica en salud y desarrollo local.; 2005
4. Velásquez FE, González E. Ambientes Favorables para el Desarrollo de Base. Bogotá, D.C., Colombia; 2007 Available from: <http://www.redeamerica.org/Portals/0/Publicaciones/Ambientesfavorables2307.pdf>.
5. Villar R. Niveles de intervención en el desarrollo de base. In: Price W, Kfuri E, Cornejo B, Pantín G, editors. Kit Construir juntos. Bogotá, D.C., Colombia; 2004. p. 23.
6. Jordana J. Instituciones y capital social: ¿que explica que? . Revista Española de Ciencia Política. 2000 Abril;1(2):187-210.
7. Labra M. Capital social y consejos de salud en Brasil. ¿Un círculo virtuoso? Cad Saúde Pública. 2002;18(Suplemento):47-55.
8. Roussos ST, Fawcett SB. A Review of Collaborative Partnerships as a Strategy for Improving Community Health. Annual Review of Public Health. 2000;21(1):369-402.
9. Atria Raul, Siles Marcel, Arriagada Irma, Robison Lindon, Whiteford Scott. Capital social y reducción de la pobreza en América Latina y el Caribe: en busca de un nuevo paradigma. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Universidad del Estado de Michigan 2003
10. Pilkington P. Social capital and health: measuring and understanding social capital at a local level could help to tackle inequalities more effectively. Journal of Public Health Medicine. 2002;24(3):156-9.
11. Kawachi I, Kennedy B, Lochner K, Prothrow-Stith D. Social capital, income inequality and mortality. American Journal of Public Health. 1997;87:1491-8.
12. Kawachi I, Kennedy B, Glass R. Social capital and self-rated health: a contextual analysis. American Journal of Public Health. 1999;89:1187-93.
13. Hyypä M, Maki J. Individual-level relationships between social capital and self-rated health in a bilingual community. Prev Med. 2001;32:148-55.
14. Lindstrom M. Social capital and the miniaturization of community among daily and intermittent smokers: a population-based-study. Prev Med. 2003;36:177-84.
15. Lochner K, Brenner R, Buka B, Kawachi I. Social capital and neighborhood mortality rates in Chicago. Soc Sci Med. 2003;56.:1797-805.

16. Pearce N, Smith GD. ¿Is Social Capital the Key to Inequalities in Health? *American Journal of Public Health*. 2003 January;93(1):122-29.
17. Harpham T, Grant E, Thomas E. Measuring social capital within health surveys: key issues *Health Policy and Planning*. 2002;17(1):106-11.
18. Kripper CE, Sapag JC. Capital social y salud en América Latina y el Caribe: una revisión sistemática. *Rev Panam Salud Pública*. 2009;25(2):162-70.
19. Sapag JC, Kawachi I. Capital social y promoción de la salud en América Latina. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(1):139-49.
20. Krishna A, Shrader E. Cross-cultural measures of social capital: a tool and results from India and Panama. Washington DC: World Bank; 2000
21. Fawcett S, Vincent F, Paine-Andrews A, Schultz J. A model Memorandum of Collaboration: A Proposal *Public Health Reports*. 2000;115:174-9.
22. Wallerstein N, World Health Organization. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? *Health Evidence Network report*. 2006 May 2010:37
23. Martín -García M, Ponte-Mittelbrun C, Sanchez-Bayle M. Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud. *Gaceta Sanitaria*. 2006;20 (Suplemento 1):192-202.
24. Bandesha G, Litva A. Perceptions of community participation and health gain in a community project for the South Asian population: a qualitative study. *Journal of Public Health* 2005;27(3):241-5.
25. Baum F, Jolley G, Hicks R, Saint K, Parker S. What makes for sustainable Healthy Cities initiatives?--a review of the evidence from Noarlunga, Australia after 18 years. *Health Promot Int*. 2006 December 1, 2006;21(4):259-65.
26. Nikniaz A, Alizadeh M. Community participation in environmental health: Eastern Azerbaijan Healthy Villages project. *La Revue de Santé de la Méditerranée orientale*. 2007;13(1):186-92.
27. Gillies P. Effectiveness of alliances and partnerships for health promotion. *Health promotion international* 1998;13(2):99-120.
28. Quintero Víctor. Evaluación de impactos del desarrollo de base. Bogotá: Red Interamericana de Fundaciones y Acciones Empresariales para el Desarrollo de Base -RedEAmérica; 2007.
29. Pickett K E, Pearl M. Multilevel analyses of neighbourhood socioeconomic context and health outcomes: a critical review. *J Epidemiol Community Health*. 2001;2001(55):111-22.
30. Bruhn JG, Wolf S. The Roseto Story: An Anatomy of Health. Book Review. *Medical Care*. 1980;Volume 18(7):784-5.
31. Putnam R. Health by association: some comments *International Journal of Epidemiology*. 2004;33:667-71.

32. Restrepo H. Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud. Quinta conferencia mundial de promoción de la salud. Mexico DF: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud 2000.