COOPERACIÓN AL DESARROLLO UNIVERSITARIA Y TRABAJO SOCIAL

Proyecto Formación de Gestores Comunitarios de Salud en comunidades locales de la región de la Amazonía-Orinoquía de Colombia

*Mercedes Sundheim Losada, **Begoña Leyra Fatou, ***Aurora Castillo Charfolet, ****Carmen Miguel Vicente

Profesoras del Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales, Escuela Universitaria de Trabajo Social. Universidad Complutense. Madrid.

msundhei@trs.ucm.es

* Diplomada en Trabajo Social y Licenciada en Antropóloga Social y Cultural.

** Diplomada en Trabajo Social, Licenciada y Doctorada en Antropóloga Social y Cultural.

*** Diplomada en Trabajo Social y Licenciada en Sociología.

**** Diplomada en Trabajo Social y Máster Oficial en Gestión y Evaluación de Servicios Sociales.

RESUMEN

Ante los desafíos de un mundo en cambio, el objetivo fundamental de la cooperación al desarrollo universitaria es la búsqueda de mejoras sociales mediante la modificación de estructuras injustas, ineficientes e irracionales en países del Sur, a través de programas que incidan preferentemente en la generación y difusión de conocimiento, en la formación de las personas, así como

en la potenciación de proyectos aplicados. Una de las modalidades para llevarla a cabo es a través del fortalecimiento institucional de universidades o centros de investigación superior en países de menor índice de desarrollo humano (IDH), estos centros serán considerados como contrapartes en los países donde se desarrolla la acción.

El Trabajo Social comparte el objetivo de la cooperación al desarrollo al estar comprometido a efectuar cambios sociales, a ocuparse de la protección, desarrollo y bienestar social de las personas, grupos y comunidades.

El proyecto que presentamos parte de una propuesta que inició en 2004 la Universidad del Rosario (Colombia) de formar a un agente para promover acciones interculturales en el manejo de la salud, que aprovechara el alto conocimiento de las culturas tradicionales y lo articulara con el sistema oficial, atendiendo a las recomendaciones de la OMS.

Nuestros objetivos son formar a seis Gestores Comunitarios de Salud a nivel local en seis departamentos y evaluar de forma participativa los resultados de esta iniciativa en la región de la Amazonía Orinoquía colombiana partiendo de la metodología cualitativa desarrollada en 2006; proponer un conjunto de indicadores para medir los cambios asociados al trabajo del Gestor, diseñar una estrategia de acompañamiento de los Gestores y realizar una evaluación final para conocer los cambios obtenidos.

Palabras Claves: Cooperación, desarrollo, gestores comunitarios de salud, cooperación al desarrollo universitaria, Trabajo Social.

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad se habla sobre la cooperación al desarrollo en muy distintos ámbitos y se proponen acciones desde muy diversas instancias, tanto públicas como privadas.

La Universidad constituye un ámbito privilegiado para la promoción del conocimiento, la investigación, el debate, la difusión de los problemas y retos fundamentales del desarrollo, que deberían estar en la base de las estrategias de la cooperación. Los departamentos y los centros de investigación universitarios han tenido un gran protagonismo en el debate sobre el desarrollo, tanto en lo relativo a aspectos conceptuales, como lo que se refiere su definición.

Las universidades españolas, en las últimas décadas, al igual que las organizaciones no gubernamentales de desarrollo (ONGD), las empresas, los sindicatos, las fundaciones y otras organizaciones se han ido incorporando a la tarea de la cooperación al desarrollo.

El esfuerzo llevado a cabo en los últimos años por las universidades españolas se ha concretado en congresos, jornadas, seminarios, así como en la elaboración de diversos documentos, entre los que cabe citar las *Estrategias de cooperación universitaria al desarrollo* (CRUE, 2000), *Papel de las universidades en la estrategia general de la cooperación* (2004) y el *Código de conducta de las universidades españolas en materia de cooperación al desarrollo* (2007).

En este último documento se define la cooperación universitaria al desarrollo como "el conjunto de actividades llevadas a cabo por la comunidad universitaria y orientadas a la transformación social en los países más desfavorecidos, en pro de la paz la equidad, el desarrollo humano y la sostenibilidad medioambiental en el mundo, en la que el fortalecimiento institucional y académico tienen un importante papel".

Hoy los problemas que afectan al desarrollo y la cooperación internacional han adquirido una gran complejidad lo que entraña nuevos retos para la investigación y el análisis de los mismos. La función de la universidad puede ser muy importante a la hora de afrontar esos desafíos, ya que abarca todas las áreas de conocimiento constituyendo una tarea multidisciplinar.

La Universidad tiene también una importante función que cumplir en el campo de la formación, por ello es necesario que a los programas docentes se incorporen, en un nivel transversal, los temas y las inquietudes sobre la pobreza a nivel mundial, la equidad, el desarrollo humano y la sostenibilidad.

Todo ello se ha plasmado en un amplio abanico de acciones como son (Unceta K. 2007, p.443-453):

- Actividades en el campo de la formación de grado y postgrado.
- Acciones en el campo de la investigación.
- Asistencia técnica y proyectos de desarrollo llevados a cabo en otros países.

- Actividades de difusión y sensibilización estrategias.

El proyecto que presentamos estaría incluido en la asistencia técnica y proyectos de desarrollo llevado a cabo en Colombia.

2. LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE (UCM) COMO AGENTE DE LA COOPERACIÓN AL DESARROLLO

La UCM, como institución académica y como agente social, está profundamente interesada en estimular y apoyar iniciativas que favorezcan el desarrollo de los países empobrecidos y a los sectores más desfavorecidos.

La UCM consciente de la necesidad de apoyar institucionalmente las acciones que se vienen realizando por personas o grupos pertenecientes a los diversos estamentos de esta Universidad y de la sociedad, y de conformidad con sus estatutos aprobados por decreto 58/2005 de 8 de mayo (BOCM) en los cuales en su artículo 3.2 dicen "*Son funciones de la UCM al servicio de la sociedad: g) Favorecer el intercambio científico, la movilidad académica y la cooperación para el desarrollo",* se propone fomentar y promover acciones en el ámbito universitario de la Cooperación al Desarrollo.

Una de estas acciones es la concesión de subvenciones a proyectos, programas y actuaciones de cooperación en el ámbito educativo, científico y cultural, que contribuyan a mejorar las condiciones de vida y la formación de las poblaciones de los países con menor nivel de desarrollo humano.

Dentro de esas subvenciones hay varias modalidades, el proyecto que presentamos en esta comunicación se acoge a la modalidad de Cooperación Universitaria con países de menor nivel, destinada exclusivamente a miembros de la UCM cuya contraparte sea una Universidad o Institución Universitaria que tenga firmado convenio con la UCM.

Los proyectos presentados en cada convocatoria son sometidos a una doble evaluación externa.

El proyecto que presentamos: **"**Formación de Gestores Comunitarios de Salud en comunidades locales de la región de la Amazonía-Orinoquía de Colombia." ha sido subvencionado en la VIII Convocatoria de proyectos de Cooperación al Desarrollo de la UCM (año 2011). La contraparte en este proyecto es la Universidad de Rosario y el Centro de Estudios Médicos Interculturales (CEMI) de Colombia y la parte que presenta y coordina el proyecto en España es un grupo de profesoras de la Escuela Universitaria de Trabajo Social de la Universidad Complutense.

3. TRABAJO SOCIAL Y COOPERACIÓN AL DESARROLLO

El Trabajo Social, como dice la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS), haya sus orígenes en ideales humanitarios y democráticos; la práctica del Trabajo Social se ha centrado desde sus comienzos en la satisfacción de las necesidades humanas y el desarrollo potencial de los recursos humanos. Es una profesión dedicada y comprometida a efectuar cambios sociales, en la

sociedad en general y en las formas individuales de desarrollo dentro de ellas. Se ocupa de la protección y el desarrollo de las personas, grupos y comunidades, lo que nos lleva a considerarnos como una profesión que interviene en la solución de los problemas y necesidades sociales, que es el mismo objetivo que se marca la cooperación al desarrollo.

El Trabajo Social no debe tender al etnocentrismo sino hacia la solidaridad internacional, ya que es una profesión preocupada por las necesidades y los problemas sociales y estos hoy sólo pueden ser comprendidos y tratados desde una perspectiva más amplia, es decir, de una manera global. Hoy ya no se puede actuar sólo desde una perspectiva local ante estos problemas globales.

Hoy la pobreza, la desigualdad y el sufrimiento humano, son cuestiones a las que los trabajadores sociales tenemos que responder en todos los lugares del mundo. Son muchas las cuestiones que transcienden a los estados nacionales, como los cambios medioambientales, los cambios en la población, los cambios tecnológicos, las políticas globales como la deuda externa, las prácticas comerciales, el empleo, las migraciones, etcétera.

Son muchos los países en donde no existe la democracia, ni la libertad, ni la justicia; no tienen acceso a la educación, ni a la sanidad, no contemplan la igualdad de género y no disfrutan de prestaciones básicas. Podríamos decir que en muchos países menos desarrollados los derechos humanos no existen.

El “desarrollo” según la Declaración sobre el Derecho al Desarrollo de 4 Diciembre de 1986 es: “un proceso económico, social, cultural y político global, que tiende al

mejoramiento constante del bienestar de toda la población y de todos los individuos, sobre la base de su participación activa, libre y significativa en el desarrollo y la distribución justa de los beneficios de los que de él derivan.

El desarrollo debe centrarse en la gente y no la gente en el desarrollo, debe dar protagonismo a las personas y a los grupos en vez de quitárselo. Se trata de una utopía alcanzable; hay muchas personas, grupos y movimientos que están trabajando por el cambio y nuestra profesión debe participar como motor de este cambio.

Hay que partir de un contexto global para no perder la visión de las causas y las consecuencias de los problemas y especialmente de la pobreza y la desigualdad

La cooperación al Desarrollo es un ámbito poco conocido para muchos trabajadores sociales. Tanto en lo que respecta a organismos internacionales, nacionales, autonómicos como locales, ONGDs, como a sus distintas modalidades (ayuda humanitaria, comercio justo, banca ética, etc.).

Para cooperar al desarrollo se necesitan equipos interdisciplinares en los que cada uno aporta sus conocimientos, con el fin de hacer programas y proyectos en los que se haga un análisis de la realidad, un diagnóstico, una planificación y se diseñe una evaluación, así como la potenciación de los recursos humanos, materiales y organizativos de la población, dando a conocer los recursos internacionales a los que pueden tener acceso desde los países en vías de desarrollo.

También es importante la coordinación entre los profesionales. En este campo el Trabajador Social puede aportar sus conocimientos sobre cómo es la intervención comunitaria y grupal.

4. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

4.1 Contexto y antecedentes

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en Alma-Ata, da prioridad a la medicina preventiva tratando, además, de incidir en aspectos comunitarios y ambientales de la salud. También se sugiere que la medicina tradicional y los remedios de origen vegetal pueden facilitar el control de las enfermedades en los llamados países del Tercer Mundo. Para lograr aplicar este programa, una de las estrategias que contempla es el desarrollo de recursos humanos en salud, como el promotor rural o comunitario de salud, que busca acercar a las comunidades al sistema formal de salud.

Se pretende permitir la participación social en salud a través de la formación de personas de las mismas comunidades que logren la interlocución cultural necesaria para ese acercamiento. Colombia ofrece un marco legal de respeto de la diversidad cultural y una abundante normativa en materia de salud que promueve el fortalecimiento de los modelos propios de salud y la adaptación de

modelos interculturales. Aunque aún se está lejos de su desarrollo pleno, existe un replanteamiento para la formación de personas en salud teniendo en cuenta las competencias interculturales

Quizás el resultado más dramático de la generalización de este sistema médico es que las poblaciones más aisladas, indígenas, campesinas y afrodescendientes, pierden sus sistemas tradicionales de salud mediante los cuales habían solucionado los problemas médicos durante milenios, mientras el nuevo sistema no logra responder a sus necesidades más acuciantes.

La ilusión de que el promotor pudiera acercar la comunidad a la medicina moderna se ve frustrada desde el mismo momento en que la oferta de su formación se reduce a unos cuantos conceptos de medicina moderna, insuficientes y reduccionistas, que, además, lo desarraigan culturalmente y lo convierten en un factor adicional de aculturación de sus propias comunidades.

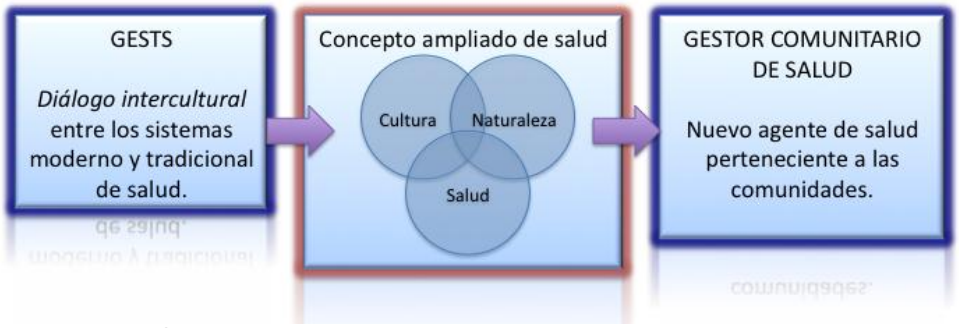
Teniendo en cuenta todas estas consideraciones, el Grupo de Estudios de Sistemas Tradicionales de la Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario (GESTS) propone la formación de un nuevo agente de salud que busca subsanar las deficiencias del promotor: el *Gestor Comunitario de Salud*.

Se constituyen como fundamentos del programa de Gestores: el reconocimiento de la eficacia de los sistemas médicos tradicionales, el uso de tecnología apropiada existente en la medicina moderna y en la medicina tradicional, el intento por disminuir la dependencia externa en la atención de los problemas de salud y el reconocimiento de que la diversidad condiciona la necesidad de desarrollar

estrategias de promoción y prevención ajustadas a las necesidades ambientales y culturales, que deben ser concertadas entre las comunidades y los servicios nacionales de salud.

La misión del Gestor Comunitario de Salud se deriva de los siguientes objetivos:

1. Recuperar y promover conocimientos y prácticas tradicionales de salud.
2. Buscar la seguridad alimentaria a partir de prácticas agroecológicas y la conservación de recursos biológicos.
3. Promover la conservación del ambiente.
4. Incorporar las plantas medicinales en el cuidado de la salud.
5. Incentivar actividades comunitarias e institucionales para la promoción de la salud.



Fuente: Elaboración propia.

En resumen, el Gestor Comunitario de Salud pretende aglutinar los diferentes programas de salud pública comunitaria e individual sin desconocer las iniciativas que por ley las comunidades y, en particular las indígenas, campesinas y negras,

tienen el derecho de formular para acondicionar los programas a sus sistemas propios de creencias.

El programa ha formado en total 83 Gestores Comunitarios de Salud, de los cuales 61 son mujeres. Estos líderes tienen impacto en comunidades con una población total cercana a las 10.000 personas. Provienen de quince departamentos de Colombia y más de veinte etnias diferentes. Todos los líderes adiestrados forman parte de comunidades de la periferia urbana o de zonas rurales apartadas con bajo nivel de ingresos per cápita y ubicadas en territorios considerados, desde el punto de vista epidemiológico, como lugares con altos endemismos de enfermedades tropicales, en procesos de deterioro ambiental, particularmente de recursos alimenticios, y con altos niveles de violencia armada y social.

Actualmente contamos con un estudio cualitativo que evaluó las actividades del primer proyecto en 2006 y cuyos resultados servirán como base metodológica para el presente estudio. En los años posteriores a 2006, el esfuerzo del programa se ha concentrado en la promoción de otros tres proyectos, que si bien han prestado un servicio a sus comunidades, no han tenido una evaluación sistemática. Por esta razón el programa ha querido concentrar sus esfuerzos en iniciar una nueva etapa para el seguimiento detallado de los resultados alcanzados hasta el presente como base para establecer acciones concretas hacia el futuro.

El último proyecto, del año 2009, es parte de un programa pionero impulsado por la alcaldía de Villavicencio, departamento del Meta, para la promoción de la medicina tradicional y el uso de plantas medicinales entre la población del municipio. Este es, sin duda, un paso adelante en el programa, en la medida en que las autoridades gubernamentales comienzan a vincularlo como parte de sus políticas públicas. Los tres proyectos iniciales fueron llevados a cabo gracias a la gestión de recursos de cooperación y a recursos propios de miembros del GESTS.

En la actualidad, la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario, con el apoyo del han iniciado un proceso para que las entidades académicas y estatales encargadas de la definición de la política de talento humano en salud en Colombia, acrediten y reconozcan a los Gestores Comunitarios de Salud.

4.2 Formación en epidemiología para la participación en la toma de decisiones

Desde el año 2006, el CEMI mantiene un vínculo de cooperación técnica con el Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales de Canadá (CIET). En virtud de esta relación, se ha incorporado al trabajo del CEMI algunas de las propuestas metodológicas desarrolladas a lo largo de 26 años en varios países por el CIET. Actualmente su propósito es desplazar el centro de gravedad de la epidemiología a las universidades de los países en vías de desarrollo, en zonas de emergencias y entre poblaciones marginadas.

Por su parte, el CEMI ha avanzado en el desarrollo de una epidemiología aplicada al conocimiento tradicional, que reconoce nuevos elementos necesarios para su aplicación en el marco del diálogo intercultural entre medicina moderna y tradicional, de manera que sus acercamientos puedan dar cuenta de un concepto ampliado de la salud en el que se incorporan las dimensiones de naturaleza y cultura.

La formación de personal local en epidemiología aplicada, sirviéndonos de una mezcla particular de métodos cualitativos y cuantitativos, se convierte en un camino para que el conocimiento local se fortalezca y se valore, en tanto que se ofrecen nuevos elementos provenientes de la ciencia moderna y, al mismo tiempo, se da un papel predominante a la sabiduría local que las comunidades detentan.

4.3 Contexto geográfico, económico y social

El proyecto se implementará en 6 departamentos de la Amazonía y Orinoquía colombianas (Vaupés, Guaviare, Amazonas, Putumayo, Arauca, Meta), en el extremo más oriental del país. Éstas son zonas caracterizadas por un profundo aislamiento de la región andina, en la que se concentra la mayor parte del desarrollo económico del país, cuentan con pocas vías de comunicación y mayoritariamente dependen del transporte aéreo. La densidad de población en estos departamentos es más baja que la del resto del país, y en ellas se mantiene la mayor diversidad de culturas tradicionales junto con la mayor extensión de selvas húmedas tropicales y ecosistemas naturales conservados. La presencia del

Estado es casi nula en muchos de los municipios; la oferta de servicios públicos es precaria y de mala calidad.

4.4 Pertinencia y justificación del proyecto de Gestores Comunitarios de Salud

La situación de las comunidades indígenas sigue siendo difícil y en muchos casos dramática, a pesar de los avances de la legislación internacional y colombiana. La pérdida de sus territorios, la presencia de actores armados en el conflicto colombiano, el narcotráfico, la extracción de recursos en sus comarcas y la imposición de modelos de desarrollo que desconocen sus particularidades culturales, sigue trayendo como consecuencia el debilitamiento de su cultura, la pérdida de sus tradiciones y la erosión de los sistemas tradicionales de conocimiento.

El sistema occidental de salud se convierte en un instrumento más de aculturación, con limitaciones para una oferta de servicios adecuada, sensibles culturalmente y respetuosos con el entorno. Además, desde el punto de vista epidemiológico las poblaciones indígenas suelen ocupar lugares con altos endemismos de enfermedades tropicales; si unimos esto a la disminución de la oferta ambiental de recursos alimenticios, el camino conduce a la desnutrición. El

sistema oficial sigue mostrando su debilidad para disminuir las tasas de estos graves problemas de salud.

A pesar de los acuerdos con entidades internacionales para considerar los sistemas tradicionales de salud e incorporarlos en la agenda de la atención sanitaria, todavía no hay logros significativos y continúa pendiente la tarea de la construcción de modelos interculturales de salud reales.

La experiencia adelantada en estos años ha permitido comprender que los programas de salud pueden ser más eficaces y más integrales si, por una parte, se acoge la riqueza del conocimiento y las prácticas tradicionales de estas comunidades y, por la otra, se proponen actividades que relacionen la salud con la cultura y la naturaleza.

El programa permitirá que los Gestores Comunitarios de Salud contribuyan a rescatar y/o fortalecer los conocimientos tradicionales que han guiado el cuidado de la salud y permitido la supervivencia biológica y cultural de sus comunidades en ambientes considerados por Occidente como inhóspitos, distantes o difíciles.

En la medida en que los Gestores Comunitarios de Salud se empoderan como líderes, se garantizan mayores probabilidades para jalonar el compromiso de sus comunidades y, por lo tanto, son prenda de garantía para el desarrollo autónomo de procesos locales.

La propuesta de los Gestores Comunitarios de Salud busca promover el desarrollo dentro de las comunidades como parte de un concepto amplio de la salud que

respete la cultura local y reavive los sistemas tradicionales de conocimiento, así como la responsabilidad en el auto cuidado y respeto del medio ambiente. Por lo tanto, transciende el concepto del crecimiento económico y acoge la recuperación de recursos propios y conocimientos asociados aplicables a la medicina, la alimentación, etc.

4.5 Relevancia del programa de Gestores Comunitarios de Salud en relación con los Objetivos del Milenio

- Disminución del hambre, en la medida en que está directamente enfocado a fortalecer la producción de alimento y promover la nutrición adecuada en las comunidades.
- Reducción de la mortalidad infantil y mejora de la salud materna con la práctica de cuidados tradicionales ajustados a las condiciones locales que no dependan de programas externos de alto costo para ser implementados.
- Combatir el VIH con la propuesta de una vivencia sana de la sexualidad entre los jóvenes de las comunidades beneficiarias
- Sostenibilidad del medio ambiente, ya que el concepto de salud que promueve incluye indisolublemente la conservación como indicador de una buena vida.
- Finalmente, en cuanto a la educación, también se han generado impactos positivos al influir en la adecuación cultural de los modelos de prestación del servicio, lo que permite una mejor participación de los niños y jóvenes en los procesos de aprendizaje.

4.6 Descripción de los beneficiarios y otros actores implicados

- Comunidades beneficiarias: Arauca, Guaviare, Vaupés, Amazonas, Putumayo, Meta. Población total a la que se espera atender 2.500 personas.
- Seis Gestores Comunitarios de Salud.

Otros actores sociales implicados: la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario, GESTS y el CEMI recibirán un valioso aporte para establecer criterios de acción frente al desarrollo del programa de Gestores Comunitarios de Salud.

El desarrollo de la iniciativa de Gestores Comunitarios de Salud tendrá un impacto positivo en el desarrollo de políticas públicas para el manejo de la salud en las entidades territoriales, tanto indígenas como no indígenas, que a la postre pueden contribuir a mejorar las condiciones de vida de su población.

5. LÓGICA DE LA ACCIÓN

Objetivo general

Formar un grupo de seis Gestores Comunitarios de Salud en técnicas de epidemiología aplicada para que puedan desarrollar una evaluación del impacto de sus actividades, como agentes interculturales de salud, en la conservación de

la diversidad biológica, la protección de la cultura y la promoción de la salud humana en la Amazonía y Orinoquía colombiana.

Objetivos específicos

- Aplicar una estrategia de formación para 6 Gestores Comunitarios de Salud que permita consolidar la capacidad local para recabar evidencia sobre su acción como agentes interculturales de salud que pueda ser aplicada en el mejoramiento del programa y de las políticas de salud que los afectan.
- Establecer la línea base que permita definir el estado actual del programa de Gestores Comunitarios de Salud en la muestra escogida dentro de la región Amazonía y Orinoquía a partir de una metodología cualitativa desarrollada en 2006.
- Proponer un conjunto de indicadores para medir los cambios asociados con el trabajo del Gestor Comunitario de Salud en su comunidad.
- Diseñar una estrategia concreta de acompañamiento a las acciones de los Gestores Comunitarios de Salud para establecer una evaluación en campo de sus actividades y del impacto asociado a partir de los indicadores propuestos.
- Realizar una evaluación final del proyecto para establecer los cambios obtenidos a partir de las acciones concretas de los Gestores Comunitarios de Salud beneficiados.

5.1 Resultados esperados

- Seis Gestores Comunitarios de Salud formados en epidemiología aplicada al conocimiento tradicional.
- Un informe de línea base del programa de Gestores Comunitarios de Salud en 2011 a partir de la metodología cualitativa desarrollada en 2006.
- Dos encuentros de Gestores Comunitarios de salud de la Amazonía y Orinoquía colombiana.
- Seis iniciativas locales de los Gestores Comunitarios de Salud para la promoción integral de la salud en sus comunidades.
- Un informe final con una evaluación de las acciones de los Gestores Comunitarios de Salud y su asociación con la situación de la cultura, la naturaleza y la salud en sus comunidades.

5.2 Relación de actividades previstas y descripción general de la intervención

El programa contempla formar un grupo de Gestores Comunitarios de Salud mediante dos cursos y el acompañamiento de un ejercicio de evaluación. La formación se concentrará en conceptos y técnicas básicas de epidemiología aplicada al conocimiento tradicional siguiendo los lineamientos metodológicos del CIET y los criterios del CEMI para su aplicación en estudios relacionados con el conocimiento tradicional.

La evaluación tendrá dos niveles, el primero dará información sobre el avance del programa en general a partir de una metodología diseñada en 2006, el segundo estará encaminado a establecer una serie de estudios de caso para medir, en concreto, una serie de variables que den cuenta del impacto asociado con el trabajo de los Gestores Comunitarios.

A lo largo de este proceso se establecerá una coordinación continuada con la responsable del proyecto miembro de la UCM y con un técnico. Este personal con base en España participará en el diseño de la estrategia de formación e informará sobre la evolución de los objetivos y metas a conseguir. Se contará con la visita de dicho técnico para participar en la evaluación de los resultados de las iniciativas locales.

El proyecto contempla dos escenarios complementarios. En el primero se harán dos encuentros de los Gestores Comunitarios de Salud para establecer el marco de evaluación general de su actividad y diseñar las iniciativas locales. En el segundo escenario se implementarán las iniciativas locales en las comunidades beneficiarias y se hará una visita de supervisión técnica a cada una de ellas para establecer su avance.

Al finalizar el proyecto, la información recopilada se organizará en documentos técnicos que servirán como base para etapas posteriores del programa de Gestores Comunitarios de Salud, siguiendo la lógica de la toma de decisiones basada en evidencia.

5.3 Materiales inventariables y fungibles

Un ordenador Mac para manejar la información recopilada durante el proyecto. Compra de materiales de papelería necesarios para el curso de los Gestores y algunas labores de presentación de informes. Llamadas telefónicas que permitan mantener seguimiento a los Gestores Comunitarios de Salud. Y la edición del material final de manera que su contenido tenga una comunicación eficaz y sea de utilidad para las comunidades en las que se originó.

Material para Gestores Comunitarios de Salud durante los ocho meses en los que se adelantará su iniciativa local. Estos recursos permitirán subsanar necesidades básicas como papelería e insumos.

5.4 Gastos de viaje

Esta partida presupuestaria está contemplada para cubrir los costos de viaje de los Gestores Comunitarios de Salud y de dos investigadores a cada uno de los dos encuentros previstos. Además se cubrirá los costos de desplazamiento de uno de los investigadores para visitar cada una de las iniciativas locales. Debe tenerse en cuenta que la extensión del área de trabajo y las dificultades de comunicación requieren de viajes aéreos costosos. Por la parte de España, se contempla la visita de un técnico en el último encuentro, con el fin de realizar el seguimiento y apoyar en la evaluación del proyecto.

5.5 Recursos técnicos y humanos

– Personal local

Evaluación científica: Médico, experto en epidemiología, que estará encargado de la supervisión del proyecto.

Investigador: Geógrafo, con experiencia en estudios de epidemiología aplicada y trabajo comunitario para la promoción de estrategias interculturales de salud, estará encargado de coordinar las actividades en campo.

– Personal expatriado:

Miembro de la UCM responsable del proyecto y profesoras colaboradoras de la Escuela de Trabajo Social de la UCM.

– Otros gastos:

Se ha contemplado una partida para cubrir costos básicos necesarios para cumplir con las actividades propuestas como mensajería y servicios de oficina.

6. ESTUDIO DE VIABILIDAD Y SOSTENIBILIDAD

– Políticas de apoyo

En la actualidad el programa de Gestores Comunitarios de Salud ha sido acogido por la alcaldía de la ciudad de Villavicencio como estrategia pública de promoción de la salud.

Por otro lado, las autoridades tradicionales indígenas de los pueblos de Vaupés, Cauca, Guaviare, Cesar, Norte de Santander y Caquetá ya han incluido a los Gestores Comunitarios de Salud como parte de su equipo de trabajo, esto plantea una perspectiva sobre el empleo que este agente puede tener como parte del ejercicio de gobierno autónomo en territorios de pueblos indígenas.

– Aspectos institucionales

El programa de Gestores Comunitarios de Salud es una iniciativa de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario encaminada a formar agentes de salud que puedan generar cambios significativos desde un enfoque intercultural en el que se amplía el concepto de salud. Por tanto, es un programa de largo alcance que será impulsado por la Universidad aun cuando requiere de apoyos adicionales para que su cobertura pueda ser mayor.

– Aspectos socioculturales

La propuesta de los Gestores Comunitarios de Salud ha sido diseñada como una estrategia que va más allá de la sensibilidad con los aspectos culturales

y comunitarios para incorporarlos como protagonistas de sus estrategias de acción. Se presenta entonces como una excelente alternativa de sostenibilidad en el aspecto sociocultural toda vez que intenta recuperar, mantener y fortalecer las dinámicas propias de las comunidades que han permitido manejar su salud durante muchas generaciones.

– Enfoque de género

El programa contempla la necesidad de recuperar la perspectiva de género a partir de la equidad en la diversidad. Esto quiere decir que el papel de la mujer se reconoce como necesario en el marco de una cultura y a partir de allí nacen las propuestas de acción. La perspectiva de género ha sido central en toda la historia del programa tal como lo refleja el hecho de que el 74% de los Gestores Comunitarios de Salud son mujeres.

Un ejemplo de los resultados obtenidos en este campo es la conformación de la *Unión de mujeres que generan vida y esperanza* en el departamento del Guaviare, en el año 2010, y que fue jalonada por tres Gestores Comunitarios de Salud, de manera tal que dicho esfuerzo de las mujeres sirvió como base para, más tarde, constituir una Asociación de Autoridades Tradicionales Indígenas con la que el Estado colombiano reconoce la autonomía de cuatro pueblos de la familia tucano oriental.

– Factores tecnológicos

Uno de los aspectos centrales de la propuesta es la necesidad de disminuir la dependencia de tecnologías foráneas y costosas para las comunidades, a las que no tienen acceso por cuanto los programas estatales en las regiones apartadas son altamente ineficientes y corruptos. Más aun, el programa contempla la necesidad de recuperar tecnologías adecuadas al ambiente y la cultura locales, que normalmente no dependen del flujo de recursos económicos para ser conseguidos.

– Factores medioambientales

Tal como se explicaba en el apartado correspondiente a los antecedentes, uno de los criterios que guían el programa de Gestores Comunitarios de Salud es el de la sostenibilidad ambiental. Los tres componentes que sirven como pilares a las actividades del Gestor: cultura, naturaleza y salud, requieren un equilibrio tal que no es posible proponer actividades en las que el beneficio ambiental no esté contemplado como un requisito.

– Factores económico-financieros

Desde una perspectiva financiera, el programa busca establecer una base social de líderes comprometidos con la promoción de la salud en sus comunidades. Esto significa que no intenta formar personas con el fin de emplearse dentro de un esquema asistencial y así evita depender del acceso a dineros externos para incidir en las dinámicas internas de las comunidades.

Sin embargo, el acceso a recursos externos puede ser un motor que acelere el impacto de los programas propuestos al permitir mayor dedicación de los Gestores Comunitarios de Salud y trascender las iniciativas individuales. Por otro lado, ya se ha explicado que el programa busca una base técnica que no depende de recursos para su adquisición toda vez que hace parte del patrimonio de las comunidades beneficiarias.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas. (2000). *Estrategias de cooperación universitarias al desarrollo.*
    - (2001) Universidad compromiso social y voluntariado. Madrid, julio. [Recuperado 30/11/2011]
- Comité Español Universitario de Relaciones Internacionales. (2006). *Código de conducta de las universidades españolas en materia de cooperación al desarrollo.*
  [Recuperado 15/11/2011]
  http://www.ucm.es/cont/descargas/documento11070.pdf
- *Declaración de Alma-Ata .*Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata URSS, 2-12 de septiembre de 1978.
  [Recuperado 15/11/2011]
  http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf

- *Declaración del Derecho al Desarrollo*. Asamblea General de Naciones Unidas 41/128, 4 de Diciembre 1986.

  [Recuperado 01/11/2011]

  http://www2.ohchr.org/spanish/law/desarrollo.htm
- Decreto 58/2005 de 8 de mayo, artículo 3.2. BOCAM, España.
- Decreto nº 3616 de 2005. Ministerio de Protección Social de Colombia. República de Colombia.
- FITS. (2004). Código de Ética de los Trabajadores Sociales.

  [Recuperado 01/11/2011]

  http://www.cgtrabajosocial.es/index.php?Itemid=47&id=81&option=com_content&task=view
- NORAD. (2004). *El enfoque del marco lógico. Manual para la planificación de proyectos orientada mediante objetivos.* Madrid: IUDC-UCM.
- Unceta, K. (2007). El nuevo papel de la Universidad, en Iglesia Carruncho (coord.) *Avances y retos de la cooperación española.* Madrid: Fundación Carolina.