

Redes, gobernanza urbana y prácticas asociativas: el ejemplo del Programa de Salud de la Familia

*Breno Augusto Souto Maior Fontes
Marcos Aurélio Dornelas*

Introducción

ES CADA VEZ más evidente que la participación de la sociedad como sujeto del proceso de construcción de las políticas públicas es imperativa para la consolidación de una democracia que se pretenda de hecho participativa. En este sentido, desde el fin de la década de los años ochenta, Brasil ha experimentado cambios en el diseño organizacional de su agenda de políticas en diversas áreas de la administración pública.

También para el caso de la salud, el desplazamiento de la prioridad, antes centrada en la búsqueda de la curación, hacia la necesidad de la prevención, el énfasis en la familia y en la comunidad y otros cambios estructurales hicieron que la descentralización de las políticas se convirtiera en una realidad cada vez más palpable casi veinte años después de la creación del Sistema Único de Salud (SUS).

Las directrices del SUS en lo que respecta a la participación de la sociedad son bastante claras en sus objetivos: debe haber participación de la sociedad civil tanto en la proposición como en la ejecución de las directrices de la asistencia a la salud.¹ Los Consejos de Salud con representación de usuarios, profesionales del área, representantes de la sociedad civil organizada, entre otros segmentos sociales, pretenden dar vida a la participación pro-

¹ Nos referimos particularmente a las Directrices Operacionales del Programa de la Salud de la Familia (Decreto 1886/97).

positiva y consultiva. La participación en la ejecución de las políticas de salud, el segundo tipo previsto por la legislación del SUS, es nuestro objeto de análisis. Pero más particularmente buscamos verificar la capacidad de ejecución de las directrices del Programa de Salud de la Familia (PSF) en comunidades de bajos ingresos en la ciudad de Recife.

Para la comprensión del proceso de una acción descentralizadora, vista como un proceso administrativo cuyo objetivo es el aumento de la eficiencia a través del aprovechamiento racional de los recursos públicos disponibles, deberá considerarse la esfera pública (lugar por excelencia para la decisión sobre la producción de bienes públicos) como un instrumento potencialmente poderoso para lograr la justicia social. En este sentido, el proceso descentralizador surge indisolublemente asociado al del componente participativo, herramienta de ampliación del acceso de la sociedad civil a la toma de decisiones.

Decir gobernanza casi siempre nos remite a la idea de que las instituciones públicas administran de forma eficiente los recursos, logrando de esta forma cumplir con una agenda pública. Significa, entonces, pensar en la capacidad de gestión de los organismos públicos (o, como lo entiende la ciencia política, la capacidad que tiene el gobierno de formular e implantar con éxito sus políticas).

Cuando, por otro lado, pensamos en prácticas participativas de gestión pública, la expresión gobernanza debe también necesariamente incorporar la estructura asociativa, y de dos maneras diversas: *a*) en la concepción de una ingeniería política que destine institucionalmente espacios de participación, que garantice a los diversos actores sociales el lugar tanto en los procesos de decisión como también en los de gestión y de control social; *b*) en la capacidad organizativa de la sociedad civil. Esto es, aquí no se trata propiamente de pensar en espacios institucionales, sino de prácticas asociativas que resulten en una capilaridad importante, que penetre en los campos de sociabilidad anclados en redes primarias (la comunidad, el territorio, las redes de parentesco) y que estos campos den sustentabilidad al entramado asociativo territorialmente estructurado.

Estamos pensando en la gestión del PSF, cuyo principio es la ejecución de las prácticas de promoción y cuidados de la salud a partir de las redes primarias (familias) y aquellas secundarias ancladas territorialmente (asociaciones voluntarias). Pretendemos, a partir de un estudio empírico, verificar cómo se estructuran estas redes y si realmente ellas soportan un diseño de gobernanza que incorpore efectivamente a los actores locales.

Las políticas de descentralización en Brasil: el ejemplo de la salud

La reforma sanitaria es parte de un gran proceso descentralizador, con origen en la Europa de fines de la década de los años setenta, que llegó a América Latina en la década siguiente, con la crisis de legitimación de los regímenes militares. Se inaugura en el continente una ola descentralizadora y el poder local se convierte en un denominador común: es la principal bandera de lucha de los movimientos populares, de todos los partidos de izquierda, así como de los proyectos políticos conservadores y también recibe el apoyo de organismos internacionales de desarrollo.

La participación popular y la descentralización son ingredientes de una fórmula mágica, una especie de panacea para las frecuentes crisis de legitimación experimentadas por las democracias occidentales, con la consecuente deslegitimación de sus instrumentos de organización política más importantes, los partidos y los sindicatos. Los actores sociales hasta entonces no considerados en la lógica política tradicional son incorporados a este proyecto² restaurador de los ideales de democracia. Se trata, en realidad, de un proyecto que pretende encontrar una fórmula que, de alguna manera, corrija los vicios de la democracia representativa (sin desecharla), rescatando el principio de universalidad, la posibilidad de que exista un foro para todos los segmentos de la sociedad civil.

No se trata, por lo tanto, de instituir un sistema que sustituya al de la democracia representativa. Quitando algunas experiencias de reducido alcance, no se admite como posibilidad un modelo de representación directa en nuestras sociedades, bastante complejas. Lo que se pretende, en realidad, es una fórmula complementaria, donde, junto con el sistema representativo, se abran canales de participación que propicien prácticas cooperativas de gestión pública, conducidas por el Estado, pero con fuerte participación de la sociedad civil.

La gestión participativa tiene el contenido particularmente anclado en lo local. Se argumenta que las cuestiones locales afectan más directamente la vida cotidiana de las personas y que por lo tanto deben resolverse de manera local. La esfera político administrativa local, el municipio, debe organizar patrones de gestión donde el componente participativo sea el principal instru-

² Es importante recordar que en este periodo, la década de los años setenta, muchos analistas políticos —como por ejemplo Offe (1984)— ya señalaban la crisis de los modelos tradicionales de representación y la emergencia de los sindicatos y movimientos sociales como actores sociales importantes en la escena política. Para el caso de América Latina, inmersa en regímenes autoritarios, los movimientos sociales se constituyen en importante vector en el proceso de redemocratización del continente.

mento. La transferencia, pues, de competencia decisoria en las comunidades locales es el ingrediente fundamental del proceso descentralizador, traduciéndose en la distribución de poderes.

En Brasil, las experiencias de las décadas de los años setenta y ochenta muestran que, mucho más allá de las meras declaraciones de principios, las prácticas de participación popular en la gestión urbana se programaron de forma impresionante por todas partes. Así mismo, aunque fueron realizadas por actores sinceramente comprometidos en hacer valer los principios de una práctica verdaderamente democrática, estas experiencias generaron, también, nuevos problemas. Examinando la bibliografía de estas décadas, y comparando con escritos más recientes, verificamos una significativa contradicción: de un lado, el optimismo, apoyo y entusiasmo en relación con la funcionalidad de estos nuevos sistemas de gestión; por otro, cierto descontento al constatar que las cosas no funcionan tan bien como se preveía.

La reforma sanitaria y la consecuente descentralización del sistema de salud tal vez sea una de las mejores experiencias puestas en práctica en Brasil. Con amplitud nacional, y fuertemente reglamentada —garantizando de esta manera recursos, base institucional para ejecución y consecuente disminución del riesgo de discontinuidad de las políticas— esta reforma es el resultado de un intrincado juego político, con actores que se enfrentan en la reglamentación de un sistema complejo —el de la gestión de políticas de salud— donde se involucran intereses dispares.

Podemos aquí clasificar a esos actores en tres grupos principales con objetivos hasta cierto punto complementarios, aunque diferenciados: 1) movimientos sociales organizados (como los sindicatos y grupos populares), que luchan por la universalización y equidad de la política pública de salud y principalmente la posibilidad de creación del mecanismo de control social de las acciones de gobierno; 2) políticos y burócratas gubernamentales interesados en la racionalización de los recursos públicos dentro de un contexto de crisis fiscal por la que pasaba el país; 3) y la parte progresista de los profesionales del sector de la salud preocupados con la necesidad de unificación de reglas y procedimientos y la descentralización administrativa del sistema de salud (Gallo *et al.*, 1988). Además, había representantes en el parlamento nacional de los grupos controladores de la medicina privada quienes protegían intereses vinculados a la manutención de los pagos gubernamentales y las acciones de salud realizadas en las unidades privadas de la red hospitalaria. La resolución parcial de las demandas de esos grupos posibilitó la conformación de poderes y el apoyo social capaz de viabilizar el proyecto reformista.

Aunque podamos afirmar que la movilización social haya sido intensa en este periodo —incluyendo, además de los actores directamente involucra-

dos en el campo de la salud pública, a los movimientos de barrios y de mujeres, dada la capilaridad relativamente importante en las grandes ciudades—, es necesario señalar que estos movimientos sociales, y hasta la población de modo general, recibieron la reforma de modo vertical y prácticamente finalizada en sus bases formales (Fleury, 1992). También cabe mencionar que la estrategia de ocupación de puntos estratégicos del Estado —muchas veces practicada por grupos vinculados a la salud pública y sus asociaciones profesionales— si por un lado tuvo la ventaja de volver institucionales las reformas a mediano plazo, significó un consecuente alejamiento de las organizaciones sociales de cuño social y dificultó su consolidación en la esfera pública (Cohn, 1996).

Problematizado de esa forma el proceso de consolidación de los cambios propuestos por el movimiento de reforma sanitaria, no es difícil comprender las dificultades de la población para participar de forma consistente en los Consejos de Salud: la dificultad de comprensión de los procedimientos surge del extrañamiento característico del proceso reformista desde su génesis (Krüger, 2000).

Aun sin tener un vínculo orgánico con la sociedad organizada, los militantes de la salud pública, inconformes con una práctica médica hasta entonces dominante —anclada en la especialización y fuertemente orientada hacia las acciones curativas y con cada vez más presencia de intereses privados—, lograron formular y legitimar espacios de participación de la sociedad civil.

El diseño del modelo es bastante complejo: desde la base (los municipios) hasta la cima de la jerarquía administrativa brasileña (la Federación) se introducen los mecanismos de participación popular, con los Consejos de Salud, formados por representantes de la sociedad civil. Estos consejos y las Conferencias de Salud, definen la agenda de la salud pública del país.

El diseño organizacional del SUS está regularizado mediante las Leyes Orgánicas y las Normas Operacionales Básicas (NOB) que definen su funcionamiento. La Ley Orgánica 8.080/90 reglamenta las responsabilidades de las tres esferas de gobierno (Federal, Estatal y Municipal) en la política pública de salud; la ley 8.142/90 trata el formato de la participación de la sociedad civil en el SUS y la transferencia de recursos financieros intergubernamentales. La participación de la sociedad civil y la reglamentación de la transferencia de recursos no aparecen en una misma ley por casualidad: la existencia del Consejo de Salud en los municipios es una de las condiciones para la recepción de financiamiento para la salud por parte del gobierno federal. Según la ley 8.142/90 el Consejo de Salud es un “órgano colegiado compuesto por representantes del gobierno, prestadores de servicios, profesionales de la salud y usuarios” (Brasil, 1990a y 1990b).

Las NOB de 1993 y de 1996 crean los dispositivos institucionales para poner en práctica la descentralización propuesta a partir de la reglamentación de la distribución de recursos y competencias. La NOB de 1996 es particularmente importante por la creación de las comisiones intergestoriales (Comisiones Intergestores Tripartita y la Comisión Intergestores Bipartita) que pretenden garantizar el proceso de articulación entre los gestores de las tres esferas de gobierno (Brasil, 1993; 1997). Junto a la NOAS 2001/2002, que tiene su foco principal en el proceso de regionalización y universalización de los servicios de salud, las Normas constituyen el *modus operandi* del SUS. Esa amplia reglamentación permite el control social por dos vías y del control democrático tradicional con instituciones creadas, verticalmente, para tal fin; y la legitimación del control social ejercido en las comunidades (Brasil, 2002).

El contenido pleno de esta práctica de cuidados de salud tiene que ver, en consecuencia, no sólo con un modelo de gestión descentralizada y participativa —que en el sistema de salud se estructura para la definición de las agendas a partir de los Consejos y de las Conferencias— sino también con una intensa relación entre el equipo de salud de la municipalidad con las redes y la comunidad donde habitan, viven y construyen su vida cotidiana. La salud ya no es sólo objeto de atención hacia el individuo y su cuerpo por parte del cuidador: es el cuidado del cuerpo, del estado de sanidad, incorporando la promoción de la salud, la participación de la comunidad y sus asociaciones y también incluyendo a las familias, a los vecinos. Se trata, por lo tanto, de una concepción donde la construcción y el rescate de estas redes comunitarias y primarias son el contenido principal.

El PSF es parte de este amplio movimiento por la descentralización y reterritorialización de las prácticas de las políticas de salud. Hay un componente fundamental en el modelo, cuya inspiración es el programa de la Organización Mundial de la Salud para la atención socio-sanitaria primaria divulgado en la década de los años setenta. En efecto, este modelo juzga:

necesario por lo tanto que para evitar los conflictos de los costes crecientes del modelo técnico-burocrático-industrial, como para evitar los efectos iatrogénicos ligados a él, e incluso para devolver a la medicina su dimensión de oficio y el sentido de los mundos vitales. Este programa se detalla más tarde en una serie de documentos y direcciones de reorganización de los sistemas sanitarios con vistas a la “salud para todos en el año 2000”. (...) En la base de este modelo está la idea de que la salud es un hecho global, de carácter procesal y relacional, que implica todos los aspectos de la existencia humana de forma interrelacionada. La salud es mucho más una cuestión de “calidad de vida” que de posibilidad de disponer de servicios médicos cada vez más generalizados y especializados, incluso aunque éstos tengan su papel específico. El sistema sanitario debería, por

lo tanto, apuntar no sobre la simple extensión de los grandes sistemas de seguridad social y sobre las macro estructuras de tipo hospitalario, sino ante todo sobre el autocontrol de las comunidades, previendo el recurso a las estructuras especializadas sólo de forma subordinada y allí donde sea efectivamente necesario y apropiado. Es consecuente con esto la idea de desarrollar los servicios a nivel territorial de distrito, no como apéndice del sistema médico, sino como nivel de primera importancia para la resolución de gran parte de los problemas de salud en la vida cotidiana. (Donati, 1994:206)

Los principios básicos de este modelo —que después se adopta en diversos países— siguen hasta hoy como estructuradores de las políticas de atención básica en Brasil: *a*) el hecho de considerar la salud en una dimensión global, rebasando la estrecha visión de una práctica médica curativa para incorporar la dimensión socio ambiental; *b*) el componente comunitario-territorial es fundamental: se trata de aproximar a los usuarios y ejecutores de las prácticas sanitarias, incorporándolos a la responsabilización. La salud no es problema tan sólo de los médicos y profesionales del área de la salud, es un problema de todos: las prácticas comunitarias ancladas en sociabilidades primarias (familias, vecinos) y secundarias (asociaciones comunitarias y otras instituciones que actúan en la comunidad) se incorporan a la producción de la vida saludable.

El PSF se crea a partir del rescate de estas discusiones iniciadas por la OMS. En Brasil, una de las primeras experiencias de las que se tiene registro son las prácticas llevadas a cabo por municipalidades del estado de Ceará, que toman la iniciativa de gestar un programa de atención básica donde la acción de la comunidad se hace presente (Castro, Vilar y Fernandes, sin fecha). Los Agentes Comunitarios de Salud, donde principalmente actúan los educadores —promoviendo junto a la comunidad prácticas de vida saludables— son el principal vehículo para la consolidación de una práctica de atención básica anclada territorialmente. Este modelo fue incorporado después por el Ministerio de Salud, que reproduce la experiencia en diversas ciudades del país, a partir de la creación del PACS (Programa de Agentes Comunitarios de Salud).

En 1997, a partir del Decreto núm. 1886 (*Portaria no. 1886*), del Ministerio de Salud, se instituyeron las Directrices Operacionales del Programa de Salud de la Familia, que entre otros tenían el objetivo de reorganizar las actividades de trabajo en las Unidades de Salud de la Familia. Con base en la territorialización y en la planeación de acciones descentralizadas enfocadas en la comunidad, se pretendía garantizar la participación y el control social por parte de la comunidad atendida. El nuevo tipo de Unidad, diferente del “*Postão*”³

³ Expresión utilizada para designar Unidades de atención primaria, con énfasis en la medicina curativa.

en cuanto a sus objetivos, debía estar fuertemente anclado en la comunidad, con asistencia integrada y multiprofesional. De este modo la promoción y la prevención se convirtieron en palabras importantes en el programa. La articulación comunidad-Unidad de Salud se da a través de aquellos que representan al mismo tiempo a la comunidad y a los profesionales de la salud: los Agentes Comunitarios de Salud. Creemos que la cantidad y la calidad de la participación de esos profesionales en las comunidades es un componente importante en la consecución de los objetivos del PSF.

En un sentido más amplio la territorialización es parte de la estrategia de regionalización del SUS; su objetivo final es jerarquizar los servicios de lo más simple (Unidades Básicas de Salud) a los más complejos —los hospitales de segundo y tercer nivel—, con garantía de acceso universal. La territorialización ayudaría “en la identificación de prioridades de intervención y de conformación de sistemas funcionales de salud (...) de forma que se garantice el acceso de los ciudadanos a todas las acciones y servicios necesarios para la resolución de sus problemas de salud, optimizando los recursos disponibles” (Brasil, 2002).

Subyacente en la concepción de este modelo existe una concepción de territorio, a veces definido de manera imprecisa o incluso con una fuerte carga de contenido normativo. *Grosso modo*, la referencia al territorio siempre se hace con relación a un lugar donde se enraízan las sociabilidades primarias, las trayectorias biográficas de las personas en escenarios cotidianos que las vinculan de manera solidaria. Y se cree que casi siempre estos campos de solidaridad se desbordan a la esfera pública.

Los territorios también se constituyen en espacio de la política en su sentido más genuino, el lugar donde los negocios públicos suceden, el lugar donde se construyen las agendas. En el campo de la salud pública, la noción de territorio adquiere un significado preciso: se trata de la demarcación de un área física donde se busca racionalizar los procedimientos de control y de cuidados de la sanidad de una población. Es el recorte necesario para el control epidemiológico, para destinar recursos humanos y de infraestructura. Hay, en este sentido, una instrumentalización concreta de un principio hace mucho tiempo conocido por los geógrafos: el del control del espacio para el ejercicio del poder, donde la “articulación del espacio en áreas bien delimitadas parece ser correlativa al poder puro” (Claval, 1978:24).

El poder es el resultado de un complejo juego de intereses de actores sociales diversos, que se encuentran en una arena pública para la producción de una agenda política. De esta forma, deben considerarse en este análisis de las políticas de la salud a los actores gubernamentales (las articulaciones entre los diversos niveles de gobierno —federal, estatal y municipal—), a los

de la sociedad civil (los movimientos sociales, las organizaciones no gubernamentales (ONG), a los grupos de narcotraficantes, a los grupos religiosos) y a los de la sociedad política (los partidos, las redes clientelares). Las arenas políticas se estructuran en diversos campos institucionales.

Redes y gobernanza urbana

Las prácticas de gestión urbana con componente participativo deberán analizarse a partir de una perspectiva más amplia, incorporando a los actores sociales en contextos de sociabilidad donde se considere no sólo a dichos actores en cuanto estructuras formales del modelo de gestión, sino también cómo se dan efectivamente las interacciones entre los diversos campos de sociabilidad, y cómo estos procesos resultan en niveles diversos de efectividad de las políticas. Cuando hablamos de gobernabilidad y gobernanza en su sentido más clásico, nos referimos a la capacidad del sistema político para operar de forma consistente con los *inputs* legitimadores, de un lado a partir de procesos políticos de representación de la voluntad popular (vía instituciones políticas constituidas legítimamente por representantes electos periódicamente a partir de procesos electorales definidos previamente y divulgados⁴), y del otro a partir de la existencia de un aparato burocrático capaz de procesar las agendas políticas de forma eficiente.⁵ La gobernanza, entendida de esta forma, es un concepto útil, pero limitado.

En procesos de gobiernos con componente participativo, se deberá extender a la idea el abanico de los actores sociales presentes en la ejecución de las políticas, incorporando actores de la sociedad civil. Hablar, por lo tanto, de gobernanza en este caso significa hacer un análisis que incorpore las relaciones diversas entre la máquina burocrática administrativa del Estado y el campo de la sociedad civil. En este sentido, tampoco cabe un análisis organizacional tradicional, puesto que hay una dimensión flexible, móvil y de cierta forma imprevisible cuando pensamos en la dinámica de las prácticas políticas de la sociedad civil, y de cómo los actores localizados en la dinámica administrativa incorporan esta nueva cultura de gestión, resisten o simplemente son indiferentes. Cabe, en este sentido, pensar en un análisis de gestión pública a partir del concepto de redes sociales.

La noción de redes sociales puede ser entendida como procesos que posicionan a los actores sociales en prácticas de sociabilidad, formando círcu-

⁴ Hay una extensa bibliografía de la ciencia política sobre estos dos conceptos. Véase Bohman y Rehg (1999).

⁵ Araújo (2002) hace una interesante revisión de la bibliografía de estos dos conceptos.

los sociales y vinculándolos a instituciones. El diseño de esta red posicionará a estos actores en un ambiente social, lo que resultará en trayectorias biográficas particularizadas y que se derivan de sus posiciones en la estructura social y de las experiencias por ellos vividas. Lo que significa decir que, si de un lado podemos encontrar determinantes en la estructura social, del otro, diferentes determinantes de importancia igualmente significativa pueden encontrarse en las acciones de los individuos. En este sentido, como afirma Galaskiewicz (1994:xiii), “el análisis de redes une las perspectivas micro y macro porque permite al investigador enfocar su atención tanto en la acción individual como en el comportamiento inserto en un contexto estructural más amplio”. Las trayectorias de los individuos no se determinan de manera integral por su posición en la estructura social, como tampoco sólo por los resultados de sus decisiones. Su inserción en una estructura de redes, aunque de cierta forma condicionada por su posición en la estructura social, les garantiza un cierto grado de libertad en la decisión de estrategias de acción, haciendo posible desplazamientos en la estructura social. Al mismo tiempo, el formato de la red social en que están insertos, posibilitará de cierta forma su localización en posiciones diferenciadas en el acceso a recursos —aún considerando comparativamente individuos con posiciones semejantes en la estructura social—.

En este sentido, se vuelve importante destacar el telón de fondo frente al que suceden las acciones de los individuos (inclusión en redes con configuraciones o diseños diversos) lo que nos permite explicar, por ejemplo, la importancia de las posiciones de los actores en diversos contextos de sociabilidad, resultante de la compleja diversidad social encontrada en las sociedades contemporáneas. Estos complejos procesos sociales se estructuran en lo cotidiano, y hacen surgir elementos importantes de los perfiles de los actores y de sus posibilidades de inserción en repertorios diversos de acciones sociales.⁶

Admitimos que una comunidad es resultado de una red articulada de actores sociales que, como afirma Melucci (1996:116) producen solidaridad. Esas redes sociales son el instrumento más importante de reclutamiento para la participación en una asociación dentro de las comunidades (Popielarz y McPherson, 1995)⁷ y producen estructuraciones de sociabilidad particulares; son consecuencia de una combinación bastante rica de diversos factores sociales y desembocan en un ambiente de *socialización*⁸ único.

⁶ El concepto de mundo de vida resulta bastante esclarecedor en este contexto. Véase a Habermas (1996).

⁷ Discutimos en otro lugar (Fontes, 2000) la determinación de las prácticas asociativas a partir del diseño de las redes egocentradas de los participantes.

⁸ Según la expresión de Simmel (1993:165), *socialización* significa “la forma, realizada

La participación política a nivel microsocia ha sido bastante discutida desde la redemocratización en Brasil. La participación es la fuerza principal de las democracias modernas. El involucramiento cívico aporta vitalidad a los regímenes democráticos y los protege de las tentaciones autoritarias. Se pone en duda la vitalidad de las democracias occidentales sobre la base de que la participación de los individuos en las instituciones políticas no sería tan importante como antaño. La participación en las asociaciones voluntarias, en general, estaría decayendo. Investigadores como Putnam (1996) han argumentado que el compromiso cívico de los ciudadanos norteamericanos ha disminuido bastante. Y esto se refleja principalmente en la decadencia de las asociaciones voluntarias. La tesis de Putnam no encuentra unanimidad entre los investigadores norteamericanos,⁹ pero coloca en la agenda de discusión cuestiones sobre participación política, compromiso cívico y asociativismo.

Esbozamos un análisis centrado en los procesos sociales donde los individuos se apoyan en la construcción de las sociabilidades cotidianas. De esa manera lo que define la participación son, creemos, motivaciones individuales para participar, pero esas motivaciones no son resultantes exclusivas de los atributos de esos individuos (motivaciones psicológicas, o características socioeconómicas de los individuos), sino de la naturaleza de las relaciones que establecen en la construcción de su vida diaria, dado que las redes sociales donde los individuos están sumergidos tienen un papel central en la determinación de su trayectoria de participación. Compartimos las tendencias interpretativas de la esfera pública, que atribuyen a las redes sociales informales el papel central en la estructuración de la sociedad civil, a partir del compromiso cívico en asociaciones voluntarias (Cohen y Arato, 1998).

La noción de la comunidad tiene un fuerte poder explicativo cuando estudiamos asociaciones voluntarias con fuerte estructuración territorial, teniendo en cuenta que la trayectoria de los pobres urbanos se encuentra bastante marcada por la pertenencia al hábitat, al lugar donde vive y porque se comparte lo cotidiano.

Esta expresión se define genéricamente como el lugar de pertenencia de un grupo. En las poblaciones de bajos ingresos, como afirma Touraine (1988), la pertenencia, que estructura la identidad, es dada por el sentimiento de compartir un destino común. El hábitat es el territorio, la residencia, los espacios

de incontables maneras diferentes, por la cual los individuos se agrupan en unidades que satisfacen sus intereses”.

⁹ Véase Fontes (2004a) para un examen reciente del asunto.

construidos. El manejo del hábitat, su reproducibilidad, se da a partir de la comunidad.

Los bienes simbólicos, lugares de pertenencia, de identificación y de protección social y afectiva son los fundamentos para otros bienes, como los necesarios para la provisión y reivindicación de bienes públicos próximos al Estado. Esos bienes circulan dentro de la red social de la comunidad. Para nuestro caso, cuando hablamos de gobernanza, hay una asociación bastante estrecha con el proceso de formación del territorio (construcción de una identidad fuertemente relacionada con el hábitat, que, para el caso de las clases populares, también significa una identidad anclada en la resistencia y en la lucha por la posesión de la tierra).¹⁰ El territorio se estructura a partir del sentimiento de pertenencia de sus miembros, y también a partir de una densidad asociativa, que organiza la distribución, de un lado, de los bienes simbólicos —clubes, asociaciones recreativas, iglesias, *terreiros de candomblé**— y del otro, de los bienes políticos (para este caso, las diversas asociaciones voluntarias orientadas hacia el campo de la política: club de madres, asociaciones de barrios, etcétera).

Más adelante desarrollaremos el análisis del fenómeno de gobernanza urbana a partir de un estudio de caso sobre el Programa de Salud de la Familia (PSF). Creemos que, al examinar las relaciones entre los actores sociales y los contextos de estructuración de sus prácticas, podremos contribuir de forma significativa al debate sobre la democracia participativa.

La dinámica de la gestión del Programa de Salud de la Familia: la importancia de la comunidad y del territorio en la atención básica de la salud

La ciudad de Recife, con cerca de 1 500 000 habitantes en 2006, es el centro de una región metropolitana que concentra aproximadamente 3 500 000 habitantes (véase Cuadro 1). La región presenta altos índices de pobreza y pésimos indicadores sociales. Recife, aunque concentra poblaciones con mayor nivel de ingreso, también es lugar de residencia de una extensa población pobre diseminada por la ciudad (casi 60% de la población de la ciudad

¹⁰ Buena parte de los asentamientos populares en Brasil fue construida a partir de una lucha política por la conquista y la propiedad de la tierra. La ocupación y resistencia a las acciones judiciales y hasta la violencia de milicias privadas es una de las principales fases de la consolidación de las comunidades de bajos ingresos.

* N. de la t. Son lugares donde se realizan celebraciones de cultos afrobrasileños como las macumbas, candomblés, etcétera.

Cuadro 1

Región metropolitana de Recife:
estimado de población para 2006 por ciudad

Abreu e Lima	96 560
Araçoiaba	17 475
Cabo de Santo Agostinho	169 229
Camaragibe	147 056
Igarassu	90 904
Ilha de Itamaracá	18 522
Ipojuca	67 963
Itapissuma	22 439
Jaboatão dos Guararapes	640 722
Moreno	55 516
Olinda	384 510
Paulista	294 030
Recife	1 501 008
São Lourenço da Mata	93 247
Total	3 599 181

Fuente: www.ibge.gov.br

habita en áreas ZEIS y “conglomerados subnormales”).¹¹ En efecto, conforme vemos en el Cuadro 2, el ingreso per capita del municipio (R\$392.46) es bajo si se compara con otras regiones metropolitanas del país, y el IDH también se presenta en la misma situación.

Recife es la capital del estado de Pernambuco, y en su microrregión¹² se concentra gran parte la población del estado. En Recife 55.07% del ingreso del Municipio lo obtiene el 10% de los más ricos, según datos de 2000.¹³ El

¹¹ ZEIS, Zonas Espaciales de Interés Social, son áreas de bajos ingresos cubiertas por la legislación municipal que las protegen contra la especulación inmobiliaria. Las ZEIS también son objeto de intervenciones urbanas (urbanización, acciones de inversión en infraestructura). “Conglomerado subnormal” es el “conjunto constituido por un mínimo de 51 domicilios, ocupando o habiendo ocupado, hasta un periodo reciente, terreno de propiedad ajena (pública o particular), dispuestos, en general, de forma desordenada y densa, y carentes, en su mayoría, de servicios públicos esenciales” (www.ibge.gov.br).

¹² La microrregión de Recife corresponde a las ciudades: Abreu y Lima, Araçoiaba, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Igarassu, Ilha de Itamaracá, Ipojuca, Itapissuma, Jabotão dos Guararapes, Olinda, Paulista, São Lourenço da Mata y Recife.

¹³ Fuente: RECIFE (2005).

crecimiento poblacional de la ciudad de Recife prácticamente es nulo, lo que refleja una saturación de la capacidad de ocupación del suelo urbano. Hay una tendencia creciente de periferización de las poblaciones de bajo ingreso, las cuales ocupan los espacios de otras ciudades de la región. El municipio de Recife, en 2006, ya tenía menos del 50% (42.36%) de la población de la región metropolitana.

Para efectos administrativos, la ciudad de Recife se divide en seis Regiones Político-Administrativas (RPA) que corresponden a los Distritos Sanitarios. Nuestro campo de análisis empírico es el Distrito Sanitario núm. 1, con población de 78 098 personas.¹⁴ Esa población, la cual habita en una superficie de 1.72 km², se distribuye a lo largo de tres microrregiones. En esta región de la ciudad se encuentran algunas áreas donde las condiciones de vida son las más desfavorables y presentan los peores indicadores sociales. Es en este distrito donde reside el mayor número de personas en conglomerados subnormales, y también donde se observa la expectativa de vida más baja al nacer de Recife: 65.22 años. También se observa en esta área un crecimiento relativamente alto de desarrollos inmobiliarios, con ocupación de antiguas áreas de bajos ingresos con hospitales, clínicas médicas y centros de diagnóstico y análisis de salud, resultantes de la expansión del Polo Médico, parte de él localizado en esta región. Esto resulta en la expulsión de parte de los antiguos residentes y la consecuente tendencia negativa de crecimiento demográfico en las áreas habitacionales de bajos ingresos.

La dinámica local: el PSF, la comunidad y el territorio

Dividida en tres microrregiones, la RPA¹⁵ 1 no es homogénea. Según constatamos en el Cuadro 2, la microrregión 1.3 presenta el más bajo IDH de la ciudad, y también es la de más bajo ingreso per capita. Esta área, predominantemente ocupada por habitaciones construidas con materiales inadecuados (muchas de ellas todavía se extienden sobre el río como palafitos), casi en su totalidad se encuentra desprovista de las condiciones mínimas de habitabilidad y de infraestructura urbana, pues calles, avenidas, drenaje sanitario, agua entubada, recolección de basura, entre otras facilidades de la vida moderna, no están disponibles para un número importante de casas. También es una región donde hay una presencia marcada del crimen organizado, con redes de

¹⁴ Según datos del PNUD (RECIFE, 2005).

¹⁵ RPA, Región Político-Administrativa, tiene la misma área de circunscripción que los Distritos Sanitarios.

Cuadro 2

Ciudad de Recife. IDH, Personas en Domicilios Particulares e ingreso per capita por microrregión político-administrativa. Año 2000

<i>Microrregión</i>	<i>Índice de Desarrollo Humano Municipal, 2000</i>	<i>Personas en domicilios particulares excepto empleadas domésticas y pensionistas y con ingresos 2000</i>	<i>Ingreso per capita, 2000</i>
Microrregión 1.1	0.752	28 743	291.85
Microrregión 1.2	0.816	26 877	608.32
Microrregión 1.3	0.656	20 644	108.22
Microrregión 2.1	0.809	75 087	424.73
Microrregión 2.2	0.738	82 410	176.07
Microrregión 2.3	0.708	50 179	134.47
Microrregión 3.1	0.894	107 215	969.65
Microrregión 3.2	0.723	73 147	141.35
Microrregión 3.3	0.678	102 973	115.07
Microrregión 4.1	0.832	140 627	483.35
Microrregión 4.2	0.746	41 192	186.65
Microrregión 4.3	0.781	70 325	288.26
Microrregión 5.1	0.767	87 470	248.49
Microrregión 5.2	0.766	53 458	240.28
Microrregión 5.3	0.751	102 057	213.88
Microrregión 6.1	0.864	212 277	818.78
Microrregión 6.2	0.725	65 225	166.13
Microrregión 6.3	0.724	67 928	136.37
Total Recife	0.797	1 407 836	392.46

Fuente: RECIFE (2005).

tráfico de drogas e indicadores bastante altos de violencia. Ya las otras microrregiones, principalmente la 1.2, presentan mejores indicadores, inclusive con áreas de población de clase media.

El Distrito Sanitario 1 cuenta con nueve Unidades de Salud de la Familia (USF) y otras doce unidades de salud especializadas.¹⁶ Las Unidades de

¹⁶ Que se distribuyen entre policlínicas, centros odontológicos, Centro de Atención Psicosocial (CAPS), Centro de Salud especializado del Trabajador, Laboratorio Municipal de Salud

Cuadro 3

Ciudad de Recife. Distrito Sanitario 1 según mortalidad infantil hasta 5 años, poblaciones residentes en ZEIS, población en zonas no consideradas de Interés social y ACS entrevistados

<i>Distrito Sanitario 01</i>	<i>Mortalidad hasta cinco años de edad, 1991</i>	<i>Población que reside en áreas clasificadas como de Interés Social, (ZEIS) y Conglomerados Subnormales 2000</i>	<i>Población que reside en áreas no clasificadas como de Interés Social, 2000</i>	<i>Agentes Comunitarios de Salud (ACS) Entrevistados*</i>
Microrregión 1.1	77.28	18.324	11.741	34
Microrregión 1.2	64.22	8.120	20.332	04
Microrregión 1.3	85.83	19.581	0	39
RPA 1	70.28	46.025	32.073	77
Total Recife	62.77	815.720	607.185	

* No fueron entrevistados todos los agentes. Algunos estaban de vacaciones, otros estaban en capacitación. También el número de ellos aumentó desde entonces (la investigación con los agentes fue realizada en diciembre de 2003).

Fuente: RECIFE (2005).

Salud de la Familia, diseminadas a través de las tres microrregiones, cuentan con varias brigadas distribuidas en las doce Unidades de Salud. Las brigadas en general cuentan con médico, enfermero y técnico en enfermería. Es rara la presencia de dentistas.¹⁷

Los datos fueron reunidos a partir de información recogida en cuestionarios y entrevistas aplicadas a los agentes de salud, médicos, enfermeros y líderes comunitarios. Entrevistamos 77 agentes comunitarios de salud (ACS), 18 médicos y enfermeros y 15 líderes comunitarios.¹⁸ Para cada unidad de salud de la familia (USF) se entrevistó a un médico y a una enfermera y la casi totalidad de los ACS (Cuadro 3). Los datos del cuestionario que nos intere-

Pública, Centro de Exámenes y Asesoría en ETS/SIDA (CTA-Centro de Testagem e Aconselhamento), entre otros.

¹⁷ En 2003 hay el registro de 4 en el Distrito Sanitario 1.

¹⁸ Los líderes comunitarios fueron escogidos a partir de la posición de sus asociaciones en la red. Así, escogimos a los líderes de asociaciones más centrales.

sa para este análisis son aquellos relativos a la organización de las redes comunitarias del Distrito.¹⁹ A partir de una matriz de red sociocentrada, reconstruimos las redes asociativas de los ACS, relacionándolas con acciones del PSF en la comunidad. Las entrevistas tienen como objetivo obtener información a partir del discurso de los actores sobre temáticas como concepción del modelo, prácticas recurrentes de atención a la salud, relaciones entre los profesionales del área médica y representaciones sobre comunidad y su importancia para la atención de la salud. Esta información será útil en cuanto permitan, junto con la definición de las redes delineada a partir de los cuestionarios, que recuperemos el desafío de la construcción de la gobernanza en salud.

El análisis de la inserción de los ACS en el entramado asociativo local es un importante instrumento metodológico en la medida en que admitamos que los diversos diseños, o configuraciones, de las redes tienen influencia en el grado de eficiencia de las políticas públicas. Lo que se analiza es, por un lado, la posición de los individuos en las redes asociativas locales, la capacidad de articulación de los actores y su inserción comunitaria; por el otro, lo que es más importante para nuestros propósitos, se analiza la capacidad de inserción del PSF en la red de sociabilidad del territorio en que actúa.

Un número relativamente pequeño (32.5%) del total de los entrevistados afirma participar en alguna asociación voluntaria.²⁰ Los que participan demuestran tener un nivel relativamente alto de participación, con 28%, como miembros de la dirección y 12% que participa en alguna comisión. Solamente 12% de las personas que informaron conocer asociaciones, participan en ellas sin mayor compromiso.²¹

Examinando los campos institucionales de reclutamiento, los *relés*,²² verificamos que las actividades profesionales y el trabajo concentran a la mayor parte de las personas a partir de las cuales el entrevistado llegó a conocer las asociaciones. Las amistades, mientras tanto, se encuentran más presentes en la activación de estas redes. Esto es, la presencia de los lazos fuertes —aún localizados en campos institucionales más predominantemente característicos de lazos débiles, como es el caso de los campos profesionales (activida-

¹⁹ Los cuestionarios son estructurados en diversas partes (datos socioeconómicos de los entrevistados, opinión de los entrevistados sobre el PSF, información sobre las acciones en el combate a la tuberculosis y al VIH/SIDA) que se trabajaron en otras ocasiones.

²⁰ Aunque 50.6% de ellos afirma que ya participó en asociaciones voluntarias. Esto indica una tasa importante de personas que por algún motivo se desligaron de la vida asociativa.

²¹ 40% afirman participar en reuniones, 4% como usuarias de servicios ofrecidos por las Asociaciones y 8% por otra razón.

²² *Relés* son redes que activan redes. Véase Fontes (2006).

Cuadro 4

Redes Asociativas. A partir de quien el entrevistado conoció la Asociación

<i>Con quien conoció</i>	<i>Índice de centralización</i>
Amigo	8.431%
Trabajo	4.778%
Actividades profesionales	4.709%
Familia	2.458%
Anuncio	2.450%
Iglesia	2.510%

Fuente: Levantamiento directo (2003).

des profesionales y locales de trabajo)²³— es el patrón dominante. Muy probablemente estos amigos a que se refieren los entrevistados se localizan en círculos sociales diversos (vecinos, clubes, Iglesias), inclusive el del trabajo.

Aunque la mayoría de los entrevistados declare que no participa en asociaciones voluntarias, una parte significativa de ellos, casi 86%, considera importante la articulación del PSF con Asociaciones u ONG. Mientras tanto, aun reconociendo la importancia del trabajo conjunto entre organizaciones de la sociedad civil y los ejecutores del PSF, la realidad apunta hacia una pequeña participación de las organizaciones en las prácticas de la salud: tan sólo 20.8% de los entrevistados declaran recibir colaboración de las asociaciones del barrio o de las ONG actuantes en el área. La falta de comunicación entre los gestores y aquellos que podrían hacer la articulación con la población local es señalada como la principal causa que dificulta la relación entre el PSF, las ONG y las asociaciones de la comunidad.²⁴

Entre las 77 asociaciones citadas, encontramos ONG, grupos religiosos, asociaciones de residentes o vecinos, grupos de madres, grupos recreativos. A

²³ Hay aquí una distinción bastante sutil entre las dos categorías: actividades profesionales se refiere a los contactos establecidos por el entrevistado a partir de su trabajo; es natural que estas relaciones se restrinjan casi exclusivamente a cuestiones relacionadas con la actividad profesional y los lazos sociales establecidos sean endebles. La categoría “trabajo” se refiere a las relaciones de amistad —lazos fuertes— del entrevistado con personas con las que trabaja.

²⁴ Aunque la violencia local se mencione en las entrevistas con los ACS como un obstáculo de la participación de la sociedad civil en las acciones del PSF, es necesario subrayar que la propia existencia de asociaciones y principalmente de las ONG en las comunidades es muchas veces impedida por el creciente riesgo que representa trabajar en esas localidades.

la diversidad de los grupos también se suma el hecho de que no se registra una distribución uniforme entre ellos, ni en lo que se refiere al tipo como tampoco en lo que toca a la localización, como nos muestra el Sociograma 1.

Este sociograma permite observar con más detalle las relaciones entre los ACS y las organizaciones por ellos citadas. La red que observamos nos muestra la relación entre los ACS y las organizaciones conocidas: de los 34 ACS de la microrregión 1.1, tan sólo 23 conocen algún grupo asociativo; en la microrregión 1.3, de sus 39 ACS, 25 citaron alguna organización; en la microrregión 1.2, de los 4 ACS, hay una relación de uno con dos ONG que tienen sede en la microrregión donde éste actúa, y otro ACS que tiene relación con un grupo religioso. Lo que nos permite concluir que el ancla territorial de la red asociativa de esta microrregión es inexistente. Hay algunas características presentes en esta microrregión que explican el hecho: *a)* es una microrregión con menor presencia de poblaciones de bajo ingreso; *b)* no existe una Unidad de Salud en la Microrregión, los ACS que actúan en el área son remanentes de los PACS²⁵ y se ubican en una policlínica.

El sociograma también nos permite observar que los ACS y las Organizaciones citadas se estructuran en tres grandes *clusters* y algunos lazos (*ties*) aislados, con pocos participantes. Los *clusters* obedecen a una lógica que tiene dos componentes básicos: *a)* la centralidad de las asociaciones que, como vimos están bastante diferenciadas; y *b)* su localización. Cuando examinamos la base territorial de los ACS, hay una vinculación estrecha entre los ACS y las asociaciones de barrio, que inclusive en algunos casos anteceden a la propia trayectoria profesional de estas personas.²⁶ Las entidades religiosas y las ONG, con todo, muchas veces no presentan este anclaje territorial. En efecto, es común verificar que los ACS de varias comunidades tienen relaciones en común con estas organizaciones. Hay también un hecho interesante de señalar: un grupo religioso es el puente entre los dos mayores *clusters* de nuestro sociograma.²⁷ Esta organización relaciona la red que tiene un anclaje en la

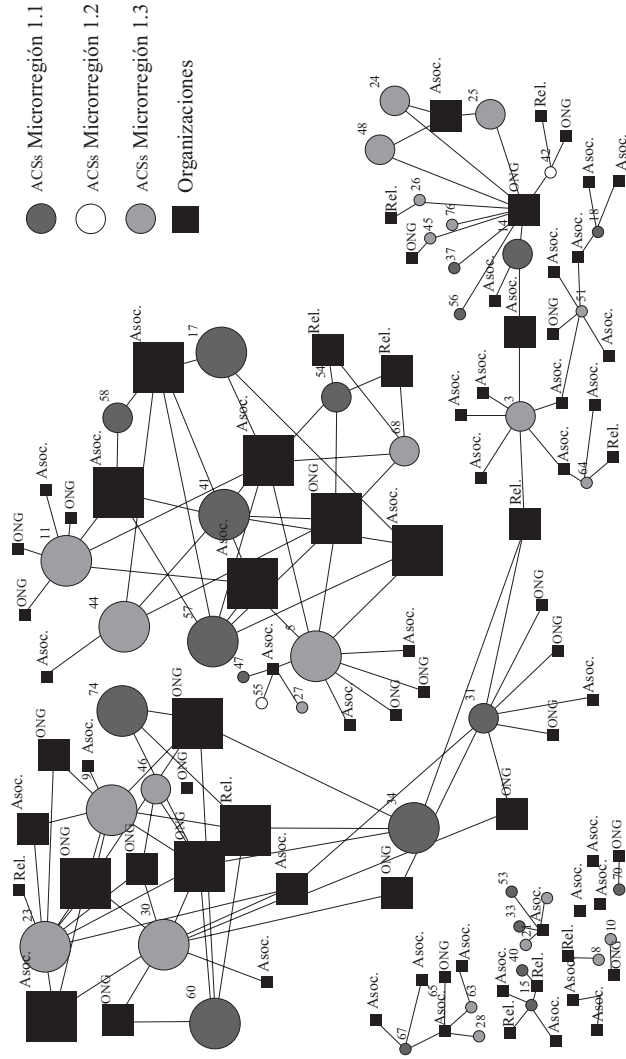
²⁵ En el modelo de asistencia básica anterior al PSF, el Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS), previo a la existencia de los ACS, los agentes estaban vinculados a una policlínica. No había en este programa la directriz que orienta la forma particular de gestión del PSF: anclaje territorial, multidisciplinariedad y participación de los tejidos asociativos y de las redes primarias de la comunidad en la gestión de los servicios. Los PACS, al contrario de los ACS, no necesariamente residen en las comunidades donde actúan; este es el caso de la microrregión 1.2, donde uno de los agentes vive en otro barrio y los otros residen desde hace poco en la ciudad.

²⁶ Es muy común el hecho de que los ACS tienen conocimiento y participación en estas asociaciones comunitarias mucho antes de su inserción profesional en la Unidad de Salud.

²⁷ En el caso, es un grupo espiritista, que también tiene fuerte influencia sobre una ONG, central en la vida asociativa de Coque, barrio de bajos ingresos de la microrregión 1.3.

Sociograma 1

Redes de los ACS por vinculación a asociaciones y microrregión del Distrito 1 donde actúan las asociaciones



Fuente: Levantamiento Directo (2003).

microrregión 1.3,²⁸ que incluye dos comunidades Coque y Coleos. Son comunidades de bajo ingreso, aunque bastante diversas: la comunidad de los Coleos presenta una densidad asociativa mayor; la comunidad de Coque, con menor cantidad de asociaciones presentes en las redes de los ACS, tiene un anclaje más intenso en ONG y grupos religiosos. Hay un hecho que puede en parte explicar esta menor densidad asociativa en el Coque, que es la presencia importante de grupos de tráfico de drogas, lo que impone una lógica propia a los procesos de sociabilidad del barrio. El caso de Coque es ejemplar. Hay una constante desarticulación de una importante red asociativa, formada en la década de los años ochenta, resultante del dominio de bandas de traficantes, como se aprecia a continuación:

Para que se tenga una idea de la importancia que la lucha por la vivienda representó para los residentes, basta recordar que durante el periodo más intenso de las movilizaciones, o sea, durante la década de los años ochenta, llegaron a ser creadas 51 organizaciones sociales en la comunidad, entre clubs, grupos recreativos y asociaciones de lo más diversas. Un número significativo aun cuando se compara con otros barrios populares de Recife. [Recientemente] (...) el aumento del número de las bandas juveniles en la región contribuyó a la disminución de las actividades asociativas de la comunidad. Las reuniones colectivas se volvieron cada vez más raras. Algunos servicios que funcionaban, sobre todo en la noche, dejaron de ser proporcionados inclusive llegando al cierre total de varias organizaciones. (...) En 2001, el *Grupão* (Grupo Comunitario del Coque) obtuvo el apoyo de UNICEF y de las ONG Umbu Ganzá y Diaconia para desarrollar actividades sociales y educativas con los niños y los jóvenes del área. UNICEF liberó recursos para la construcción de una guardería y las ONG comenzaron a trabajar con cerca de 300 adolescentes.

—¿Usted recuerda lo que sucedió con el proyecto?

—Fue todo construido y después cerrado. La guardería fue transferida a la Prefectura, donde hoy funciona la Escola Novo Mangue.

—¿Por qué?

—Porque quedaba en un área que los “chicos” controlaban. Ellos asaltaban en aquella región y no querían ningún proyecto por allá. Enfrentamos, inclusive a algunos líderes comunitarios y las cosas quedaron como ellos querían (LMS, 39 años, líder comunitario).²⁹

El otro gran *cluster*, localizado en la parte central del sociograma tiene presencia importante de asociaciones que se localizan en la microrregión 1.1.

²⁸ En el sociograma, los *clusters* en el lado derecho y el que se localiza en la parte superior izquierda de la ilustración.

²⁹ Extracto tomado de la tesis de Freitas (2005).

Cuadro 5*Cliques de las asociaciones citadas por los ACS*

<i>Cliques</i>	<i>Frecuencia</i>
Mínimo 03	64
Mínimo 05	42
Mínimo 07	24

Fuente: Levantamiento directo (2003).

Debemos también considerar lazos establecidos entre ACS y asociaciones aisladamente —como es el caso de los que se encuentran en la parte inferior izquierda del sociograma— que no presentan densidad significativa.

Hay además una cuestión a considerar, para un mejor esclarecimiento de la formación de esta red. El sociograma muestra que las relaciones entre los ACS y las asociaciones no son uniformes. La posición de los ACS en la red puede medirse a partir de tres índices: centralidad,³⁰ *outdegree*³¹ y *cliques*,³² que, para nuestro caso, indican una distribución y posición de los actores bastante desigual. Estos índices, 5.26% en promedio de centralidad³³ y 1.34³⁴ en promedio de *outdegree*, muestran una desigualdad y asimetría considerables en la distribución de los actores en la red.

Esta asimetría es más visible cuando examinamos las *cliques*, como nos muestra el Cuadro 5, donde encontramos una relación inversa entre el tamaño de la *clique* y el número de actores que participan en ella. Esto indica que

³⁰ El índice de centralidad es calculado de esa forma: “para una red binaria dada con vértices $v1..vn$ y grado máximo de centralidad c_{max} , el grado de centralidad de la red es S ($c_{max} - c(vi)$) dividido por el valor máximo posible, donde $c(vi)$ es el grado de centralidad del vértice vi ” (Borgatti, Everett y Freeman, 2002).

³¹ *Outdegree* se refiere al número de conexiones establecidas por el ego (en nuestro caso, los ACS) (Wasserman y Faust, 1994:126).

³² *Cliques* se definen como “un subgrafo completo compuesto de tres o más nodulos. Consiste en un subconjunto de nodulos, todos adyacentes entre sí (...). Podemos considerar una *clique* como conjunto de actores que ‘decidieron’ estar juntos (...)” (Wasserman y Faust, 1994:254).

³³ Este índice, que es el promedio, no es alto. Mientras tanto, cuando consideramos el coeficiente de variación (desvío patrón dividido por el promedio multiplicado por cien), encontramos un alto índice, lo que indica una heterogeneidad de posiciones en la red bastante significativa.

³⁴ Para un máximo de 6.5 entidades citadas.

hay un número bastante reducido de actores que ocupan posiciones centrales en la red.

Nuestra red, por lo tanto, puede caracterizarse como una estructura asimétrica, con alto grado de centralidad y organizada en *cliques* compuestas de algunos ACS y asociaciones que ocupan posiciones centrales. Este hecho, *per se*, significa que los recursos asignados por esta red pueden no ser distribuidos adecuadamente. Y que, en consecuencia, las prácticas de asociación que posiblemente existan entre el equipo de salud y la malla asociativa de las comunidades sean bastante desiguales.

Construcción de prácticas de atención a la salud

El diseño de las redes no explica totalmente si existe la adecuación del modelo de gestión a la realidad local. Simplemente nos informa de la existencia de una malla asociativa —que es una condición para el ejercicio de la gestión con componente participativo— y cómo se estructura esta red. Las redes se estructuran de manera diferente según los territorios y por varias razones; hay con frecuencia casos donde la cultura política y las prácticas asociativas de los miembros de la red son obstáculos a la participación. Hay, por lo tanto, un número relativamente importante de variables que están presentes y que ciertamente se constituyen en ingredientes importantes para la explicación de la lógica de formación del capital social en las comunidades, esencial para una gestión participativa.

Introduciremos algunos otros elementos que nos permitirán evaluar con más precisión la realidad local y la forma por la cual el modelo de gestión del PSF se adecua a esta realidad. Estos elementos pueden significar un grado relativamente importante entre un completo fracaso —y la consecuente reincidencia de prácticas de cuidados fuertemente orientadas hacia las acciones curativas, médico-centradas y con componente participativo inexistente— o una cercanía al diseño del modelo del PSF antes descrito.

En primer lugar es importante señalar el hecho de que hay una relación entre el PSF y las asociaciones del barrio. Como vimos antes, aunque pequeña, una parte de los ACS, declaró tener algún conocimiento de asociaciones voluntarias de barrio y aun declararon haber tenido algún tipo de trabajo en conjunto con estos grupos organizados. Pero esta práctica no se distribuyó de manera uniforme ni por parte de los grupos ni por parte de los territorios donde están localizados. En efecto, como nos muestra el Cuadro 6, de las tres prácticas de promoción de la salud realizadas con colaboración de grupos organizados, los ACS indican que aquellas vinculadas a campañas de sa-

Cuadro 6

Prácticas de promoción de salud realizadas con asociaciones voluntarias

<i>Actividad desarrollada</i>	<i>Índice de centralidad</i>	<i>Outdegree</i>
Campañas de Salud en general	14.941%	0.792
Campañas de prevención a DSTs	6.354%	0.234
Campañas de Vacunación	3.740%	0.195

Fuente: Levantamiento directo (2003).

lud en general³⁵ son emprendidas por asociaciones más centrales en la red, vinculadas con los ACS que tienen un mayor índice de *outdegree*. El tipo de participación, como veremos más adelante, es ocasional y no involucra más firmemente a las organizaciones del barrio en una acción que pueda caracterizarse como socialización o con fuerte componente participativo.

De la misma manera, una vez evaluados, los grupos organizados más centrales son los señalados como los de mejor desempeño. No obstante, se registra un hecho curioso. Los grupos que tienen mayor centralidad no se señalan por su mayor número de ACS. El *outdegree* mayor, en efecto, es lo que distingue a las organizaciones que realizan un buen trabajo. Lo que significa que los ACS que tienen una red más densa también evalúan positivamente las sociedades establecidas entre sus redes asociativas y el PSF.

Hasta ahora hemos trabajado los datos de las redes asociativas, las cuales fueron construidas a partir de la referencia del Agente Comunitario de Salud. Estas redes son el soporte fundamental de la práctica del PSF en la medida en que permiten la articulación de las acciones del programa con las organizaciones de la comunidad. Esto es, son el requisito para la implantación de acciones de promoción de salud que incluyan el componente participativo, instrumentalizado a partir de asociaciones de voluntarios de diversos tipos. No significa, empero, que estas asociaciones participantes de la red de los ACS estén comprometidas en acciones de promoción a la salud en colaboración con el PSF.

Las asociaciones citadas por los ACS son de diversos tipos: religiosas, ONG, grupos de residentes, grupos de madres. Y tienen como misión una gama también bastante diversa de actividades. La relación con el poder público se

³⁵ Campañas para el tratamiento y prevención de diabetes arterial, entre otras, que frecuentemente son tratadas en las Unidades de Salud.

Cuadro 7

Evaluación de los trabajos realizados con asociaciones voluntarias según índices de centralidad y de *outdegree*

<i>Evaluación de los trabajos</i>	<i>Centralidad</i>	<i>Outdegree</i>
Excelente	10.284%	0.376
Bueno	6.908%	0.818
Regular	5.142%	0.143
Malo	3.895%	0.078
Pésimo	3.913%	0.065

Fuente: Levantamiento directo (2003).

da en diversas áreas y también en campos bastante específicos: existen los foros de las RPS (Regiones Político-Administrativas), instrumentos para la ejecución del Programa de Participación popular; existe también presencia en foros de participación más específicos como es el caso del de la ZEIS (foro de las Zonas Espaciales de Interés Social), de la Educación, de la Niñez y Adolescencia. Hay también el específico de la salud, cuyo foro mayor y más importante es la Conferencia Municipal de Salud, con la participación de delegados comunitarios de todos los distritos sanitarios de la ciudad. Hay que agregar el hecho de que también se tiene el muy importante registro de prácticas asociativas de cuño clientelar.³⁶

El Programa de Salud de la Familia, en sus directrices operacionales, determina que también le toca al agente público ejecutor del programa (el municipio) estimular la participación y ejercer el control social.³⁷ Debe, por lo tanto, estar presente en las acciones de los operadores del sistema toda una serie de prácticas que objetivan la participación de la comunidad, a partir de sus asociaciones; y también la organización de las personas para la promoción de la salud (grupos de hipertensos, diabéticos, portadores de VIH). Para una comprensión más exacta de la aplicación de este programa debe considerarse, además de los grupos organizados que efectivamente participan en sociedad con el municipio en la promoción de la salud, a toda una serie de

³⁶ Registramos en otro lugar (Fontes, 2004b; Dornelas, 2007) el hecho de que el reclutamiento de los ACS en este distrito fue también a partir de la designación por parte de líderes comunitarios, en un proceso no transparente de negociación entre los liderazgos y los políticos. Esto es más característico para los ACS más antiguos.

³⁷ Brasil, Ministerio de la Salud, decreto no. 1886, de 18 de diciembre de 1997.

actores que, siendo presencias importantes en la comunidad, tienen una influencia decisiva sobre las acciones de salud. Se trata, por ejemplo, de políticos que tienen una clientela, y quienes designan a los Agentes Comunitarios de Salud, controlan determinadas asociaciones de residentes o grupos organizados que actúan en el área de la promoción de salud con prácticas alternativas (farmacia popular, fitoterapia, entre otras) y que compiten con el sistema público de salud, o grupos religiosos que, a partir de prácticas de magia (*rezadeiras*,* *pais de santo*†) promueven acciones de salud. La riqueza de la organización popular determina una variedad inmensa en los programas de salud por todo el territorio brasileño, que, aunque tengan un formato institucional idéntico, se especializan según las particularidades de lo local.³⁸

El día a día del PSF, como vemos, presenta una peculiaridad conforme a la densidad asociativa de los barrios y también con las características de las redes. Verificamos que en el Distrito Sanitario donde realizamos nuestra investigación, las diversas comunidades no son homogéneas en lo que respecta a las redes asociativas y sus prácticas de salud. Y tampoco lo son relativamente a la participación con el PSF. Sin pretender agotar el asunto, enumeramos abajo algunas prácticas asociativas relacionadas con la salud que encontramos en el área investigada.³⁹

A) Una primera cuestión importante a observar es que se registran varios grupos organizados que tienen trabajos de salud en la comunidad incluso antes del surgimiento del PSF. De ahí surgen situaciones interesantes, en la medida en que estos trabajos en algunos casos no fueron incorporados en la rutina de las Unidades de Salud. Es el caso de una asociación en Santo Amaro que se queja de que las labores realizadas por los líderes y los voluntarios no fueron consideradas por la US, inclusive hasta fueron despreciados:

(...) ellos tuvieron dificultades. Porque esas mujeres [de la comunidad] ya realizaban el trabajo como voluntarias. Con la historia del PSF, ¿qué sucedió? Donde entró el PSF, las enfermeras y las médicas dijeron: ustedes no deben hablar

* N. de la t. Literalmente, rezos. Son oraciones de los curanderos.

† N. de la t. Literalmente, padres de santo. Son los curanderos u otras entidades espirituales.

³⁸ Consultar al respecto Campos Aguilera (2003).

³⁹ Por cuestiones de espacio no trabajaremos las prácticas de los profesionales (médicos y enfermeros y ACS) y sus relaciones con las asociaciones locales. Señalamos, en cambio, que muchas de las dificultades de implantación más completa del sistema se encuentran en actitudes relativamente inadecuadas a la filosofía del PSF (atención primaria y de promoción a la salud, componente participativo) de los profesionales de salud. Esto es, trabajan en un modelo de atención a la salud que sigue protocolos de trabajo centrados en la práctica tradicional.

sobre la lactancia materna, quien viene a dar las conferencias somos nosotras. Las mujeres que trabajaban con la lactancia materna quedaron entonces en el papel de asistentes. En la Comunidad de Chié, por ejemplo, las mujeres estaban bastante empoderadas, pero hace algún tiempo ellas quedaron en un segundo plano, porque las enfermeras y médicos quedaron al frente. Las mujeres que hacían antes este trabajo ahora quedaron con la función casi reducida a la apertura de las asociaciones y en la preparación de los refrigerios.⁴⁰

En otros casos, las Unidades de Salud incorporaron una práctica de atención ya realizada con grupos organizados, muchas veces en asociación con voluntarios vinculados a universidades y hospitales filantrópicos. En estos casos, se verifica un entendimiento muy intenso entre el equipo de salud del PSF y la comunidad, aproximándose al modelo idealizado. El ejemplo de la comunidad dos Coelhos (comunidad de los Conejos) es emblemático:

La Comisión Central dos Coelhos es precursora en las prácticas de políticas de salud comunitaria, aun antes del PSF. Inclusive el edificio donde está localizado el Puesto de Salud es nuestro. Antes teníamos un puesto de salud funcionando con médicos del IMIP,⁴¹ y también estudiantes de medicina. (...) En las campañas que el equipo de salud de la familia desarrolla, estamos siempre juntos. Recientemente hubo la campaña de vacunación. Nos asociamos con el grupo de personas de la batucada* para trabajar en las campañas, panfletos, discusión y divulgación.⁴²

B) Otra situación bastante frecuente se relaciona con el hecho de que las asociaciones son estimuladas por las Unidades de Salud para participar. Hay, en estos casos, una relativa inactividad por parte de los grupos organizados, que son llamados a participar por los profesionales de las Unidades de Salud. En estos casos, es mucho más frecuente una participación esporádica (una campaña de vacunación, por ejemplo), que una práctica continua y sostenida. Tales prácticas se activan “cuando se quiere una mayor acción”,⁴³ son ocasionales y no resultan de movilización comunitaria o de una acción sustentada en las asociaciones. Estos casos son más frecuentes en asociaciones de cuño asistencialista o con prácticas clientelares, relacionadas con políticos locales y que son intermediarios frente a las agencias públicas de los

⁴⁰ Entrevista con Juliana, del Grupo Origen de Santo Amaro.

⁴¹ Instituto Materno Infantil, Institución Filantrópica de referencia.

* N. de la t. Son aquellas que organizan reuniones populares, por lo general en las calles, y tocan samba con instrumentos de percusión, con acompañamiento vocal o sin él.

⁴² Entrevista con Clóvis Mario, de la Comunidad Central dos Coelhos.

⁴³ Entrevista con Shirlene, enfermera de la Unidad de Salud dos Coelhos.

intereses de la comunidad, intermediación que rinde votos. En estos casos, no podemos afirmar que se haya traducido adecuadamente la concepción del modelo del PSF.

C) Hay también una última posibilidad: asociaciones que no participan de ninguna forma. Se trata de líderes comunitarios que no conocen el programa, o que no ven interés real en participar, equipos de las US (Unidades de Salud) que no incentivan la participación, o que encontraron resistencia. Hallamos un número relativamente significativo donde no existe interacción entre las US y las organizaciones comunitarias. Algunos ejemplos:

¿Qué es el PSF, cuáles son sus trabajos? Pedimos una conferencia, algo específico, pero no sabemos bien lo que es el sistema, no tenemos información, lo que dificulta la asociación. Nosotros ya anduvimos atrás de ellos, pedimos ayuda, y no logramos nada. Ellos tenían que venir aquí, tenemos espacio, tienen una clientela de muchos niños que necesitan atención. (...) En esta comunidad no tenemos ONG, no tenemos nada. Sólo una asociación que no funciona bien, que no se empeña mucho en los trabajos de colaboración con las personas. El grupo organizado de aquí, que es muy pequeño, ni sala tiene. Conseguimos una sala de la Iglesia y hacíamos las reuniones. Después tuvimos problemas con la persona de la Iglesia, las reuniones acabaron y nadie los buscó. Los ACS de aquí, aparentemente, no tienen ninguna participación comunitaria. No son miembros, ni líderes, ni delegados. Las prácticas son importantes. Si se organizaran en cursos, en prácticas, en actividades, podrían ocupar a personas ociosas, que andan por las calles. Podrían promover actividades de generación de ingresos. Para la promoción de la salud, podrían proporcionar los medios para la comunidad, vivir con más calidad de vida. Pero nuestra comunidad aquí es muy indolente. No participa. Exigen que se les de todo a ellos, pero no dan un paso para colaborar.⁴⁴

Conclusiones

Vimos que la idea de gobernanza debe ser adaptada al modelo de gestión participativa; introduciendo datos que permitan verificar la adecuación de diseños organizativos que incorporen la participación popular. Y que, por ende, mucho más allá de la explicación del volumen de gobernanza medida por la potencia ejecutiva del aparato público, deben considerarse variables como capital social, mecanismos institucionales de participación, cultura política.

⁴⁴ Entrevista con Suely, enfermera de la US de Santo Amaro.

En este artículo introducimos la noción de redes sociales como instrumento de análisis que nos permitiría desvelar algunos mecanismos esenciales de la gobernanza, y más específicamente que el diseño de las redes asociativas posibilitaría visualizar campos de sociabilidad donde sería facilitada la existencia de modelos de gobernanza con componente participativo. Por las características estructurales de las redes, los recursos —comunicación, principalmente— estarían más o menos centralizados, y consecuentemente el poder resultante de ello más o menos distribuido. Esta información sería útil para localizar posibles obstáculos estructurales a la práctica de gestión participativa.

Los diseños de redes, mientras tanto, no explican los modelos más o menos exitosos de gobernanza. Podríamos decir que una comunidad que tenga alta densidad de capital social —medida por el número de asociaciones allí actuantes— tendría los prerrequisitos para la inserción en un modelo organizacional con énfasis en la participación popular. Pero tan sólo reuniría en teoría las condiciones necesarias. Tendría que existir también una cultura política favorable a la participación y a la existencia de una red asociativa relativamente libre de los vicios del clientelismo.

Traducción del portugués de L. Fátima Andreu

Recibido: febrero, 2007

Revisado: julio, 2007

Correspondencia: Av. Conselheiro Rosa e Silva, 2075-401/52.050-020/Recife PE/Brasil/correo electrónico: brenofontes@gmail.com

Bibliografía

- Araújo, Vinícius de Carvalho (2002), *A conceituação de governabilidade e governança, da sua relação entre si e com o conjunto da reforma do Estado e do seu aparelho*, Brasília, ENAP, 27 f. (Texto para discusión, 45).
- Bohman, James y William Rehg (1999), *Deliberative Democracy: Essays on Reason and Politics*, Cambridge (Massachusetts), MIT.
- Borgatti, Stephen P., Martin G. Everett y Linton C. Freeman (2002), *Ucinet for Windows*, Harvard, Analytic Technology.
- Brasil (2005), *Constituição da República Federativa do Brasil (Constitución de la República Federativa del Brasil)*, texto consolidado hasta la Enmienda Constitucional núm. 48 de 10 de agosto de 2005, Brasília, Senado Federal.
- (2002), *NOAS-SUS 01/02*, Brasília, Ministério da Saúde.

- (1997), *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96*, Brasília, Ministério da Saúde.
- (1993), *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 93*, Brasília, Ministério da Saúde.
- (1990a), *Ley n.º. 8.080. Dispõe sobre Sistema Único de Saúde*, Brasília, Presidência da República.
- (1990b), *Ley n.º. 8.142. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências*, Brasília, Presidência da República.
- Campos Aguilera, Carlos Eduardo (2003), “O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família”, *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 8, núm. 2, pp. 569-584.
- Castro, Janete Lima, Rosana Lúcia Alves Vilar y Vicente de Paula Fernandes (sin fecha), *Precarização do trabalho do agente comunitário de saúde: um desafio para a gestão do SUS*, mimeo.
- Claval, Paul (1978), *Espaço e Poder*, Río de Janeiro, Zahar Editores.
- Cohn, Amelia (1996), “Saúde e Cidadania: análise de uma experiência de gestão local”, en C. Eibenschutz (ed.), *Políticas Públicas: o público e o privado*, Río de Janeiro, FIOCRUZ.
- Cohen, Jean L. y Andrew Arato (1998), *Civil Society and Political Theory*, Cambridge, (Massachusetts), The MIT Press.
- Donati, Pierpaolo (1994), *Manual de sociología de la salud*, trad. del italiano de Cristina García Cabañero, Madrid, Ediciones Díaz de Santos.
- Dornelas, Marcos Aurélio (2007), *Capital social, clientelismo e política: um estudo sobre as redes associativas no PSF*, Recife, PPGS/UFPE, disertación de maestría.
- Fleury, S. (1992), *Saúde Coletiva? Questionando a Onipotência do Social*, Río de Janeiro, Relume-Dumará.
- Fontes, Breno Augusto Souto Maior (2006), “Asociaciones voluntarias, capital social y círculos sociales: sobre cómo son construidas las redes asociativas”, en Daniela Thumala, *Colaboración, cultura y desarrollo*, Santiago, Ediciones Universidad de Chile.
- (2004a), “Capital Social e Terceiro Setor: sobre a estruturação das redes sociais em associações voluntárias”, en B. Fontes y Paulo Henrique Martins, *Redes Sociais e Saúde: novas possibilidades teóricas*, Recife, Ed. da UFPE.
- (2004b), “Sobre as trajetórias de sociabilidade: a idéia de redes de saúde”, en B. Fontes y Paulo Henrique Martins, *Redes Sociais e Saúde: novas possibilidades teóricas*, Recife, Ed. da UFPE.
- (2000), “Capital Social e Terceiro Setor: sobre a estruturação das redes sociais em Associações Voluntárias”, *Revista do CRH*, Salvador, vol. 30/31, pp. 239-264.
- Freitas, Alex Simão (2005), *Fundamentos para uma sociologia crítica da Formação Humana: um estudo sobre o papel das redes associacionistas*, Recife, PPGS/UFPE, tesis de doctorado.

- Galaskiewicz, Joseph (1994), *Advances in Social Network Analysis*, Londres, Sage Publications.
- Gallo, Edmundo, Geraldo Luchesi, Nilson Machado Filho y Patrícia Tavares Ribeiro (1988), "Reforma Sanitária: uma análise de viabilidade", *Caderno de Saúde Pública*, Río de Janeiro, vol. 4, núm. 4, pp. 414-419.
- Habermas, Jürgen (1996), *Between Facts and Norms: Contributions to a Discourse Theory of Law and Democracy*, Cambridge (Massachusetts), MIT Press.
- Krüger, Tânia Regina (2000), "O desconhecimento da reforma sanitária e da legislação do sus na prática do conselho de saúde", *Planejamento e Políticas Públicas*, vol. 10, núm. 2, pp. 264-268.
- Melucci, Alberto (1996), *Challenging Codes: Collective Action in the Information Age*, Nueva York, Cambridge University Press.
- Offe, Claus (1984), *Problemas Estruturais do Estado Capitalista*, Río de Janeiro, Tempo brasileiro.
- Popielarz, Pamela y J. Miller McPherson (1995), "On the Edge or In Between: Niche Position, Niche Overlap, and the Duration of Voluntary Associations Memberships", *American Journal of Sociology*, vol. 101, núm. 3, noviembre, pp. 698-720.
- Putnam, Robert (1996), *Comunidade e Democracia: a experiência da Itália moderna*, Río de Janeiro, Ed. FGV.
- RECIFE (2005), *Desenvolvimento Humano no Recife. Atlas Municipal*, Recife, Prefeitura da Cidade (software y base de datos con información cartográfica).
- Simmel, Georg (1993), *Sociabilidade: um exemplo da sociologia pura ou formal*, en Georg Simmel, *Sociologia*, organizador [de la antología] Evaristo de Moraes Filho, São Paulo, Ática.
- Touraine, Alain (1988), *La Parole et le sang: Politique et société en Amérique Latine*, París, Ed. Odile Jacob.
- Wasserman, Stanley y Katherine Faust (1994), *Social Network analysis: methods and applications*, Cambridge, Cambridge University Press.
- www.ibge.gov.br: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (sitio web).

