

Salud COLECTIVA

y Derecho a la Vida

Nº 1

Caracas, enero-junio 2019 / Depósito legal dc2019000607 / ISSN: en trámite / SEMESTRAL - AÑO 1

CENTRO DE ESTUDIOS SALUD COLECTIVA Y DERECHO A LA VIDA
CESACODEVI



UBV
REVISTAS
CIENTÍFICAS
Profesionales líderes del socialismo

CENTRO DE ESTUDIOS SALUD COLECTIVA Y DERECHO A LA VIDA

Salud Colectiva y Derecho a la Vida

REVISTAS CIENTÍFICAS

Revista semestral

No 01 | Año 1 | Caracas | enero-junio | 2019

CENTRO DE ESTUDIOS SALUD COLECTIVA Y DERECHO A LA VIDA
CESACODEVI

Salud Colectiva y Derecho a la Vida
REVISTAS CIENTÍFICAS

UBV



UBV

UNIVERSIDAD BOLIVARIANA DE VENEZUELA

CENTRO DE ESTUDIOS SALUD COLECTIVA Y DERECHO A LA VIDA

CESACODEVI

Salud Colectiva y Derecho a la Vida

REVISTAS CIENTÍFICAS

No 01 | Año 1 | Caracas | enero-junio | 2019
CARACAS, DISTRITO CAPITAL, VENEZUELA

COMITÉ EDITORIAL

Dra. Rosicar Mata
Dra. Yelitza John Rangel
Dra. Mary Ramos
Lic. Yenitza Negrín

La periodicidad es semestral.
Toda correspondencia debe ser enviada a:
Centro de Estudios Salud Colectiva y Derecho a la Vida
Piso 2, Oficina 2D
Universidad Bolivariana de Venezuela
cesacodevi@gmail.com
Teléfono: (212) 6063103

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

NICOLÁS MADURO MOROS

Presidente de la República Bolivariana de Venezuela

DELCY ELOÍNA RODRÍGUEZ

Vicepresidenta Ejecutiva

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA EDUCACIÓN
UNIVERSITARIA

HUGBEL ROA

Ministro

ANDRÉS ELOY RUIZ ADRIÁN

Viceministro para la Educación y Gestión Universitaria

YASNEDI LORENA GUARNIERI

Viceministra para el Vivir Bien Estudiantil y la Comunidad del Conocimiento

LOURDES JOSEFINA ACUÑA GONZÁLEZ

Viceministra para la Investigación y la Aplicación del Conocimiento

ANTHONI CAMILO TORRES MARTÍNEZ

Viceministro para el Desarrollo de las Tecnologías de la Información y la Comunicación

UBV

UNIVERSIDAD BOLIVARIANA DE VENEZUELA

CÉSAR TRÓMPIZ

Rector

KATIA BRICEÑO

Vicerrectora

ALIFRANK LAGUNA

Vicerrector Territorial

ORLANDO ALCÁNTARA

Secretario General

UBV

CONSEJO DE PUBLICACIONES

Dirección General de Promoción y Divulgación de Saberes
Editorial Universidad Bolivariana de Venezuela

Centro de Estudios Salud Colectiva y Derecho a la Vida

Salud Colectiva y Derecho a la Vida

Revista Científica

No 01 | Año 1 | Caracas | enero-junio | 2019

EDICIÓN Y CORRECCIÓN

Rosicar Mata

Yelitza John Rangel

DIRECCIÓN EDITORIAL

Ramón Medero

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Jair Pacheco

Edgar Sayago

FOTO PORTADA

Jair Pacheco

ISSN **EN TRÁMITE**

DEPÓSITO LEGAL; DC2019000607

EDITORIAL DE LA UNIVERSIDAD BOLIVARIANA DE VENEZUELA

Av. Leonardo Da Vinci con calle Edison, Los Chaguaramos

Edificio Universidad Bolivariana de Venezuela, anexo B, Sótano.

Tel. (0212) 606.36.16/36.14 / 30.37

editorialubv@ubv.edu.ve

www.ubv.edu.ve

RIF G-20003773-3

República Bolivariana de Venezuela

CONTENIDO

EDITORIAL

SALUD COLECTIVA Y DERECHO A LA VIDA: CONSTRUCCIÓN DE LA EXPERIENCIA UBV

Rosicar Mata **11**

ARTICULOS

ACERCA DE LA GUERRA NO CONVENCIONAL Y LA SALUD COLECTIVA

M. Yadira Córdova **13**

DEL COMPLEJO MÉDICO INDUSTRIAL AL SISTEMA DE SOCIO-PRODUCCIÓN EN SALUD: APORTES PARA EL DEBATE

Rosicar Mata **27**

PARA COMPRENDER LA GESTIÓN: UNA REFLEXIÓN PARA CONSTRUCCIÓN DE SENTIDO

Norma Núñez-Dentin **44**

GESTIÓN DE LOS PROYECTOS EN SALUD COLECTIVA

Mary Ramos **59**

MODELO PEDAGÓGICO PARA LA ATENCIÓN EDUCATIVA INTEGRAL A LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS EN LOS ESPACIOS EDUCATIVOS EN EL CONTEXTO HOSPITALARIO

Yelitza John Rangel **77**

PROYECTO III DE GESTIÓN DE REDES COMO EJE DE LA FORMACIÓN EN GESTIÓN DE SALUD PÚBLICA

Odilia Gómez **94**

NUESTRA AMÉRICA LATINA Y LA PRODUCCIÓN DE
CONOCIMIENTO. UNA REFLEXIÓN DESDE LA PERSPECTIVA
VENEZOLANA

Gabriela Arévalo **109**

SALUD EN CLAVE DECOLONIAL: UNA PERSPECTIVA
INTERCULTURAL

Juan Bacigalupo; Francisco Armada; Felix Rigoli **120**

LA SALUD Y LA ENFERMEDAD EN LA MEDICINA RACIONALISTA
Y LA MEDICINA SOCIAL

Isabel González **136**

SALUD COLECTIVA Y DERECHO A LA VIDA: CONSTRUCCIÓN DE LA EXPERIENCIA UBV

Es con agrado que desde el Centro de Estudios de Salud Colectiva y Derecho a la Vida (Cesacodevi) de la Universidad Bolivariana ponemos a disposición del lector este nuestro primer número de la revista homónima al Centro. Nos comprometemos, esta vez desde este espacio, a generar aportes a una nueva subjetividad en salud a partir de la cual se erijan solidas bases para los procesos de transformación y cambio a favor del derecho a la salud.

Desde su fundación en el año 2008 el Cesacodevi busca la construcción de una nueva cultura de la salud y en concordancia con su concepto y fundamentación teórico-metodológica, Cesacodevi se suma a construir conocimiento en Salud Colectiva a través de la generación de propuestas venezolanas que surjan de la praxis. Igualmente se propone construir modelos y representaciones apropiadas para desarrollar nuevos y superiores niveles de debate, que promuevan el pensamiento crítico en salud.

En el devenir de las reflexiones y acciones en los que se ha concretado la militancia en salud que se lleva desde el Centro de Estudios se ha hecho merecido reconocimiento de la síntesis teórica y operacional que desde hace ya casi seis décadas ha venido recorriendo la región latinoamericana de la mano de notables exponentes y actores en situación que entre otras cualidades han podido llegar al desarrollo de importantes reflexiones como consecuencia de experimentar en sus propios contextos la violencia impuesta por el modelo occidental. Nombrarlos resulta un ejercicio que nos expone a la situación de cometer injusticias por omisión con lo cual nos limitamos a hacer una reverencia y expresar el agradecimiento por abonar al campo de salud colectiva en el cual la República Bolivariana de Venezuela ha tenido, en lo académico, una incursión mas reciente.

De toda esta trayectoria de la consolidación del campo nos atrevemos a proponer formas de organizar las distintas dimensiones analíticas a partir de las clásicas como la epidemiología crítica, la planificación estratégica situacional y las ciencias sociales. Además de ello hacemos esfuerzos por incorporar los resultados de nuestra praxis bajo otros agrupamientos como los derechos humanos, la integración socioeducativa en salud colectiva y educación popular; salud, ambiente y ecosocialismo; economía política de la salud; subjetividad y espiritualidad en salud, decolonialidad en salud y en fin, muchas otras formas que circunstancialmente exhiben mayores énfasis dentro del prisma complejo que es la salud.

Con ello queremos brindar nuestra producción a esa síntesis de la expresión material y subjetiva en el espacio social que llamamos salud colectiva y que concebimos como integralidad y mirada transdisciplinaria que ofrece la convergencia de los saberes y conocimientos que en ella participan.

Es un campo pleno de posibilidades pero ante todo una invitación a la acción que se propone irreverentemente subvertir las condiciones en las que se producen los modos diferenciales de restar derecho a la vida.

Queremos dedicar este primer número de la revista Salud Colectiva y Derecho a la Vida a las Dras. Marta Rodríguez y Norma Núñez quienes además, de referente ético y ejemplos de vida, han promovido el desarrollo y la consolidación de la producción y divulgación del conocimiento en salud colectiva desde la experiencia venezolana y en favor de la construcción de la Patria.

Desde esta lucha nos proponemos con el ímpetu revolucionario celebrar el florecimiento del campo de salud colectiva a partir de nuestra experiencia venezolana y auguramos el fortalecimiento de nuestras luchas por un mundo más justo y equitativo.

Rosicar Mata

ACERCA DE LA GUERRA NO CONVENCIONAL Y LA SALUD COLECTIVA

M. Yadira Córdova¹

Venezuela, reúne varias condiciones para hacerla blanco de ataques políticos, sociales, culturales y/o militares por parte de los grupos de intereses de dominación imperial. Ocupa el quinto lugar entre los países exportadores, y el primero en el mundo entre los países que tienen reservas petroleras; desafió el poder del imperio al iniciar la construcción de una revolución en paz, reivindicando el derecho a construir las nuevas utopías concretas: la emancipación de los pueblos oprimidos a partir del reconocimiento de la soberanía popular.

Este desafío que representa la revolución bolivariana y chavista, ha significado estar sometidos a esa guerra permanente que sube y baja de intensidad pero no se termina. En pleno deslave de Vargas en 1999, ya tuvimos el primer intento de invasión; luego concretaron golpes económicos con la salida violenta de capitales del país, el paro patronal de 2001-2002, el golpe de estado de 2002, el paro petrolero 2002-2003, el referéndum revocatorio de 2004, agresiones fascistas desplegadas desde 2013, guerra económica frontal desde 2014, todo acompañado por la constante manipulación comunicacional y desinformación para el control de las conciencias y los espíritus (Córdova, 2015).

En la sobredeterminación de esta situación debemos insistir en que nos encontramos en medio de una guerra mundial desplegada por el imperialismo para la dominación total: geopolítica, económica, cultural, psicológica y espiritual, que aspira desaparecer todas las culturas distintas a la suya, expropiar todos los recursos estratégicos y apropiarse de las voluntades humanas.

1 M Yadira Córdova. Es Profesora Titular, jubilada de la Facultad de Odontología, UCV. MgSc en Odontología Social. Dra en Cs de la Educación. Profesora invitada del Centro de Estudios en Salud Colectiva y Derecho a la Vida-CESACODEVI. Ex ministra del gobierno revolucionario.

Es una guerra continua y permanente que apunta a objetivos materiales, como los recursos naturales; objetivos políticos como desaparecer cualquier sistema de relación y construcción de alternativas de poder distintas a la democracia burguesa; objetivos culturales, como la invisibilización o desaparición de cualquier expresión cultural que se opone al consumismo y la homogenización humana, cualquier cultura que rescate la diversidad.

Es una guerra que además de militar, es cultural, social, psicológica y económica. Utilizan técnicas muy sofisticadas para atacar la emocionalidad del pueblo, en su propósito fundamental de profundizar la hegemonía imperial y su estrategia de retorno neoliberal para los países de Nuestra América (Ceceña, 2004).

En Venezuela, desde 1999 hasta la fecha, los sectores adversos a la revolución bolivariana internos y externos, ha aplicado una estrategia desestabilizadora que comprende diversos procedimientos propios de la denominada Guerra no Convencional-GNC, como opción de agresión para el logro de sus objetivos destructivos en Venezuela, lo que nos lleva a identificar distintos aspectos de sus impactos.

Como expresión de esta estrategia hemos vivido un deterioro intenso de la situación económica y social del país: la inflación, el creciente desabastecimiento de productos básicos, pérdida del poder adquisitivo, y otros problemas como la corrupción inducida, proliferación de contrabando e inseguridad ciudadana, ineficiencia en los servicios. De esta agresión se van evidenciando daños que aún no se han expresado suficientemente a través de indicadores.

Al conceptualizar que la salud-enfermedad es un proceso que contiene, concreta y expresa las contradicciones que se van articulando en y sobre la vida en colectivo, desde los planos más generales de una sociedad hasta los planos más específicos que involucran la dinámica vital de las personas, estamos asumiendo que lo que acontece en el plano más general de la guerra no convencional que se está aplicando sobre el pueblo venezolano, tiene implicaciones directas con la salud colectiva.

Es por ello que nos planteamos abordar esta temática, en una

perspectiva tecno-política que al abrir el debate, también cree condiciones para la definición de mecanismos científico-humanísticos de monitoreo, investigación y análisis sobre su comportamiento y las consecuencias para la salud colectiva.

• SOBRE LA GUERRA. CONCEPTOS BÁSICOS

La comprensión de los impactos de la guerra no convencional en la salud, exige una aproximación a conceptos básicos de guerra.

Clausewitz (2002), nos dice que *la guerra no constituye simplemente un acto político, sino un verdadero instrumento político, una continuación de la actividad política, una realización de ésta por otros medios. Lo que resta de peculiar en la guerra guarda relación con el carácter igualmente peculiar de los medios que utiliza.*

Al concepto de guerra hay que complementarlo con el de Conflictos de Baja Intensidad, que se define, según el Manual de campo 100-20 del ejército de los Estados Unidos:

El conflicto de baja intensidad es un enfrentamiento político-militar entre estados o grupos de contendientes por debajo de la guerra convencional y por encima de la rutinaria competencia pacífica entre los Estados. A menudo involucra luchas prolongadas de principios e ideologías. El Conflicto de baja intensidad va desde la subversión hasta el uso de la fuerza armada. Se da por una combinación de medios que emplean instrumentos políticos, económicos, informativos y militares. Los conflictos de baja intensidad se localizan generalmente en los países del Tercer Mundo, pero tienen implicaciones en la seguridad regional y mundial.

Luego tenemos el concepto de Guerra Total. La teoría y la práctica de la *guerra total* liquida la distinción entre combatientes y civiles, entre instalaciones militares y civiles, entre infraestructura militar y sistemas de transportes civiles (Bonavena & Nieves, 2015).

...la guerra es un concepto más amplio que no solo abarca el conflicto bélico entre sus contendientes, en su sentido

tradicional y convencional, sino va más allá, es un amplio espectro de agresiones de toda índole que abarca todos los aspectos de la vida de un grupo, etnia, comunidad, clase social, pueblo, nación o país, incluyendo el uso de tecnologías de avanzadas para lograr sus propósitos. (Peña et al, 2007)

La otra versión de la guerra es la Guerra No Convencional. Hablar de Guerra No Convencional o conflicto de baja intensidad, es referirse a: *...la guerra como fenómeno de la política; suceso resultante de contradicciones en torno al poder y consecución en fin, mediante vías violentas, de objetivos políticos.* (Rodríguez, 2015)

Una de las expresiones de la Guerra No Convencional es la guerra psicológica.

Sigmund Freud escribió como esta guerra viola el derecho internacional derribando cuanto le sale al paso, como si después de ella ya no hubiera de existir futuro alguno ni paz entre los hombres ... no reconoce ni los privilegios del herido y del médico, ni la diferencia entre los núcleos combatientes y pacíficos de la población...una de las grandes naciones civilizadas se ha hecho universalmente tan poco grata, que ha podido arriesgarse la tentativa de excluirla, como “bárbara” de la comunidad civilizada (Freud, 1915).

• REFERENTES HISTÓRICOS PARA LAS DISTINTAS ACEPCIONES DE LA GUERRA

Históricamente conocemos que las guerras han variado en su propia estructura y fines. Si bien lo esencial se mantiene, la dominación de un pueblo o grupo por una fuerza superior en estrategia o táctica, los métodos, los actores y los fines han ido cambiando según los intereses dominantes en cada momento histórico. De allí que es necesario una mirada general sobre tales cambios.

1. Para la clasificación de los tipos de guerra se alude al Acuerdo de Paz de Westfalia en 1648, asociado al nacimiento de los estados nacionales; el tratado que puso fin a una Guerra de Treinta

- Años, donde el Estado estableció el monopolio sobre la guerra.
2. La segunda generación habría comenzado en la Primera Guerra Mundial, encarnada por el ejército francés, y se la podría describir con la máxima «la artillería conquista, la infantería ocupa.»
 3. La guerra de tercera generación fue desarrollada por el ejército alemán en la Segunda Guerra Mundial. Se trata de la guerra relámpago (“blitzkrieg”),
 4. En la cuarta generación, permanecen aspectos que se conservan de etapas anteriores, pero nos encontramos con el cambio más radical desde la Paz de Westfalia: el Estado pierde su monopolio de la guerra.
 5. Sin guerra fría, sin poderes equivalentes que confrontar, aunque con una conflictividad general sumamente compleja y generalizada, Estados Unidos rediseña sus metas, sus espacios, modifica o adecúa sus mecanismos, genera exigencias tecnológicas, recompone los equilibrios entre trabajos de inteligencia, de persuasión y de combate, redefine los puntos críticos y explora los esquemas de aproximación pero sin renunciar en ninguna medida a lo que desde ese momento denomina la *dominación de espectro completo*. Se sistematizó, con detalle científico, cada uno de los niveles o espacios del espectro donde pudiera estar un potencial enemigo. Espacio exterior, espacio atmosférico, aguas, superficie terrestre, bajo tierra; espacios públicos y privados que deberían ser penetrados mediante mecanismos panópticos (Vida cotidiana, vida productiva, pensamiento y acción. Barrios populares con políticas diferenciadas de las de los barrios clase media o clase alta, estratificación competitiva, transporte, dotación de servicios, etc., todos puntos de observación y de manejo de poblaciones; con dos objetivos generales: garantizar el mantenimiento del capitalismo y dentro de él la primacía de Estados Unidos; y garantizar la disponibilidad de todas las riquezas del mundo como base material de funcionamiento del sistema, asegurando el mantenimiento de sus jerarquías y dinámicas de poder. (Joint, 1998 y 2000 en Ceceña, A, 2013)

Lo que describe Allen Dulles (1963), jefe de la CIA, en su libro titulado *El Arte de la Inteligencia*, nos permite develar estrategias de guerra no convencionales dirigidas a derrotar un proyecto político anatómico a los intereses de un imperio.

Sembrando el caos en la Unión Soviética sustituiremos sus valores, sin que sea percibido, por otros falsos, y les obligaremos a creer en ellos...

En la dirección del Estado crearemos el caos y la confusión. De una manera imperceptible pero activa y constante, propiciaremos el despotismo de los funcionarios, el soborno, la corrupción y la falta de principios... El descaro, la insolencia, el engaño y la mentira, el alcoholismo y la drogadicción, el miedo irracional entre semejantes, la traición, el nacionalismo, la enemistad entre los pueblos y, ante todo, el odio al pueblo... Todo esto es lo que vamos a cultivar hábilmente hasta que reviente como el capullo de una flor...

En abril de 2009, el Comando de Operaciones Especiales del Ejército de EUA definió la Guerra no Convencional así:

Actividades conducidas para permitir a un movimiento de resistencia o insurgencia coaccionar, alterar o derrocar a un gobierno o poder de ocupación, operando a través o con una fuerza guerrillera, auxiliar y clandestina en un área denegada (Técnicas del Ejército, 2013)

Al analizar las definiciones y estructura de una insurgencia o movimiento de resistencia que presenta la doctrina de sobre la Guerra no Convencional, es notable que en Venezuela se desarrollan varias de las operaciones previstas en esa construcción conceptual.

- **LA GNC PARA EL AVANCE NEOLIBERAL.**

La GNC, es una modalidad de uso de la fuerza (Bernal, 2006), con realización de acciones violentas de un Estado dominante, que implica la violación de los derechos del otro y abarca, no solamente la ejecución de operaciones armadas sino también, las medidas de coerción económicas, político-diplomáticas, demostrativas de amenaza y otras.

Ha sido renovada en este siglo XXI, que precisa de definiciones desde el Sur, pues se centra en la preparación lenta y metódica, de las condiciones propicias para que una nación se destruya a sí misma, y su pueblo acepte un cambio de gobierno orientado a los intereses de un poder extranjero o no se oponga a este, aprovechando las particularidades propias del país y creando, cuando sea necesario, aquellas que favorezcan el proceso (Técnicas del Ejército, 2013).

La estrategia del retorno neoliberal se apuntala en la GNC que busca pulverizar la capacidad de autodefensa de los pueblos oprimidos. Invade las estructuras de pensamiento, permea las ciencias; toma para sí los medios masivos. Deteriora los sistemas de enseñanza e instala culturas ajenas con fórmulas de entretenimiento que son vehículos de hegemonía.

La GNC, prioriza el control de lo que llaman *dominio humano*, que supera los dominios aéreo, terrestre, marítimo, ciberespacial. La adopción de estos conceptos pretende mejorar las capacidades para la subversión de naciones adversarias o relevantes para sus intereses estratégicos, cuyo eje central pasa por enfrentar la población al gobierno y desgastar progresivamente a las fuerzas revolucionarias.

En este contexto, en el que los métodos del imperialismo para perpetuarse y asegurar su dominio sobre los pueblos del Sur, apoyándose en la ciencia, la tecnología y las relaciones sociales, se van haciendo totalizantes, es insoslayable ocuparse de la creación de métodos de organización, gobierno y lucha, como opciones contrahegemónicas, para identificar y derrotar las estrategias trazadas para tal fin (Delgado, 2010).

Es esto lo que vivimos en Venezuela desde 1999, con mayor crueldad desde 2013, sin que aún se hayan investigado todos los inmensos daños que ha producido esta guerra no convencional en lo económico, mucho menos en la vida colectiva en general.

• IMPACTOS DE LA GUERRA NO CONVENCIONAL EN LA VIDA COLECTIVA Y LA SALUD PÚBLICA

La guerra en su acepción más completa es un desastre provocado por el hombre, es una emergencia, un caos que impacta los elementos esenciales de la vida colectiva; de allí que nos atrevemos a tomar los planteamientos hechos por Eric Noji-OPS (2000) al referirse a impactos de desastres. Mencionamos, entre otros:

- Desde el punto de vista político, socava el régimen político existente para implantar uno nuevo que responda a los intereses de los ocupantes. Se basa en campañas de difamación y desacreditación al país invadido.
- En lo económico, destruye la infraestructura económica existente para implantar una nueva que responda a la obtención de ganancias de las clases más poderosas.
- Desde el punto de vista financiero significa el quebranto de las finanzas.
- En el aspecto cultural, es la pérdida de los valores históricos culturales atesorados por la nación o comunidad, el desarraigo de la cultura e imposición de una nueva que nada tiene que ver con la anterior. Se destruyen también valores religiosos como santuarios, templos, iglesias. En general se destruyen los códigos, normas, conceptos por el de los ocupantes.
- En lo comunicacional, se colocan poderosos medios de información en una amplia campaña de desinformación sobre el curso y los acontecimientos de la guerra que abarcan a todos los medios de difusión masiva.
- En lo social, la guerra afecta a todos los sectores, se produce una desorganización de la sociedad.
- En el aspecto humano, se presentan olas de violencia, violación, atropellos, deshumanización por el ocupante, pérdida de la espiritualidad, de la autoestima, de los atributos humanos. Produce desintegración de familias, por muerte de sus miembros o

desplazamiento, migraciones, éxodo y refugio.

- Con relación al medio ambiente, la guerra causa destrucción física y perturbación de hábitats naturales y vida silvestre, como resultado del uso de armas.

• **PARA LA SALUD PÚBLICA Y LA SALUD COLECTIVA LAS GUERRAS PUEDEN CAUSAR:**

- Un número inesperado de muertes, lesiones o enfermedades, que exceden las capacidades de los servicios locales de salud.
- Destruye las infraestructuras locales de salud, como los hospitales, unidades de los ministerios de salud, Centros de Diagnóstico Integral, clínicas populares.
- Altera la prestación de los servicios rutinarios y actividades preventivas, con graves consecuencias a corto, mediano y largo plazo, en términos de morbilidad y mortalidad.
- Aumenta el riesgo de enfermedades transmisibles y los peligros ambientales.
- Afecta el comportamiento psicológico y social en las comunidades; generalmente luego de un desastre se presenta ansiedad, neurosis y depresión.
- Produce grados de tensión máxima o extrema con las consiguientes afectaciones a la salud mental. Causa grandes movimientos de población, espontáneos u organizados, a menudo hacia áreas donde los servicios de salud puedan atender la situación.
- Tiene consecuencias psicológicas y psiquiátricas que se analizan desde la experiencia de vulnerabilidad y de peligro, de indefensión y de terror, que puede marcar en profundidad la psiquis de las personas, en particular de los niños.

A esta lista de daños debemos agregar que como consecuencia, todos los indicadores de salud se ven desmejorados rápidamente por diversas razones:

1. El impacto negativo real en las condiciones de vida de los pueblos, lo que trae como consecuencia la emergencia de perfiles epidemiológicos consistentes con las situaciones de guerra aplicadas por las potencias dominantes.
2. Desmejoramiento de los indicadores de gestión debido a las alteraciones funcionales de los servicios y a las dificultades en la dotación de insumos y medicamentos, por las ausencias justificadas de parte del equipo de salud debido a los constantes impedimentos de tránsito para las personas y los medios de transporte.
3. Fuertes limitaciones para la dotación de insumos medicamentos y equipos, debido a las restricciones provocadas para compras en el exterior, a las limitaciones para la distribución en el territorio.
4. Alteración en las relaciones humanas entre los equipos de salud, y entre estos y los usuarios de los servicios, debido a la tensión y zozobra sostenida, debidas al acoso sobre el personal de trabajo, sobre las instalaciones, y por las carencias que dificultan el ejercicio cotidiano de las tareas.
5. Manipulación de indicadores para alimentar los objetivos de la parte atacante.
6. Faltas a la deontología en la atención selectiva, mala praxis y/o maltratos a las personas necesitadas de atención y cuidados.
7. Complicación de casos médicos por dificultades en el traslado de personas afectadas.
8. Conductas o comportamientos humanos que muestran alteraciones de la salud mental y emocional, presentando cuadros agresivos, degradantes que atacan la vida y la psiquis colectiva.

• **EL PUEBLO COMO SUJETO EN LA RESISTENCIA ANTE LA GNC**

Lo que ha impedido que la GNC contra el pueblo de Venezuela, llevada adelante por el imperialismo y sus aliados, logre alcanzar sus objetivos son las políticas de la Revolución basadas en la organiza-

ción y conciencia popular, que han permitido:

- Recuperación del sentido de nación soberana.
- Defensa y mantenimiento de la Paz como valor y como realidad ante todos los intentos y provocaciones contra el pueblo.
- Avances en la organización del poder popular.
- Conciencia de transformación, justicia social, derechos.
- Recuperación del sentido de lo público.
- Inversión de más del 60 % del PIB en lo social: disminución de la pobreza, incremento del nivel de instrucción.
- Cambio del modelo de gestión pública para articular con el Poder Popular.
- Avance en la configuración del Sistema Público Nacional de Salud, universal, gratuito y de calidad.
- Programas novedosos para limitar los daños alimentarios de la guerra.

• REFLEXIONES FINALES

La Guerra no Convencional constituye una forma más de perpetuación de las relaciones de dominación capitalista y un fenómeno que se sustenta en el carácter dominador e intervencionista del desarrollo científico y tecnológico a escala global.

Además, es uno de los métodos del imperialismo para perpetuarse y asegurar su dominio sobre los pueblos del Sur, impidiéndoles ocuparse de la creación de formas de gobierno y sociedad como opciones contrahegemónicas.

Se basa en el debilitamiento de la legitimidad de los gobiernos, la manipulación ideológica de la población; la manipulación emocional de sectores de la población; la erosión de la cultura política de las masas; ruptura de identidades culturales; resquebrajamiento de la moral, creación de clima de zozobra constante, entre otros daños.

Estudiar la Guerra no Convencional como estrategia de dominación y sus efectos en el pueblo venezolano, constituye un campo de conocimiento y acción política, epistemológicamente correcta, para desentrañar las lógicas que intentan constituirse en un nuevo avance del hegemon imperial y que intentan borrar todo intento de construcción de un nuevo sentido común desde el SUR.

Siendo una estrategia dirigida al *dominio humano o espectro completo*, se requiere comprensión profunda desde del ámbito de las ciencias de la salud y las ciencias sociales, en perspectiva crítica- anticolonial, a fin de contribuir a la acción direccionada de la población en el sentido de sus proyectos de emancipación.

Las instituciones académicas deben contribuir desde una visión integral, con sus esfuerzos científicos e investigativos, en la producción y difusión de conocimiento sobre la Guerra no Convencional y a la denuncia bien fundamentada de la implementación práctica contra nuestro país.

Profundizar el debate, más allá del ámbito académico especializado, de los aspectos de la Guerra no Convencional como comportamiento político para continuar formando al pueblo.

Abordar de manera integral, transdisciplinaria, mediante redes de centros de estudios, núcleos académicos, programas y/o líneas de investigación, los efectos y las estrategias para desentrañar los mecanismos destructores que se aplican y poder generar propuestas dirigida a elevar las condiciones de protección del comportamiento humano, la economía, la informática y las comunicaciones.

Abrir programas de investigación que avancen mucho más en la investigación sobre las consecuencias humanas de la GNC contra nuestra República: nutricionales, psicológicas, vitales, sociales, culturales, entre otras.

• REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arabia Z, Ana María (2009). Nociones de la guerra internacional, del concepto clásico de la guerra a los conflictos de baja intensidad. Caso de estudio: guerra contra el terrorismo internacional en Afganistán. En: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/1230/1015393982.pdf>

Bernal Tabares, Jorge C. (2006). El uso eventual de la fuerza militar por Estados Unidos de América contra Cuba: un modelo de análisis prospectivo estratégico desde la Ciencia Política. Tesis de Doctorado en Ciencias Políticas. La Habana: Colegio de Defensa Nacional.

Bonavena Pablo y Nievas Flabián (2006). Las nuevas formas de la guerra, sus doctrinas y su impacto....FERMENTUM Mérida - Venezuela - ISSN 0798-3069 - AÑO 16 - N° 46 - MAYO - AGOSTO 355-371. En: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/20738/2/articulo4.pdf>

Ceceña, Ana. (2004). Estrategias de construcción de una hegemonía sin límites. En libro: *Hegemonías y emancipaciones en el siglo XXI*. Ana Esther Ceceña (comp.). CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires, Argentina. p. 224. ISBN: 950-9231-994-1. En: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/cecena2/cecena.rtf> . (Consultado: 21-VIII-2017)

Ceceña, Ana E. La dominación de espectro completo sobre América. <http://www.rebellion.org/noticia.php?id=180149>. (Consultado: 22-IX-2017)

Clausewitz, Karl Von (2002). De la Guerra. En: <http://lahaine.org/amauta/b2-img/Clausewitz%20Karl%20von%20-%20De%20la%20guerra.pdf>

Córdova, Marlene Yadira (2015). A la Ofensiva Revolucionaria. Aporrea. En: <https://www.aporrea.org/ideologia/a219287.html>. (Consultado el 11-VIII-2017)

Freud S. Consideraciones actuales sobre la guerra y la muerte (1915). *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva. p. 2101-2117. Citado por Peña G, Liuba Y, Casas, Ludmila y Mena F, Magalys. La

Guerra Psicológica contemporánea conceptos esenciales y características. En: <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v9n2/hmc120209.pdf>. (Consultado: 21-VIII-2016)

Joint Chiefs of the Staff 1998 Joint vision 2010 (US government) citado por Ceceña, Ana E. La dominación de espectro completo sobre América. <http://www.rebellion.org/noticia.php?id=180149>. (Consultado: 22-IX-2016)

Noji, Eric K., ed. (2000). Impacto de los desastres en la salud pública. Bogotá, Colombia: Organización Panamericana de la Salud, p. 484 ISBN 92 75 32332 1 En: <http://www.msal.gov.ar/dinesa/imagenes/stories/pdf/impacto-desastres.pdf>. (consultado: 16-VIII-2016)

Peña Galbán, Liuba Yamila, Espíndola Artola, Arnaldo, Cardoso Hernández, Jorge, & González Hidalgo, Tomás. (2007). La guerra como desastre. Sus consecuencias psicológicas. *Humanidades Médicas*, 7(3). En: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202007000300005&lng=es&rtlng=es. (Consultado: 17-IX-2016)

Peña G, Liuba Y, Casas, Ludmila y Mena F, Magalys (2009). La Guerra Psicológica contemporánea conceptos esenciales y características. En: <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v9n2/hmc120209.pdf>. (Consultado: 21-VIII-2016)

Publicación de Técnicas del Ejército 3-05.1. Guerra no Convencional (2013). En: http://www.cubadefensa.cu/sites/default/files/atp_3-05.1_gnc_esp.pdf. (Consultado: 14-IX-2016)

DEL COMPLEJO MÉDICO INDUSTRIAL AL SISTEMA DE SOCIO-PRODUCCIÓN EN SALUD: APORTES PARA EL DEBATE

Rosicar Mata²

• RESUMEN

Este trabajo se propone, a partir de una revisión crítica de la conformación del complejo médico industrial –estructurado en torno a la racionalidad economicista del capitalismo– abrir el debate en los planos ontológico, epistemológico y axiológico de cara a la construcción de un sistema de socio-producción en salud en el que los insumos y recursos sean medio en el garantía del derecho a los cuidados –como parte del derecho a la salud– y no fin en sí mismos. Ello supone también considerar la conformación del complejo político e institucional de la salud en una totalidad dinamizadora de la acción. Esto como posibilidad de atender el llamado a acelerar las respuestas a las exigencias productivas desde la pertinencia social y en coherencia con los principios y valores por los que se orienta la construcción del Sistema Público Único Nacional de Salud.

Palabras clave: economía política, economía de la salud socio-productivo, gestión, políticas públicas.

• RESUMO

Este trabalho se propõe, a partir da revisão crítica da conformação do complexo médico industrial –estruturado em torno à racionalidade economicista do capitalismo– abrir o debate nos planos ontológico, epistemológico y axiológico de cara à construção de um sistema de sócio-produção em saúde em que os insumos e recursos sejam meio na garantia do direito aos cuidados –como parte do direito à saúde– e no seja fim em si mesmo. Isto supõe também

2 Licenciada en Nutrición y Dietética, MSc. en Gerencia, Esp. en Gestión de Salud Pública, MSc. en Salud Colectiva, Doctora en Ciencias para el Desarrollo Estratégico. Docente Agregada. Correo electrónico: rosicar_mata@yahoo.com

considerar a conformação de um complexo político e institucional da saúde em uma totalidade dinamizadora da ação. Isto como possibilidade de atender o chamado a acelerar as respostas à exigências produtivas desde a pertinência social y em coerência com os princípios e valores pelos que se orienta a construção do Sistema Público Único Nacional da Saúde.

• INTRODUCCIÓN

Dentro de la militancia de la salud colectiva como movimiento social existe la clara consciencia del carácter de determinación que ejerce las condiciones políticas sobre los procesos sociales y muy particularmente sobre el perfil de salud en la sociedad de clases. En los momentos actuales la República Bolivariana de Venezuela a contracorriente de buena parte de la región latinoamericana sigue planteándose como reto la generación del modelo político y socioeconómico a favor de la distribución equitativa de las riquezas en el que se exalte el Estado democrático, de derecho y de justicia. Ello supone generar aportes para la construcción de propuestas productivas que conlleven a la modificación de la estructura social y generen nuevas relaciones de producción, en un marco cuya racionalidad pone al centro al ser humano y el avance social por encima de los objetivos de crecimiento económico.

En el proceso de transformación social que ha caracterizado la revolución bolivariana desde sus inicios las universidades nacidas dentro de ese horizonte temporal han aportado a dicho proceso generando, mediante la formación profesional, las condiciones para avanzar hacia los objetivos de consolidación del Sistema Público Único Nacional de Salud, creando y divulgando conocimientos y aportando a la implementación de nuevos modelos de gestión; igualmente en lo que concierne a la incorporación y fortalecimiento del poder popular en todos los espacios relacionados con la salud. Además de ello son necesarios mayores aportes críticos reflexivos que permitan develar las contradicciones que impiden el avance acelerado de las transformaciones sociales a las que se aspira.

Este trabajo pretende servir de estímulo al debate para el desarrollo de propuesta para el sector de socio-producción de salud a partir de la crítica al complejo médico industrial capitalista y como exigencia de concreción de una nueva propuesta coherente con los propósitos de la política pública en materia de salud.

• CRÍTICA AL CARÁCTER CAPITALISTA DEL COMPLEJO MÉDICO INDUSTRIAL

La salud como fenómeno está presente en todas las esferas donde se desenvuelve el ser: es primeramente un espacio de poder, un campo en el que se manifiesta las formas de organización de las fuerzas productivas para la producción, reproducción y consumo a través de las que se mantiene el modelo occidental capitalista desarrollado. Igualmente, como campo de conocimiento se ha configurado como funcional a los fines de ese mismo orden de desarrollo y justifica las intervenciones sociales que aseguran la consolidación y reproducción del complejo médico industrial dentro del marco capitalista. De tal forma que la salud es por tanto material y subjetiva y en consecuencia requiere de la reproducción ideológica que asegure la reproducción incesante del capital.

En el capitalismo la racionalidad en salud permanece sujeta al cuerpo valorativo y normativo del complejo médico-industrial con marcados impactos colectivos en la subjetividad en salud y la consecuente alienación e introyección de determinados patrones occidentales de consumo. Testa (1995), sugiere que en salud la introducción de una actividad nueva o la ampliación de alguna ya existente mediante una modificación en la tecnología hace asumir decisiones que pasan a ser un tema exclusivo del nivel estatal, dada la complejidad de las interrelaciones de poder que involucra.

Las sociedades actuales han estado marcadas por el peso del capitalismo monopólico que asumió distintas formas a lo largo de la historia moderna. No obstante, desde mediados de los ochenta esta sociedad capitalista ha experimentado cambios, fundamentalmente como consecuencia del “*posfordismo*”, o “*posindustrialismo y la desre-*

gulación del contrato laboral y el desmantelamiento del Estado keynesiano, los derechos sociales y de la salud, lo cual en última instancia ha favorecido al deterioro de la vida y la salud sobre el planeta como consecuencia de la adopción del modo de vida que le es inherente, y que conduce al retroceso del derecho y degradación de la vida humana y la naturaleza en un macro proceso de conculcación de la seguridad humana (Breilh, 2007).

La imposición del modelo occidental capitalista desarrollado y sus mecanismos que aseguran su reproducción han conducido a la sociedad actual a una profunda crisis de todo orden. Las evidencias de esa crisis global se manifiestan en resultados desoladores como la degradación ecológica, social, educativa y biológica, y el consecuente incremento de los problemas ambientales y sociales incluidos los problemas de los sistemas sanitarios, el consumo de servicios curativos y del costo de los mismos. Para García (2009, p.19) este panorama puede vislumbrarse de manera eufemística tan solo para los países ricos o centrales cuando opina que para el resto de los países *las condiciones creadas por la expansión colonial, el capitalismo y el imperialismo solo pueden describirse de una forma: genocidio.*

Ese mismo autor considera que millones de seres humanos mueren de hambre, enfermedades y miseria, no porque queden al margen del progreso, sino precisamente como “efecto colateral” del progreso mismo. Estamos ante una violación del desarrollo vital funcional del ser humano el cual es arrebatado y medicalizado, controlado, monitorizado, tecnologizado, protocolizado y finalmente deshumanizado.

En el capitalismo, como un sistema histórico, se utiliza con frecuencia el concepto de *sistema-mundo* (propuesto por Wallerstein), que tiene relación, de una parte, con el hecho de que el capitalismo es una totalidad orgánica, incluyente y en permanente expansión, que asume una relación asimétrica e inequitativa entre el centro y la periferia, cuyas raíces teóricas constan, primero en la teoría del imperialismo y luego, en la teoría de la dependencia latinoamericana.

Paoli (2009) en referencia a Peter Drucker plantea que muchas decisiones fundamentales no están siendo tomadas por los Estados

sino por organismos multiestatales y por empresas transnacionales, en un contexto donde fuerzas no gubernamentales secuestran la autonomía del Estado. Tales decisiones son mediadas por la pauta tecnocrática internacional de los organismos y agencias supranacionales y por las movilizaciones de sectores organizados.

Para Dussel (2009), el sistema biomédico actual se articula al sistema capitalista, siendo un sistema de explotación económica de la enfermedad que incluye cierto tipo de medicina occidental eurocéntrica con una concepción de enfermedad somática, en gran medida quimioterápica que conjuga a los monopolios de las corporaciones transnacionales químicas y sus sistemas de propaganda, el sistema médico con sus especialistas, clínicas, hospitales, compañías de seguro, empresas de producción de instrumentos cada vez más sofisticados. En otras palabras, el campo económico es también un determinante del campo de la salud, y produce una coyuntura anti-normativa como totalidad.

Pacheco (2001) citado por Feo (2003) señala que hasta los años 60 la producción de bienes y servicios para la atención médica no representaban mayor significancia para la acumulación capitalista, ya que la medicina se basaba mucho en la semiótica con el uso de tecnologías de baja complejidad. Particularmente, con la crisis del petróleo de mediados de los años 70 se produce la hegemonía del capital financiero en la mundialización del capitalismo y se radicaliza el proceso de desarrollismo tecnológico que, entre otras cosas, conllevó a grandes avances en informática, robótica y biotecnología, introduciéndose cambios que relativizaron la obtención de la plusvalía mediante el paso de la macrotecnología a la nanotecnología e incrementándose vertiginosamente la acumulación capitalista gracias a las grandes corporaciones, en muchos casos vinculados a la industria militar.

Muchos de los conocimientos utilizados para el desarrollo de la tecnología médica tuvieron sus orígenes en el ámbito militar. Después de la guerra fría un gran número de empresas del *complejo militar industrial*, como General Electric, Westinghouse, CGR, ampliaron sus negocios y se trasladaron a otros sectores la economía capitalista como la industria médica (Feo, 2003).

Si se analizan estos eventos desde las teorías neoclásicas, se advierte que la salud se constituye en un mercado imperfecto, ya que la relación entre los usuarios y los proveedores es mediada por el poder y conocimiento médico altamente especializado. Al Estado, compete regular los desequilibrios propios del mercado y aquellos producidos por los monopolios y los oligopolios, los desequilibrios de los precios y la balanza de pago, así como controlar las desviaciones y distorsiones producidas por los intereses económicos del capital que incursiona en el mercado sanitario (Feo, 2003).

Además del carácter imperfecto del sector salud, se añaden los problemas regulatorios que enfrenta el Estado, producto de la asimetrías y las restricciones de carácter informacional, transaccional y político, los cuales, entre otras cosas permiten al capital a través de la distribución internacional de la investigación, desarrollo e innovación, controlar el flujo de las informaciones y orientar a los reguladores en dirección a sus intereses; mantener relaciones contractuales poco previsible como consecuencia de la elevada densidad tecnológica; y tomar decisiones de acuerdo a los intereses específicos de determinados sectores de la economía (Mendes Ribeiro, 2004).

Para Feo (2003, p.14), desde la perspectiva liberal en el mercado de la salud se conjugan una relación entre la oferta de servicios, producción médica industrial y una vastísima demanda resultando en uno de los mercados más importantes a nivel mundial. De manera general este sector de la economía está compuesto por cuatro grandes actores: 1) el complejo médico industrial, productor de tecnología e insumos básicos para los servicios de salud; 2) la industria farmacéutica productora de drogas y medicamentos; 3) el sector asegurador y financiero, cada día más activo como “asegurador” y mediador entre el individuo o el Estado y las instituciones prestadoras de servicios de salud y, por último, 4) la producción directa de servicios, que en los últimos años ha sustituido al profesional individual o asociado en clínicas, por grandes complejos tecnológicos, muchas veces propiedad de consorcios trasnacionales.

Dicho de otra manera, el complejo médico industrial se inserta en una lógica capitalista de penetración de los segmentos productivos

de la salud dentro de una dinámica que moviliza la expansión de la oferta de servicios y exige estrategias de desarrollo de las industrias de base química y biotecnológica con la producción de fármacos, medicamentos, vacunas, hemoderivados, reactivos para diagnóstico; así como industrias de base mecánica, electrónica y de materiales, prótesis, órtesis y materiales de consumo (Grabois Gadelha, 2003).

No siendo salud la excepción, desde hace algún tiempo el capitalismo ha visto violentadas sus estructuras económicas clásicas por las inversiones financieras especulativas. De tal forma que la realidad se esconde tras formas objetivas de acumulación, que no es otra sino la vía de la obtención del valor en términos de acumulación financiera. Los capitales se mueven en la banca privada en función de obtener un interés más elevado y seguir acumulando. Para Iriart (2008), estas modificaciones estructurales del capital financiero se consolidan en los 90s cuando el complejo médico-industrial entró en un proceso de pujas distributivas y empleó estrategias de dominio hegemónico para reposicionarse. Aún cuando este proceso se inició en los países centrales, tiene implicaciones fundamentales para los países periféricos, ya que afectan el proceso regulatorio estatal y las estrategias que adoptan los grupos que cuestionan el modelo hegemónico.

De acuerdo con Iriart (2008), particularmente durante la época de las reformas neoliberales se suscitaron dos eventos que marcaron las características del papel del Estado en la salud. El primero fue la hegemonía alcanzada por el capital financiero en el sector salud, a través de las reformas destinadas a desregularlo para facilitar su entrada masiva; y el segundo fue el reposicionamiento del complejo médico-industrial (particularmente desde mediados de los noventa), a través de radicalizar la medicalización, con estrategias de comunicación dirigidas directamente a los usuarios, modificando la concepción de salud y enfermedad y creando *nuevas entidades nosológicas* que presionan a las agencias regulatorias para la aprobación e incorporación de nuevos fármacos, tecnologías y tratamientos para que sean financiados directa o indirectamente por el Estado; y la difusión y generalización de los protocolos clínicos y de la medicina basada en la evidencia (Iriart, 2008).

Todo este proceso buscaba acompañar de manera articulada a la financiarización del capital en salud, proceso en el que se daban el traslado las inversiones desde el sector productivo hacia los mercados financieros. La transformación del patrón tecnológico volatilizó el capital y las desplazó hacia las inversiones especulativas, ya no más directas sino de cartera. Es relevante el hecho de que el mayor crecimiento del capital financiero se registra entre los fondos mutuales y de pensión, y el capital generado por las actividades ligadas a los seguros. Para la década de los 90s es precisamente el capital financiero el que hegemoniza las fuerzas que impulsan las reformas en el sector salud en el marco de las reformas neoliberales promovidas por el Fondo Monetario Internacional y Banco Mundial mediante el Consenso de Washington que apostaba por la liberación financiera y comercial, la desregulación de los mercados, la adopción de la política del superávit fiscal, los recortes en el gasto público y las política de austeridad y sacrificios, y la reforma tributaria con impuestos como ISLR y el IVA. Se mantiene desde Washington la visión colonialista de la selección de las áreas sobre las que se debe actuar (salud y educación para “pobres”) y cómo (en educación primaria y atención primaria en salud) (Iriart, 2008; Williamson, 1990).

Más allá de los ingredientes macroeconómicos, a nivel ideológico el objetivo de las reformas era alinear a los países periféricos al nuevo orden modelo occidental capitalista desarrollado. El neoliberalismo se pretendió instalar como pensamiento único y en salud ello implicaba abandonar la concepción de salud como derecho y deber de garantía del Estado para transformarse en un bien de mercado. La lógica privada se plantea como alternativa de “eficiencia” y la desregulación permitió al capital financiero internacional operar de una manera u otra en el sector salud. Muchos países periféricos desregularon sus economías para facilitar la entrada de aseguradoras multinacionales en el sector salud y el capital financiero entró por la vía de las empresas de seguro y las administradoras de fondos mutuales y de pensión. Por otra parte, las compañías ligadas al complejo médico industrial negociaban con la seguridad social y con los seguros privados, para que estas instituciones modificaran sus formularios terapéuticos incluyendo productos de alta rentabilidad

para las compañías farmacéuticas y presionaban a los entes regulatorios para que aprobaran nuevos estudios y tratamientos con la finalidad de que fueran financiados por los seguros (Iriart, 2008).

Realmente el negocio del capital financiero era extraer recursos económicos del sector salud para realizar las ganancias de los inversores y para invertir en áreas más rentables cuando la oportunidad aparecía. No obstante, después de la reconversión industrial comenzada en los 80, no es de desestimarse el papel que han jugado las trasnacionales y los monopolios y oligopolios en la subsistencia de las inversiones productivas en áreas clásicas como la farmacéutica que se han mantenido, pese a las transformaciones de las inversiones en capitales golondrinas de cartera y la inversión en áreas no clásicas. *Desde la segunda mitad de los 90 se vienen operando importantes transformaciones que son parte de este proceso de puja distributiva y que están originadas en la presión de la industria farmacéutica y de tecnología por generar regulaciones legales y normativas científicas a favor de sus intereses comerciales* (Iriart, 2008).

• EL COMPLEJO POLÍTICO E INSTITUCIONAL DE LA SALUD

El sistema de producción de salud no se genera fuera de la formación económica social y por tanto debe ser entendido en el contexto político-institucional de cada país. En esta perspectiva el comportamiento de las relaciones entre el sector farmacéutico y de insumos –como parte de los sectores industriales- y los sectores prestadores de servicios estará determinado por las presiones ejercidas por el Estado a través de su papel regulatorio y de promoción, las instituciones de ciencia y tecnología, los sectores organizados de la sociedad y la población.

Esto supone la claridad que debe reflejar el proyecto de gobierno en cuanto a la perspectiva que se adopta en materia de investigación, innovación y el desarrollo, sobre todo cuando se trata de generar las condiciones para la garantía del derecho a la salud en igualdad de oportunidades. Varsavky (2006) identificaba al menos tres tipos de estilos de producción de tecnología y ciencia que va desde: 1) el neocolonial en

el que hay un patrón de consumo diferenciado y desigual con altísima dependencia económica; 2) el desarrollista nacional que es igualmente centrado en el consumo de una clase opulenta que excluye a la mayor parte de la población, no obstante hay menor participación de empresas extranjeras y mas empresas nacionales pero siempre privadas; 3) el socialismo nacional creativo en el que se privilegia la solidaridad como principio en lugar de la competitividad, la alta participación popular en las decisiones y en la distribución de los bienes, favoreciendo además el desarrollo de la cultura nacional y la economía planificada.

En estas relaciones de producción confluyen los grupos de intereses y las políticas públicas. En tal sentido, el Estado realiza acciones de promoción y de regulación que tienen fuerte impacto en la producción de medicamentos e insumos en sus distintos componentes tales como compra de bienes y servicios, la asignación de divisas, las inversiones en los servicios de atención y las actividades regulatorias por las que se rigen los agentes económicos, sean estos públicos o privados (impuestos, registros sanitarios, normas de calidad, etc). El Estado, principalmente en un sistema sanitario de carácter público y universal, ejerce un rol determinante en la dinámica productiva, gracias a su elevado poder de compra y de bienes y servicios y al rol regulatorio que desempeña. Igualmente, el Estado es receptor de las demandas surgidas de los grupos organizados y con capacidad de movilización social.

Por otra parte Grabois Gadhela (2003), también considera en su construcción analítica la salud como acción política y social para el acceso a los bienes y servicios e igualmente como marco de las restricciones de la acción de los agentes económicos y sus estrategias. Estos agentes, por una parte son beneficiarios de la demanda creciente y relativamente inelástica por los bienes y servicios que producen; y por la otra parte, tienen la flexibilidad de operación y de búsqueda de lucro u otro objetivo vinculado al desempeño.

Se puede decir que existe un intercambio o compensación que genera tensiones entre el interés de la productividad y la eficiencia económica de los agentes y los intereses de la población. En Venezuela se evidencia la contradicción entre la forma de operación

y organización del sistema de salud y la dinámica que imponen los sectores productivos, provocando un incremento profundo de las tensiones propias de los sistemas sanitarios universales. Laurell (2016) sostiene que entre la ampliación del acceso a los servicios y la garantía del derecho a la salud, se enfrentan dificultades relacionadas con la permanencia de un poderoso complejo médico industrial-asegurador privado y la persistencia de la ideología medicalizada sobre la ‘buena medicina’.

En tal sentido, el cuidado médico es simultáneamente una unidad de producción y consumo y abarca tres tipos de valores, el de valor como unidad de cambio como cuidado médico, los valores vitales que toma como objetos y los valores (de uso y cambio) socialmente atribuidos a esos valores vitales. Como proceso de trabajo abarca un conjunto de relaciones entre los elementos que lo componen, los conocimientos, las técnicas, las relaciones sociales y las necesidades a ser satisfechas, relaciones que caracterizan las formas históricas que asumen esos cuidados (Arouca, 2008).

Para Donangelo (1979), el gremio médico como categoría asumió su papel en la estructura social capitalista marcada por el consumo individual y reforzada por la instalación del esquema de seguridad social institucionalizado por el Estado. El saber médico como racionalidad adquirió valor normativo en un amplio espectro de sectores tanto en el plano individual como colectivo y otorgó la autoridad irrefutable de definir legítimamente las necesidades en diversos ámbitos que extrañasaban su campo de actuación y se extendían hasta el sistema de relaciones sociales. Ese saber jugó un papel central en la distribución y el consumo de las tecnologías asociadas, así como favoreció la adopción de una práctica terapéutica que aseguraba el retorno y la reproducción de capitales colocados en diferentes sectores de la producción y consecuentemente impondría incrementos en los costos en salud.

Con esto favoreció la oposición entre el carácter social de la producción y el carácter privado de la apropiación en un contexto donde las condiciones ideológicas y políticas fueron capaces de asegurar que no se manifestaran contradicciones en la estructura de producción (Adam y Herzlich, 2001; Donangelo, 1979).

La producción de instrumental médico genera, además del objeto de consumo, el modo y el instinto de consumo. Esto significa que la forma de cuidado médico-odontológico puede estar siendo determinada cada vez por la producción de objetos (instrumentos y medicamentos), siendo, por lo tanto, en ese nivel que se da la reproducción de ese sector del capital. La corporización del conocimiento en técnica se hace a través del sector de producción vinculado a los problemas médicos, respondiendo a la racionalidad industrial y la lógica de la técnica como fin último. El conocimiento, establece con las técnicas una relación de determinado-determinante, organizando, en términos de conductas, el cuidado, pero la producción del valor agregado en esas mercancías sólo se efectúa a través del consumo de trabajo especializado. Es decir, la técnica, como instrumento o como mercancía posee claramente determinados sectores de producción, distribución, cambio y consumo mediados por la intervención del agente (el médico) que posee el control de las formas de su utilización. En la atención médico-odontológica, la producción de valor de las mercancías y intercambio del cuidado funcionan como dos actividades integradas (Arouca, 2008).

El conocimiento médico y el cientificismo desarrollista se sostiene gracias a la intervención las universidades, principalmente de los Estados Unidos, las entidades que dan soporte a las decisiones económicas amparados en la lógica científica dominante, que establecen normas que son tomadas irrefutablemente como universales. La noción de riesgos es la que ha producido nuevas nosologías que hacen de la medicina basada en la evidencia el dogma científico hegemónico y reinstauración de la hegemonía de las corrientes biologicistas, cuestionada durante los 60s y 70s por las corrientes de la medicina social y salud colectiva latinoamericana. Ello selló *el círculo virtuoso de la cientificidad bajo la hegemonía de una recreada biologización y medicalización* (Iriart, 2008).

De acuerdo con Angell (2006) la conjunción academia-investigación-desarrollo particularmente, desde el gobierno de Ronald Reagan en los Estados Unidos se consolidó como hegemónica. A partir de ese momento se realizaron en ese país numerosas acciones gubernamentales favorables al comercio, entre ellas una serie de leyes

para acelerar el llamado proceso de “transferencia tecnológica” que consistía en el traslado de la investigación básica financiada con impuestos a nuevos productos útiles, buscando, entre otros objetivos, posicionar las empresas estadounidenses de alta tecnología en los mercados mundiales. De estas, destacan la ley Hatch-Waxman que amplía los derechos de monopolio para las drogas de marca y la ley Bayh-Dole, la cual permitió que las universidades y las pequeñas empresas patentaran descubrimientos procedentes de investigaciones patrocinadas por los Institutos Nacionales de Salud y luego otorgaran licencias exclusivas a las compañías farmacéuticas.

De tal forma las universidades occidentales con sus escuelas de medicina y sus hospitales de enseñanza fueron coaptadas por el espíritu empresarial y pasaron a ser “socias” de las industrias en un evidente conflicto de intereses (Angell, 2006). Cuestión relevante en este análisis es el papel que juega el discurso científico al sistema económico y a la configuración de tales significados y sentidos. De acuerdo con Breilh (2008), la salud, entendida como negocio, ha reforzado la acumulación económica de un sector que mueve la economía de los países centrales, exacerbando las contradicciones de la periferia, acelerando la economía y retrocediendo la vida (Breilh, 2008).

El Complejo Médico Industrial, por medio de la investigación, el desarrollo y la innovación tecnológica, en conjunto con la mercadotecnia y la publicidad, es capaz de suprimir la evolución de las industrias farmacéuticas locales; se introducen en los sistemas de salud de los Estados provocando excesos en la prescripciones, generando irracionalidad en el uso de los fármacos; produce grandes inequidades en el acceso a medicamentos, tiende a resistir a la regulación institucional, todo con el fin de generar grandes ganancias para las industrias farmacéuticas a expensas de grandes costos sociales y financieros para los países. Frente a este modelo se trata de construir un modelo contrahegemónico, en el marco del desarrollo del socialismo del siglo XXI.

Vista la salud como un derecho, y no como un bien que responde a las leyes de oferta y demanda enmarcada en el sistema financiero mundial y nacional, nos lleva a preguntarnos: ¿cómo se inserta la

producción de insumos; y, en particular de los medicamentos en un modelo para la formación económica y social del socialismo del Socialismo del Siglo XXI?

El sistema de socio-producción en salud debe ser la suma suficiente de bienes y servicio bajo racionalidad capaz de garantizar la seguridad farmacéutica y de insumos necesarios para la atención en salud. De tal forma que la garantía en el acceso permanente, con amplia cobertura de los medicamentos esenciales e insumos debe ser la consecuencia del funcionamiento de dicho complejo. Por otra parte, es igualmente necesario mejorar los sistemas de información en salud a los fines de que se genere la estimación precisa de las necesidades que sirva de base para cumplir con los principios de universalidad y equidad.

En tal sentido resulta necesario promover y apoyar el avance y consolidación del Sistema Público Nacional de Salud en coherencia con el Proyecto Nacional de la Revolución mediante la creación de un sistema de socio producción que incorpore en una visión integral todos los segmentos que hacen parte del mismo vinculado al desarrollo de la política pública. Esto solo será posible siempre que se cuente con la rectoría por parte de los entes de regulación sanitaria y que se alcance el desarrollo de la conciencia de las usuarios y usuarios a partir de cuyas demandas y exigencias se dinamiza el sistema. Sin duda que este último elemento exige de mucha formación para que puedan reducirse las asimetrías de información sobre el uso racional de medicamentos y tecnologías para la salud en lo cual las universidades deben asumir un papel protagónico, así como compromiso ético por la vida, por el buen-vivir y el vivir-viviendo.

• CONCLUSIONES

Toda vez que este sistema de socio-producción en salud se vislumbra como una totalidad dinámica es imperativo vigorizar todo cuanto apunte al uso racional de medicamentos, insumos y tecnologías siempre dentro de un sólido marco ético-político que permita corregir las distorsiones propias del mercado capitalista. Es por tanto

necesario promover la innovación de medicamentos, terapias alternativas y complementarias, así como el desarrollo de investigaciones de productos naturales y de la biotecnología que aseguren el desarrollo de las patentes a favor del Estado a los fines de asegurar la sustentabilidad y sostenibilidad de los servicios. Esta discusión fortalece las bases en las que habrá de sustentarse un sistema de socio-producción en salud cónsono con el modelo de gestión que se plantea desde la revolución bolivariana.

Concomitantemente, la profundización en la formación en epidemiología crítica, economía política de la salud y análisis estratégico de enfoque socio productivo se avizoran como elementos ineludibles para la generación de nuevas propuestas que den soporte al proyecto revolucionaria en salud. Esto abre el compás a nuevos campos de investigación para la acción en la gestión que quedan formulados como retos del presente.

• REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Adam, P., & Herzlich, C. (2001). *Sociologia da doença e da Medicina*. Porto Alegre: Universidade do Sagrado Coração.

Angell, Marcia. (2006). *La verdad acerca de la industria farmacéutica. Cómo nos engañan y qué hacer al respecto*. Bogota: Norma.

Arouca, Sergio. (2008). *El Dilema preventivista*. Buenos Aires: Lugar

Asociación Latinoamericana de Medicina Social ALAMES. (2008). *Documento Base. Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud*. 30 de septiembre a 2 de octubre de 2008. México

Breilh, Jaime. (2007). *Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Breilh, Jaime. (2008). *Una perspectiva emancipadora de la*

investigación y acción, basada en la determinación social de la salud. Ponencia para la Mesa 1: La Determinación social en la salud. En: ALAMES. *Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud*, México. Disponible: <http://www.alames.org/documentos/ddsresumen.pdf> Consulta: 2012.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela-Asamblea Constituyente (1999) Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Disponible en: <http://www.tsj.gov.ve/legislacion/constitucion1999.htm>

Donangelo, M. (1979). Medicina nasociedade de classe. En M. Donangelo, Saúde e Sociedade (págs. 29-68). Sao Paulo: LivrariaDuasCidades.

Dussel, E. (2009). Política de la liberación. Volumen II. Arquitectónica. Madrid: Trotta.

Feo, Oscar. (2003). Repensando la salud: Propuestas para salir de la crisis. Maracay: Universidad de Carabobo, Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldón”, Maracay, Venezuela. Fundación Defensoría.

García, J. (2009). El rapto de Higea. Mecanismos de poder en el terreno de la salud y la enfermedad. Primera edición. Bilbao: Virus Editorial

Gascón, Sorangel (2018). Formación de la nueva Subjetividad en el Proceso de Construcción del nuevo Bloque Histórico en la Venezuela bolivariana. Dimensiones del Ser: Epistemológica, Ético- Político, Socio Productivo y Planetario (Tesis Doctoral, por defensa)

Grabois Gadelha, C. (2003). O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. Ciênc. saúde coletiva [online]. v.8, n.2 [citado 2012-10-17], pp. 521-535 Disponible:http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232003000200015&l-

ng=pt&nrm=iso

Fernando Huanacuni Mamani. (2010). Buen Vivir / Vivir Bien Filosofía, políticas, estrategias y experiencias regionales andinas. Peru: Coordinadora Andina de Organizaciones Indígenas.

Iriart, Celia. (2008). *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5):1619-1626, 2008

Laurell, AC. (2016). Políticas de salud en pugna: aseguramiento frente a sistemas universales públicos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2016;24: e2668

Mendes Ribeiro, J. (2004). Restrições de informações, custos de transação e ambiente regulatório em saúde suplementar. Ministério da Saúde, ANS; Montone J, Castro AJW, organizadores. Documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003 (regulação e Saúde). V.3.,p.147-178.

Paoli, F. (2009). *Teoría del Estado*. México: Trillas

Testa, M. (1995). *Pensamiento estratégico y lógica de programación*. Buenos Aires: Lugar.

Varsavky, O. (2006). *Hacia una política científica nacional*. Caracas: Monte Ávila. Ministerio de Ciencia y Tecnología.

Wallerstein, Immanuel. (1995). *Abrir las ciencias sociales*. Disponible: <http://www.paginasprodigy.com/peimber/Wallerstein.pdf> [Consulta: 2014, Junio 09]

Williamson, J. 1990, "What Washington means by policy reform", in Williamson J. (ed.), *Latin America adjustment: how much has happened?*, Washington, Institute for International Economics, <http://www.iie.com/publications/papers/williamson1102-2.htm>.

PARA COMPRENDER LA GESTIÓN: UNA REFLEXIÓN PARA CONSTRUCCIÓN DE SENTIDO

Norma Núñez-Dentin³

• RESUMEN

El presente trabajo busca acercarse a comprender ese proceso conocido como gestión, la capacidad de la gestión pública y su impacto como parte de la gobernabilidad democrática y de la eficacia política que se somete a prueba cada día; contribuye –o no contribuye– a afianzar la direccionalidad y la factibilidad necesaria a todo proyecto político. Se presenta una plataforma conceptual desde donde descubrir y analizar algunos *nudos* y *laberintos* de la gestión y de la capacidad de gestión. Se considera la gestión como filosofía y como práctica social, en un marco que se dirige a alcanzar unos resultados, para tener impacto, para aproximarse al punto de los fines, en un contexto, en una acción con sentido humano. En el marco de la transición al socialismo planteado en el Plan de la Nación 2007-2012 y 2013-2019, se concibe la gestión como conjunto de procesos, relaciones y procedimientos para organizar y consolidar el alcance del vivir-bien y el buen-vivir.

Palabras claves: gestión, salud colectiva, planificación, gobernanza, gobernabilidad.

• RESUMO

O presente trabalho busca uma aproximação á compreensão da gestão, à capacidade da gestão pública e seu impacto como parte da governabilidade democrática y da eficácia política que se submete a prova cada dia; contribui –ou não contribui– a afiançar o direciona-

3 Sociólogo, MSc en sociología médica, PhD en Salud Pública, con subespecialidades en Epidemiología y en Ciencias Ambientales. Profesora Titular de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, jubilada activa. Miembro ad honorem del Centro de Estudios en Salud Colectiva y Derecho a la Vida. CESACODEVI-UBV

mento e a factibilidade necessária a todo projeto político. Apresenta-se uma plataforma conceitual da qual descobrir e analisar alguns *nodos e labirintos* da gestão e da capacidade de gestão. Condiçesera-se a gestão como filosofia e como pratica social, num marco que dirigi-se a alcançar uns resultados, para ter impacto, para se aproximar ao ponto dos fines, num contexto, numa ação com sentido humano. No marco da transição ao socialismo proposto nos Planos da Nação 2007-2012 e 2013-2019, concebe-se a gestão como um conjunto de processos, relações e procedimientos para organizar e consolidar o alcance do vivir-bem e o bom-vivir.

• INTRODUCCIÓN

Pero al mismo tiempo, esa batalla puede tratarse de una batalla de la audacia creadora, que se concreta en la conformación de la necesaria nueva hegemonía; una batalla cotidiana por otra forma y sentido del trabajo donde la intersubjetividad así generada sea reconocida, tenga la fuerza de legitimidad de la participación.

Así, se verá en este escrito y se puntualiza que el área de conocimiento y aprendizaje de gestión de salud colectiva se entienden y visualizan, como territorio posible de emancipación, de conceptualización y prácticas, al centro de la dinámica ético-política de una forma alternativa de concebir la gobernanza y la gobernabilidad con énfasis en el campo de la salud colectiva.

• COMPRENDIENDO EL CONTEXTO DE LA GESTIÓN DE SALUD

En el marco de los objetivos de refundación del Estado la Universidad Bolivariana de Venezuela se propone formar a los sujetos de las prácticas que harán frente al reto de incrementar la capacidad resolutive desde la gestión. En tal sentido se han creado distintos programas cuyo ámbito de problematización y acción es la gestión. De acuerdo con ello, se hace necesario revisar los fundamentos sobre los que se erige la gestión, así como caracterizarla y ajustarla a los fines y propósitos del proyecto de gobierno, muy particularmente en gestión de

salud que es el caso que en esta ocasión nos ocupa. Todo ello porque se necesitan herramientas conceptuales que nos permitan situarnos, aproximarnos, profundizar y resignificar en la gestión de salud. Se trata en esencia, y por derecho pleno, del desarrollo de un espacio necesariamente de saber crítico, lo cual implica adquirir saber para poder.

Un saber que será necesariamente interdisciplinar y transdisciplinar. Allí se conjugan, como proceso humano integral de construcción de sentido: sujetos, lógicas, teorías; conceptos, datos, métodos, técnicas, habilidades, sensibilidades, destrezas y disposiciones aptitudinales y actitudinales, con el propósito de problematizar problemas y problemáticas cuya dinámica cambiante y reconocida complejidad requieren un constante repensar de sus nudos, laberintos, turbulencias, bifurcaciones, rizomas, líneas de fuga, salidas, formulaciones y reformulaciones; pensar, repensar y actuar: contenidos, contextos, márgenes, métodos, instrumentos, procedimientos, datos, aplicaciones, tiempos y servicios, y sobre todo poderes.

Al centro de la construcción del objeto de estudio-trabajo e investigación (la gestión) se encuentran entonces concepciones y prácticas de poder y libertad. Obviamente, se opta únicamente por la revisión de una sola manera de asumir comprender y explicar la gestión, una gestión y sus fundamentos, principios y elementos. Desde el principio del proceso de trabajo se va estableciendo que gestión es una filosofía y una práctica social, en un marco y para algo, para alcanzar unos resultados, para tener impacto, para aproximarse al punto de los fines, en un contexto, en una acción con sentido, con sentido humano.

Sin perder de vista el propósito de fondo, la propuesta, es en sí misma una forma de acercarse a ésta área de conocimiento, investigación y aprendizajes, en *la complejidad*⁴ y *la transdisciplinariedad*⁵ que ello implica. Se entiende que esta última va más allá del solo

4 MORIN Edgar (1994) Introducción al Pensamiento Complejo. Editorial GEDISA. ISBN 9788474325188. Barcelona. España.

5 NICOLESCU Basarab (1996) Manifiesto de la Transdisciplinariedad. Ediciones du Rocher. Paris. Francia. Traducción al español autorizada y revisada con el autor, 1998, Norma Núñez-Dentin y Gérard Dentin. Disponible en: http://api.ning.com/files/brmkbGf*uSZiTFdCfWE*BVxAhx5RW4xc12VeBTSK1xMCkOqSE5uB19L8bbdhntWxE-jwu-1x5SwzXzu1k967rumaPS3fbkff/Bassarab_Nicolescu__La_Transdisciplinariedad_Manifiesto1.pdf

acercamiento al cruce de las fronteras impuestas a los saberes. Se trata de una visión del mundo, una metodología y una invitación a abordar planos y espacios de la realidad que a veces se escapan. Se trata de poner en práctica otras lógicas para apreciar saberes existentes, saberes en proceso de existir y formas de aprendizaje, de atención, de *escucha sensible*⁶ y de *investigación-acción*⁷. Lógicas y prácticas para acercamiento, descripción, análisis, elaboración y construcción de puentes comunicantes entre fragmentos de realidades conocibles, que nos permitan su mejor abordaje.

Se insiste en un primer momento en dar pasos *a partir de*, pero sin hacer amalgamas entre, disciplinas y especialidades que -a su vez- también se encuentran en constantes búsquedas, expansión y a veces hasta implosión. En fin, se trata de participar activamente en la creación *de un nuevo territorio de sentido dentro del cual [los] conceptos se constituyen como un nuevo lenguaje dentro del lenguaje; tratando de trabajar sobre nuestras propias representaciones* (Gómez, 2011).

En la gestión, se implican en forma variada políticas, planes, objetivos, actores, procesos y otros elementos como maestría, racionalidad, intereses, poder, procesos, tiempos, recursos, por mencionar algunos. Pero también incógnitas, incertidumbres, novedades, siempre –como diría Deleuze– líneas de fuga como posibilidad inherente al rizoma, a la red de nuevas opciones horizontales y de oportunidades abiertas a lo inesperado que permiten pensar largamente posibilidades innovadoras en el marco de la gestión. De esta forma es posible adentrarse en *los laberintos y los nudos* alrededor de lo que ocurre tradicionalmente en el rizoma que también constituye el campo de la gestión.

En este trabajo se aborda con Zangaro (2011); *la gestión y su relación con el análisis de las problemáticas del trabajo y de la subjetividad como uno de los temas claves de la gobernabilidad moderna*. La gestión en el trabajo capitalista *constituye un conjunto de prácticas por las que*

6 BARBIER René (1997) *L'approche transversale*. Anthropos. Editeur: Economica. Paris. Francia

7 BARBIER René (1991) *La recherche action dans la institution éducative*. Éditeur: Gauthier-Billars. Brioché, Paris, Francia.

el capital organiza la fuerza y el proceso de trabajo a los fines de la acumulación, lo cual tiene impacto en la conformación de la subjetividad moderna. A esto se suma la idea de que las formas de gestión pueden y deben ser comprendidas como un dispositivo de gobierno. Esto es, como un dispositivo articulador de prácticas de subjetivación que proponen a los individuos modos de acción sobre sí mismos. De allí pueden explicarse algunas acciones, perversiones, reproducciones en la gestión que no son simplemente modos de conducta individuales. Ello toca inclusive las prácticas esperadas en las relaciones de poder y sometimiento, lo cual remite a la vez a las formas de gestión que pueden ser múltiples. Entre ellas: jerárquicas, autoritarias, horizontales, participativas o no. Esta autora, como muchos de los investigadores en el campo de la gestión hace referencia a Michel Foucault para la consideración del lugar de la práctica de la gestión y pretende dar cuenta de una construcción histórica de la subjetividad a partir del concepto modo de subjetivación. Para Foucault los modos de subjetivación son prácticas históricas de constitución del sujeto que operan por un doble juego de objetivación-subjetivación. Este doble juego es resultado de las relaciones que se establecen entre los modos de pensar y de obrar de cada época histórica. Esto es, la subjetivación es posible en tanto el sujeto se objetiva en (se pone como) objeto de relaciones de saber y de poder de distinto tipo, ambas íntimamente vinculadas.

En la complejidad de la gestión están implícitos los valores, los intereses y las múltiples formas, relaciones, posibilidades de *tecnologías del yo y del poder*, como refería anteriormente Foucault: tecnologías de poder al centro de la institucionalidad y de la direccionalidad, de las que nos hablan y enseñan todas las teorías, no sólo sobre gestión sino también sobre planificación. Tal como lo plantea Testa (s/f), *quien planifica ya direcciona la gestión*; y es que —ya lo veremos— planificación y gestión son instancias inseparables, unas veces *nudo*, otras veces *laberinto* de la rutina pero también de la dinámica de la finalidad, de lo táctico y de lo estratégico en lo público. Las decisiones implícitas en la concepción tienen que tener impacto en los resultados; la Planificación/Gestión no habla sólo de lo real y la racionalidad sino que como comentan Spinelli y Testa

(2005) allí entran en juego lo imaginario y lo simbólico, a lo que sin duda es necesario aproximarse. Estos autores invitan a incorporar al sujeto en el despliegue de lo real, en el trabajo, en la gestión, en el gobierno y en la política.

Hasta este punto del recorrido de este trabajo van surgiendo preguntas que tratan de encontrar el sentido y conectar estas reflexiones al examen de la gestión venezolana ¿Cómo investigar y estudiar para actuar sobre la gestión del Estado y del gobierno; a la marcha de la gestión y de la nueva gestión, a la gestión de la forma de gestión que plantean los nuevos modelos como las Misiones Sociales. Al mismo tiempo ¿Cómo hacer para trabajar lo que refiere a la creación de condiciones para el aumento o no de su capacidad de acción y control de instituciones, planes y proyectos, tal como lo necesitamos, en el contexto de la coyuntura actual?

Gestión de las políticas públicas, del proceso público integral, a una sola y misma vez normativo y estratégico, financiero, organizacional, legislativo, administrativo, valorativo, técnico y tecnológico, emergente y táctico. Proceso institucional cambiante, en movimiento situacional, pleno de sentido, ideología, metodologías, de iniciativas y de decisiones, así como de actores y nuevos actores con necesidades y desafíos, de aliados y oponentes, cuyos entornos, intereses, conocimientos, compromisos y resultados, hay que tomar en consideración.

Debe pensarse constantemente en el funcionamiento institucional en el marco de lo que expresa Chauvière (2007) quien comenta que *cuando la gestión cesa de ser un servicio que beneficia una acción, se convierte en un poder sobre la acción*. Este autor sugiere que cuando ello ocurre, es entonces cuando *hay que hacer resistencias; hay que relanzar el problema de las condiciones de posibilidad de las prácticas sociales, las clásicas, las de ordinario, las más novedosas, y particularmente, hay que relanzar la interrogante acerca de los espacios de libertad sin los cuales, simplemente -ni siquiera las iniciativas más innovadoras- podrían desarrollarse*.

Al trabajar la gestión se pueden abordar modelos, teorías, métodos de gestión; ello alude a diseños, ejecución y operacionaliza-

ción para alcanzar resultados planeados. Al centro se encuentran las decisiones políticas. Puede uno referirse a gestión como proceso administrativo y/o como proceso político, cuya combinación y articulación, transacciones e intermediaciones es lo que tradicionalmente se trabaja académicamente. Sin embargo, más que considerarlo solo en los términos a los que aludimos al principio del párrafo, la gestión debe abordarse en cuanto es y puede ser nudo y laberinto, campo minado y de posibilidades, zona de turbulencias para descubrir –si necesario– otros modos de funcionar. Gestión equivale a territorio donde se entrecruzan tantas racionalidades y subjetividades, tantos principios y valores, o falta de ellos; tantos modos de financiamiento y de funcionamiento, de comunicación e incomunicación, de compromisos y de deberes de realización y de evaluación, o falta de ellos; tantas disciplinas, profesiones, oficios y saberes, planos, estrategias, capacidades, roles, prácticas, métodos e instrumentos; niveles de organización y de localización, fronteras y límites, intereses y contradicciones que su complejidad y posible complicación o fracaso, no se descartan.

Como área de conocimiento, aprendizajes y prácticas, reiterativamente cabe preguntarse ¿Qué tipo o tipos de poder e intereses dominan en la gestión pública y sobre qué principios, recursos, valores y sujetos se sustentan? ¿Qué ocurre y cómo operan esos dispositivos, fundamentos e instrumentos para lograr la efectividad y alcance –o no- de lo social, en las políticas públicas? Enorme desafío académico, técnico y cultural; desafío político, desafío práctico-operativo y desafío intelectual.

De acuerdo con el posicionamiento epistemológico y la racionalidad que oriente la gestión, esta puede tenerse por una parte, según Willmott (2011), como una acción compleja, generalmente concebida como combinación racional de autocracia y tecnocracia, controladora y exigente de rendimiento, en la que se observa que, *como manera particular de guiar la acción, de dirigir, de coordinar y de dar sentido a sus acciones, los miembros de una institución -o de una empresa- tienden a producir, a utilizar y a reproducir un discurso dominante del cual son a la vez y finalmente prisioneros (...) dando la impresión y generando el sentimiento de que no hay otra alternativa posible.*

Pero por otra parte, sin descuidar la significación e importancia de esa combinación y su permanencia en el tiempo a pesar muchas veces de las voluntades de cambio, no se dejará de avanzar en visibilizar la posibilidad de otras formas de inserción y participación en la democracia participativa y protagónica que a su vez conduce a la democratización de una eficiente gestión de gobierno. Es el mismo Willmott (2011) quien señala: *Si la gestión debe re-inventarse para devenir un elemento de respuesta a las crisis múltiples de la modernidad, una manera de avanzar, en lugar de contribuir a su intensificación, es la de abogar por su democratización, ampliando de manera radical el horizonte de cuentas que ella misma debe rendir.*

Todo ello también implica estudiar lo que son las distintas concepciones, definiciones y legitimidades; del poder, de la participación en el poder; de la democracia, de la participación del poder popular y del poder de ciudadanos y de la ciudadanía; de sus formas establecidas o emergentes para que en la gestión se incorporen no sólo la responsabilidad la auditoría y la contraloría, sino el contexto, el sentido, los derecho, y las leyes; la justicia y la equidad.

• CONCEPTUALIZANDO LA GESTIÓN EN SALUD

Desde el inicio de esta sección hacemos dos precisiones; en primer lugar el señalamiento de Dussel (2007) que nos advierte del *status hegemónico que ha alcanzado el Estado capitalista dentro de la sociedad actual, por medio de un orden de violencia, coacción y represión frente a quienes se le oponen y disienten.* Seguidamente Dussel nos habla del pensamiento antihegemónico, el que *desarrolla una conciencia de praxis social cuyo conocimiento político le permite reconocer y descubrir las causas de la dominación y se abre a la acción política como “pretensión política crítica de justicia”*

Los términos Gobierno, Gobernabilidad y Gobernanza están asociados íntimamente con Democracia, Estado y República (Bernales, sf; Vitarelli, 2008). No están sin embargo exentos de cuestionamientos, ni hacen la unanimidad. Para Monedero (2009), *Gobernabilidad y su retoño Gobernanza son justamente conceptos nacidos para regular,*

para disciplinar y ocultar el conflicto que atraviesa a las sociedades occidentales (estadistas, capitalistas, modernas), pero que deja abiertas puertas.

Al respecto y a la vez, Monederos (2009) nos dice: *ya nos resulta muy difícil pensar sin utilizar términos como gobernabilidad, gobernanza, transparencia, capital social y todos esos conceptos que yo llamo conceptos trampa, que están en lucha, que pueden caer de lado de la reacción o del lado de la emancipación.*

Conceptos similares como los de reforma sirvieron como trampa para que el neoliberalismo tratase de ganar terreno en Latinoamérica en los años 90, los cuales significaban para salud, entre otras cosas una serie de medidas que Rondón (1996) sintetiza de la siguiente manera: reducir la intervención del Estado en la prestación de servicios, estableciendo tres modelos de gestión de salud competitivos: Un modelo público abierto, con sistemas de recuperación de costos; un modelo de seguridad social, con acceso restringido; y un modelo privado para la población con capacidad económica y para los trabajadores del sector público con seguros privados de hospitalización, cirugía y maternidad; convertir a los hospitales y otros establecimientos públicos en empresas sociales; desarrollar un sistema escalonado de tarifas y un mecanismo estratificado de costos a subsidiar para reducir en un 75% el personal obrero y administrativo no productor de servicios de salud.

Las reformas de los 90 enraizadas en el Continente, tuvieron múltiples implicaciones para la eficiencia o ineficiencia y desgaste de la gestión pública nacional; modelos de gestión pública vehiculizados en América Latina por organismos internacionales de cooperación neoliberal (CLAD, 1998; Ruano, 2002) casi siempre ligados a las necesidades que enfrenta la crisis del capitalismo de re-establecer equilibrios financieros en democracia representativa, o como plantea Dussel (2009), en democracia de mercado.

La realidad de este panorama devastador es el que marca el compás a los movimientos sociales para el surgimiento de propuestas de gestión a partir de la racionalidad centrada en los procesos políticos, que contribuya al trabajo por el derecho a la inclusión social, humanizada y oportuna, con calidad científico-técnica, en la construcción

e interpretación efectiva de la nueva institucionalidad. Todo ello al interior de la problematización de la conciencia y de la indisoluble relación de producción-práctica social de la salud para el mejoramiento de las condiciones de vida y trabajo de toda la población.

Así entra en juego la discusión de las políticas de salud que a veces se refieren sólo a servicios para atención al enfermo y la enfermedad, y las políticas ampliadas a la consideración de la salud colectiva y sus determinaciones, en el marco de la dinámica y la estructura social, lo que a su vez pone sobre la mesa confrontaciones sobre hegemonías, filosofías, políticas, viejos y nuevos modos y modelos de gestión, tanto como sobre sus contradicciones y consecuencias.

Se reconocen también en este marco los intereses presentes como opción en cada uno de los juegos de poder, en cada modo y modelo de gestión pública, lo mismo que en las acciones, aceptaciones, negociaciones o resistencias de las poblaciones y los movimientos sociales a quienes la gestión es direccionada u ofrecida, en cumplimiento de una Constitución que legitima o no, los procesos y las propuestas en discusión.

Autores de la CEPAL como Cohen y Franco (2005) consideran el vector central que debe orientar la gestión social es el impacto que los programas y proyectos producen en la población a la que están dirigidos, lo que implica *un cambio radical en la forma de plantear el problema*. Para estos autores la política social proporciona prestaciones de diferente naturaleza a distintas poblaciones, en un entorno institucional variado y por lo tanto, resulta fundamental tener en cuenta estas peculiaridades de los modelos de gestión y superar la simplicidad y los supuestos de los esquemas tradicionales.

La vinculación de la gestión a los mecanismos de mercado está presente en la cooperación y es importante considerarla para comprender la situación actual de las relaciones entre lo exclusivamente público, lo privado y lo “mixto.” Es necesario introducir una perspectiva crítica respecto al análisis de la gestión social —así considerada por los mencionados autores— por cuanto el fondo de sus planteamientos, hechos desde la CEPAL⁸, guardan conexiones de in-

8 CEPAL: Comisión Económica para América Latina y El Caribe

terés con los del CLAD⁹ y otros organismos internacionales a través de los cuales lo que se vehiculizan reformas neoliberales.

Resulta pertinente en los análisis sobre la gestión en salud y sus consecuencias, utilizar los conceptos y análisis de otros actores y autores como Blondel (2011) y Fernández (2008), en gran parte pertenecientes a lo que ha sido denominado la escuela o movimiento intelectual de los Estudios Críticos de la Gestión, quienes cuestionan el status y la pertinencia de las teorías y prácticas tradicionales de la gestión; entre ellos, Hugh Willmott, de la Universidad Cardiff, en Gales-Reino Unido, citado por Leflaive (2011), claramente expresa que – ligadas a un **contexto**- *en la sociedad contemporánea neoliberal, en la que “la gerencia” se ha convertido ella misma en institución omnipresente, la forma de organización y gestión empresarial ha contribuido a precipitar sus crisis*. Señalan tales autores que las empresas -y en nuestro caso predominantemente las empresas farmacéuticas, de tecnologías medicas y de seguros- *dominan cada vez más la vida social y política, encarnando modos de gestión como formas institucionalizadas que afectan y moldean a sus empleados, a sus usuarios y al conjunto de la ciudadanía en general, a través de fundamentos, convenciones, definiciones, representaciones y modos de hacer hasta ahora incuestionados*, pero cuyas certezas deben ser analizadas críticamente.

Esas representaciones *tienen una dimensión política: ellas conceden valor a ciertas cualidades, personas y territorios; ellas devalúan otras, que son descalificadas y marginalizadas*. Parker, Fournier y Reedy quienes son también citados por Willmott, y por Leflaive (2011), hacen llamados para que *esas prácticas o relaciones sociales dominantes sean reemplazadas por alternativas menos portadoras de división, menos deshumanizantes y menos destructoras*.

Esta consideración no se orienta a la búsqueda de un reformismo; lo que propone es adentrarse a las raíces de lo que ha legitimado, en lo público, un modo o los modos de gestión que en la República Bolivariana de Venezuela confrontamos en el proceso de cambio. Modos de gestión que en no pocas ocasiones e instancias se mantienen como contra-proceso en lo cotidiano de la función

9 CLAD: Centro Latinoamericano de Administración del Desarrollo

pública y en sus reglas prácticas de funcionamiento, marginalizando el conocimiento de los fundamentos morales y políticos de la acción pública, ocultándose de manera formal o informal, en la normalización de la despersonalización de las responsabilidades, en la inercia burocrática, en la indiferencia frente al resultado.

Es por ello pertinente revisar también los conceptos involucrados en la prestación de servicios de salud pública inclusive en referencia a lo que Gómez (2005) denomina procesos vitales: aquellos eventos de naturaleza orgánica, psíquica y social que se articulan de manera sistemática y dinámica para hacer posible la conservación, disfrute y reproducción de la vida, incluyendo: la gestación y el nacimiento, el crecimiento y el desarrollo psico-físico, la nutrición, el desarrollo sexual y psicoafectivo, la interacción social, la producción y reproducción de la fuerza de trabajo, el envejecimiento y la muerte. Esto se extiende hasta la salud colectiva y la consideración de salud, vivir-bien, y buen-vivir.

Igualmente es menester en el campo de la gestión de salud tener en cuenta la conceptualización tradicional de los servicios llamados servicios de salud pública, ocupados predominantemente de la prevención del riesgo de enfermar y del control del daño a la salud, pero muy escasamente de la promoción de la salud que implica una extensión del campo de acción de la salud pública.

Así, en este escrito se puntualiza que el área de conocimientos y aprendizajes de gestión de salud colectiva se entiende y visualiza, como territorio posible de emancipación, de conceptualización y prácticas, al centro de la dinámica ético-política de una forma alternativa de concebir la gobernanza y la gobernabilidad con énfasis en el campo de la salud colectiva.

Se hacen explícitos estos puntos de vista, esta conceptualización que se somete a consideración, a discusión, puesto que una definición y una práctica en salud marcan siempre la direccionalidad de las Políticas de Estado y las Gestiones para que tanto la Acción Pública -la del interés de todos- como el Servicio Público, alcancen sus fines y objetivos integrales. Lo hacemos en la consideración plena de las determinaciones y determinantes que los constituyen y de

la participación también plena, de actores individuales, colectivos y sociales, ejerciendo sus poderes creativos y sus derechos, en cuanto pueblo y la ciudadanía.

• CONCLUSIÓN

En el marco de la transición al socialismo planteado en el Plan de la Nación 2007-2012 y 2013-2019, concebimos la gestión como conjunto de procesos, relaciones y procedimientos para organizar y consolidar el alcance del **vivir-bien/buen-vivir** en una sociedad en democracia participativa y protagónica, incluyente en la diversidad. Buen-vivir/Vivir-bien como forma de equidad y de igualdad de derechos y de justicia, que no rechaza los fundamentos morales en todo ello involucrado.

• REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Chauvière Michel (2007) Trop de gestión tue le social. Essai sur une discrète chalandisation. Editions La Découverte. Paris. Francia.

Blondel, M. (2011) Du pré carré á la compétence collective. La performance publique en quête d'auteurs. Editions de L'Aube, Francia

Cohen, E. y Franco, R. (2005) Gestión Social: Cómo lograr eficiencia e impacto en las Políticas Sociales. CEPAL. Siglo XXI. Mexico. RESEÑA: Consulta en línea 29-10-11 Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/133/13316109.pdf>

Dussel Enrique (2007) Las transformaciones históricas del Estado moderno: Tesis para interpretar las praxis antihegemónicas. En: Utopía y Praxis Latinoamericana 12 (36) Maracaibo, Estado Zulia. Venezuela. Consulta en línea: 15-11-12 Disponible en: http://www.scielo.org/ve/scielo.php?pid=S1315-52162007000100002&script=sci_abstract

Dussel E. (2009) Política de la liberación. Volumen II Arquitectónica. Trotta Editorial, S.A. Fundación Editorial El perro y la rana, 2011. Centro Simón Bolívar. Ministerio del Poder Popular para la Cultura. República Bolivariana de Venezuela.

Fernández, C. (2008) Una Introducción a los Critical Management Studies. Consulta en línea 12-10-11. Disponible en: http://www.econ.uba.ar/www/institutos/epistemologia/marco_archivos/ponencias/Actas%20XIII/Trabajos%20Episte/Fernandez%20Rodriguez_%20trabajo.pdf

Gómez, R. (2005) Gestión de servicios en salud pública. En: Salud Pública. Jorge Humberto Blanco y José María Maya (Editores) Corporación para investigaciones Biológicas. Medellín. Colombia

Gómez, R. (2011) Deleuze o “devenir Deleuze”. Introducción crítica a su pensamiento. ideas y Valores · número 145, páginas 131 – 149. Abril de 2011. ISSN 0120-0062 Bogotá, Colombia Consulta en línea

Leflaive, X. (2011) Repenser l'Entreprise et la Gestion. Un enjeu de société. .Ed ECONOMICA. Collection GESTION. Paris. Francia.

Monederos, J. (2009) El gobierno de las palabras. Política para tiempos de confusión. Fondo de Cultura Económico. Colección Política y Derecho. ISBN 978-84-375-0631-9 Consulta en línea 27-01-12. Disponible en: <http://www.juancarlosmonedero.org/wp-content/uploads/2011/08/Prefacio-El-Gobierno-de-las-Palabras.pdf>

Monederos J. (2007) Diálogo, Teoría Revolucionaria y Revolución. En: Ciencia y Revolución. Homenaje a Oscar Varsavsky. Debate Abierto. Ediciones del Ministerio del Poder Popular para Ciencia y Tecnología. Consulta en línea 21-08-2007 Disponible en: http://www.espaciovarsavsky.com.ar/Libro_VARSAVSKY.pdf

Parker M., Fournier, V. y Reedy, P. (2007) The Dictionary , of Alternatives: Utopianism and Organization. Zed Books Ltd. ISBN-10: 184277333X Consulta en línea 12-10-11 Disponible en: http://www.amazon.fr/Dictionary-Alternatives-Utopianism-Organization/dp/184277333X#reader_184277333X

Rondón,R. (1996) La Descentralización de la Salud Venezuela. Caracas. Litho Color.

Spinelli, H., y Testa, M. (2005). Del Diagrama de Venn al Nudo Borromeo: Recorrido de la Planificación en América Latina. Salud colectiva, 1(3), 323-335. Recuperado en 23 de abril de 2018

Testa Mario (s/f) Promoción del desarrollo local. Plan estratégico de ALUMINÉ. Desarrollo local y planificación estratégica. Dirección de Asuntos Municipales–Secretaría de Extensión Universitaria - Universidad Nacional de La Plata. Consulta en línea 21-07-11. Disponible en:

http://www.unlp.edu.ar/planalumine/uploads/docs/desarrollo_local_y_planificacion_estragica.estragica.pdf

Willmott, Hugh (2011) Prefacio a: Repenser l'Entreprise et la Gestion. Un enjeu de société. Xavier Leflaive. Ed ECONOMICA. Collection GESTION. Paris. Francia.

Zangaro Marcela (2011) Subjetividad y trabajo: Una lectura foucaultiana del management. Ediciones Herramienta, Buenos Aires, Argentina, ISBN 978-987-1505-21-0, 216 páginas. Consulta en línea 09-08-12 Disponible en: <http://www.herramienta.com.ar/subjetividad-y-trabajo-una-lectura-foucaultiana-del-management/>

Zangaro Marcela (2010) Subjetividad y trabajo: el management como dispositivo de gobierno. Trabajo y Sociedad (16) pp163-174. Santiago del Estero, Argentina. Consulta en línea 09-08-12. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/tys/n16/n16a10.pdf>

GESTIÓN DE LOS PROYECTOS EN SALUD COLECTIVA

Mary Ramos¹⁰.

• RESUMEN

La investigación surge para indagar la forma como se realizan las Prácticas de Gestión de Proyecto, como objeto de estudio, y destacarla, en lo específico, como realidad concreta, tanto en los Proyectos que se elaboran y desarrollan en el Programa de Formación de Grado - Gestión en Salud Pública (PFG-GSP), como en los del Centro de Estudio Salud Colectiva y Derecho a la Vida (CESACODEVI) de la Universidad Bolivariana de Venezuela (UBV), y detectar la probable existencia de una práctica de la gestión de proyecto distanciada de los principios filosóficos, epistemológicos, doctrinarios y metodológicos existentes sobre la materia; aquellos propios de la UBV y, por supuesto, el nuevo marco legal de la República Bolivariana de Venezuela. Se delineó como objetivo: construcción de Nuevos Principios y Acciones para la transformación de la Práctica Tradicional de la Gestión de los Proyectos en Salud, tanto en el PFG-GSP como en el CESACODEVI de la UBV, desde la consideración de la construcción colectiva, dialogo de saberes, en actividades de formación sustentado en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, Ley Plan Patria, Documento Rector y demás instrumentos normativos de la UBV. Parte desde el pensamiento crítico, utiliza una variedad de métodos, y asume la capacidad de gestión e impacto en la salud de la población, bajo la teoría y práctica de la Salud Colectiva que es lo que exige una construcción de conocimiento que de cuenta de transformación en salud. La importancia radica, en generar producción de conocimiento nuevo y distinto que permita desdibujar la práctica dominante en Salud, y de paso a la transformación de la práctica con resultados signifi-

10 Lic. Bioanálisis (U.L.A. 1.973); MSc. en Desarrollo Social. Mención Educación (U.C. 1.996); Dra. En Ciencias para el Desarrollo Estratégico. Área Gestión en Salud Pública (U.B.V. 2.016). CESACODEVI-UBV, Sede Caracas; Correo-e: maryramosr@gmail.com.

cativos en la satisfacción de las necesidades básicas en los espacios geo-históricos que son abordados desde el PFG-GSP y el CESACODEVI de la UBV.

Palabras claves: Gestión, Proyecto, Transformación en salud y Salud Colectiva.

PROJECT MANAGEMENT IN COLLECTIVE HEALTH

• SUMMARY

This investigation takes place to inquire the way which Project management practices are made, under study, highlight it, specifically, as a concrete reality, in projects that are made and developed in the PFG of management on Public health, as well as in the Universidad Bolivariana de Venezuela's (UBV) Centro de Estudio Salud Colectiva y Derecho a la Vida (Center for the study of collective health and right to live, CESACODEVI, for its acronym in Spanish) and detect the probable existence of a management project practice that distances itself from the philosophical, epistemological, doctrinaire and methodological principles in existence, those proper of the UBV, and of course those that are under the legal framework of the República Bolivariana de Venezuela. As an objective the following was outlined: The construction of new principles and actions for the transformation of the traditional practice of Health Project Management in the PFG-GSP as well as the UBV's CESACODEVI, taking collective construction, and a dialogue of different forms of knowledge into consideration to implement them in formational activities sustained in the Constitution of the Bolivarian Venezuelan Republic, Plan Patria, and guiding documents as well as the legal instruments and policy tools of the UBV. Such investigation draws from critical thinking, using a variety of methods and assumes the capacity of management and impact on Public Health, under the theory and practice of Collective Health that, is demanded by a construction of knowledge that will render a transformation in Public Health. The value and relevance of such investigation lies in generating new and distinct knowledge that

allows to blur the lines of the dominant health practice and in the process give room to the transformation of the practice with significant results which will satisfy and comply with the basic needs of Geo-Historical areas, needs that are addressed by the PFG-GSP and CESACODEVI respectively.

Key Words: Management, Project, Health transformation and Collective Health.

• INTRODUCCIÓN

El presente estudio aborda, en lo concreto, uno de los Programas de Formación de Grado (PFG) que se ofertan en la Universidad Bolivariana de Venezuela (UBV), el de Gestión en Salud Pública (G.S.P), y uno de los Centros de Estudio existentes en la UBV, el de Salud Colectiva y Derecho a la Vida (CESACODEVI), para, a partir de la indagación de la forma como se realizan las prácticas de gestión de proyecto, como objeto de estudio, destacarla, en lo específico, como realidad concreta, tanto en los proyectos que se elaboran y desarrollan en el Programa de Formación de Grado Gestión en Salud Pública (PFG-GSP), como en los del CESACODEVI, y a la vez detectar la probable existencia de una práctica de la gestión de proyecto distanciada de los principios filosóficos, epistemológicos, doctrinarios y metodológicos existentes sobre la materia; aquellos propios de la UBV y, por supuesto, el nuevo marco legal de la República Bolivariana de Venezuela (RBV).

La salud como un derecho, tal como aparece establecido en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV), señala el camino hacia la conquista de una vida en plenitud; una vida para las relaciones armónicas entre los seres humanos y entre los seres humanos y la madre naturaleza; una vida que se exprese, cotidianamente, en un constante respeto y fortalecimiento de todos nuestros derechos y al cumplimiento de todos nuestros deberes, individuales y colectivos.

Pero, el disfrute del Derecho a la Protección de la Salud individual y colectiva, solo se hará realidad tangible, si se realiza una

reconceptualización de lo que se ha de entender como Salud y como Enfermedad, que incorpore aspectos sociales, económicos, políticos y culturales en su condición de generadores de Procesos Destructivos y Protectores de la Salud que, en sus inter-relaciones, den cuenta de verdaderas transformaciones en lo comprensivo del campo de la Gestión en Salud dirigidas hacia la satisfacción de las necesidades.

Redefinidas, entonces, la salud y la enfermedad como una Unidad Dialéctica y como un Proceso Histórico y Social, y no como un estado o la simple ausencia de la enfermedad, habrá de surgir el replanteamiento de que las prácticas de la Gestión en Salud deberán diseñarse y desarrollarse transversalizadas por los distintos sectores involucrados en ésta, dando origen a una Gestión Integrada de la salud, con intencionalidad política, dirigida a la transformación de las condiciones de vida y de salud de las poblaciones.

Son los nuevos componentes que redefinen y reconceptualizan a la salud y a la enfermedad, descrita anteriormente, la que da soporte a este trabajo, y tiene como propósito avanzar en la profundización del estudio de la teoría y la práctica de la gestión en salud pública tradicional, a partir de una perspectiva teórica distinta, para su transformación, y, a la vez, para que, una vez reconstituida con nuevas categorías de estudio, sea concebida, entonces, como una estrategia en la que la toma de decisiones sea orientada por criterios de universalidad, equidad, eficiencia y eficacia en el manejo de recursos, sostenibilidad y búsqueda de impacto, que trascendiendo de esta manera, el modelo sanitarista dominante, propio del modo de producción capitalista, dirigiéndola a crear las condiciones para la superación de las desigualdades sociales.

• JUSTIFICACIÓN

Este trabajo apunta hacia la transformación de una teoría y una práctica dominantes en la gestión de los proyectos en salud pública, para sustituirla por una teoría y una práctica de gestión de proyectos alternativas (o en salud colectiva), que al ocurrir de esta manera,

permitirá relacionarlas, más directamente, con el Plan de la Patria en sus cinco objetivos históricos, de tal manera que esta transformación lleve implícita una cierta relevancia desde el punto de vista de su pertinencia política y social.

El elemento generador de la tesis doctoral que dio lugar a este artículo, ha sido la reflexión en torno a lo que se ha venido haciendo y a lo que debería hacerse, en el futuro, en el campo de la gestión de proyectos en salud, tanto en el PFG-GSP como en el CESACODEVI, de la UBV. Este proceso de reflexión ha contado con la participación activa de actores clave de la práctica de gestión de proyecto, tanto del PFG-GSP como del CESACODEVI: docentes, estudiantes, directivos y miembros de algunas comunidades, lo que ha permitido a éstos expresar, desde su experiencia, su visión de la realidad concreta de esa práctica en la actualidad, para así, exponiendo su punto de vista sobre la necesidad del surgimiento de nuevos postulados teóricos para transformar esa forma de práctica y así potenciar su acción para la gestión en salud.

• OBJETIVOS

Se intenta evidenciar en este trabajo, que la conquista del Derecho a la salud, y otros de carácter social, por parte del pueblo, requiere para su garantía, el compromiso de todas y todos en su defensa: Universidad, Pueblo y Estado. La vigencia y garantía de este derecho conquistado necesita, como ya lo mencionamos, del compromiso y voluntad política de sus sujetos-objetos para avanzar en concretar una Práctica de Gestión en Salud que realmente esté contextualizada en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV), y demás leyes de la República.

De lo que se trata, finalmente, en esta tesis doctoral es dar cuenta de cómo el proceso de indagación confirma las debilidades en la práctica de la gestión de los proyectos que se realizan en el PFG-GSP y CESACODEVI- de la UBV, a causa del distanciamiento entre el marco normativo y la práctica, lo que es expresión, a su vez, de las contradicciones que hay entre los fundamentos epistemo-

lógicos en los que se basa el currículum vigente y el Documento Rector (DR); con limitaciones graves para el proceso de Integración Socio-educativa (ISE), que de acuerdo a Córdova (2010)¹¹,

conceptualiza la integración socioeducativa como una praxis resultante del proceso que permite hacer que la parte pase a reconocerse como constitución del todo social y Geo-histórico, que alude a una relación expresada en un proceso de trabajo en el que la universidad se vincula, en una relación integral e integradora con la comunidad y el Estado, a partir de lo cual los saberes se encuentran en un solo espacio de formación-investigación y vinculación orgánica a las comunidades, cuyas necesidades pasan a ser objeto de trabajo compartido entre la universidad, el Estado y la comunidad misma, a través de sus actores principales: estudiantes, profesores, organizaciones sociales, consejos comunales, instituciones.

Ampliando la idea de lo que debe concebirse como Integración Socioeducativa (ISE), Córdova puntualiza que, a su vez, es el proceso a través del cual “la universidad, comunidad y Estado”:

- encuentran un objetivo común que los integra, a partir del reconocimiento de la unidad de lo diverso que representan las realidades locales enmarcadas en la realidad nacional;
- superan la separación en partes distintas, y
- en síntesis, avanzan juntos a construir una totalidad comprometida con la formación-investigación-acción-participativa-transformadora en el sentido del proyecto de nación.

Y señala que la unión de todos los proyectos donde se encuentran Universidad-Comunidad-Estado en los espacios Geo-históricos y geopolíticos, generará saltos importantes, en lo que a transformación se refiere tanto para la comunidad,

¹¹ Córdova, Marlene Yadira. (2.010). *Modelo para la gestión de la Integración Socio-Educativa de la UBV*. Tesis Doctoral.

universidad y los sujetos que participan, para el proyecto de país como conjunto.

Córdova complementa su Propuesta de lo que debe ser la Gestión de la Integración Socioeducativa conceptualizándola como “proceso participativo” que conjuga “el plan, la conducción y la gobernabilidad para la acción transformadora” que se apoya “en metodologías científicas” y, desde el Enfoque Estratégico Situacional, permite generar “impactos, logros y resultados”.

Integración Socioeducativa que se ha propuesto la UBV, y esto lógicamente es un efecto negativo para la UBV y para todos los que constituimos la comunidad universitaria; pareciera haber un problema en la relación Universidad–Sociedad, que trae, también, consecuencias para el Estado Venezolano y para el proceso de transformación Social, problemas que tienen que ser resueltos por la UBV como universidad nacida en y para la Revolución, en su proceso sustantivo de formación de los profesionales orgánicos, la integración socio-académica, y la reproducción de prácticas transformadoras.

Si existen debilidades en la práctica de gestión de los proyectos, ese proceso de transformación no se va a consolidar y hay un problema para el estado venezolano en cuanto a lo que establece el Plan de la Patria, por lo que se propone desde esta investigación darle viabilidad al proceso de transformación de la práctica de la gestión de los proyectos en salud en el PFG-GSP y CESACODEVI, a través de la construcción de principios y acciones para la práctica, y el impulso de un proceso de cambio y transformación que desdibuje la práctica dominante en salud y dé paso a la producción de conocimiento nuevo y distinto que permita la transformación de una práctica con resultados significativos en la satisfacción de las necesidades básicas en los espacios geo-históricos que son abordados desde el PFG-GSP y el CESACODEVI de la UBV.

• LA TRANSFORMACIÓN EN SALUD COLECTIVA

El estudio de la realidad, en este caso salud, debe ser abordado por el método dialéctico que estudia la realidad por aproximaciones sucesivas. El método dialéctico estudia lo aparente, pero va más allá, hasta llegar a la esencia a partir de la deducción, inducción.

Es el método dialéctico el que permite estudiar la salud, en este caso, en sus diferentes niveles de análisis, de lo singular a lo general pasando por lo particular, y de lo general a lo singular pasando por lo particular. Quiere decir que es abstracto, porque el estudio de una realidad amerita que se plantee los diferentes niveles.

Tal y como lo refiere Breilh (1.986)¹² en la dimensión general, la naturaleza, y la sociedad como su expresión más desarrollada y compleja, se oponen y determinan mutuamente. De acuerdo a la forma de organizarse, de lo social, a la estructura productiva en última instancia, se establece un patrón de transformaciones. La sociedad modifica la naturaleza, y agrega elementos a la misma en formas y cantidades variables, de acuerdo al desarrollo de la fuerza productiva de esa sociedad, y a las relaciones históricas que modelan su trabajo, y la distribución de los productos de todo orden.

A su vez la naturaleza, la naturaleza específica como territorio de las posibilidades de desenvolvimiento de la sociedad, constituyendo por esa razón la primera de las fuerzas productivas.

Por eso, a diferencia de lo que sostiene el “ecologismo empírico” que tanto ha influido a la epidemiología convencional, la naturaleza no es un recipiente estático de climas, especies vegetales y animales, sino un mediador territorial de la reproducción social.

En la dimensión particular, cada grupo socioeconómico, desenvuelve un patrón distinto y cambiante de relaciones socio-natural, cada uno tiene un patrón de vida característico, que determina su movimiento de relación entre el ambiente y las condiciones genéticas y fisiológicas, típicas que lo caracterizan. Así, cada clase social o grupo específico, durante una etapa de su desarrollo va a tener

12 Breilh, Jaime. (1.986). *Epidemiología, Economía, Medicina y Política*. Editorial Distribuciones Fontanamara. Tercera Edición. México, D.F.

un patrón genotípico propio, es decir, los genotipos y fenotipos no son estáticos, ni sus condiciones dependen de procesos puramente biológicos. La estatura promedio de un grupo social o racial, es una resultante genotípica que se transforma históricamente. Está demostrado el origen único de las razas, mediante la investigación de los genes mitocondriales (ADN extranuclear), y ha sido el sometimiento prolongado a condiciones propias de reproducción social el que ha determinado la separación de razas, en respuesta a patrones típicos de vida que producen características fijables hereditariamente. Lo mismo sucede con todo el grupo social.

Lo cierto es que los geno-fenotipos de las clases y grupos sociales no son estáticos y tienen una “plasticidad diferente y cambiante, una capacidad morfológica, fisiológica y genética con la que enfrentan sus condiciones de vida”. En definitiva, hay un juego entre la historia y nuestra parte animal, entre la historia y nuestra configuración fisiológica, entre la historia y nuestras normas de reacción genética, todo lo cual tiene que ser tomado en cuenta a la hora de definir los contenidos de la investigación, la integración de disciplinas, los planes y criterios de acción.

Por todo lo antes dicho, la conclusión general que nos lleva a cerrar este tratamiento de la unidad del objeto es la de que, la salud no se reduce a la aparición de un trastorno y la búsqueda de un servicio curativo. Los problemas de salud no comienzan con la aparición de enfermedades, ni terminan con el tratamiento de los casos. El que una persona esté activa y “funcionando” no quiere decir que está sana, ni tampoco el que una persona esté enferma quiere decir que, no tiene en su organismo y en su vida recursos de salud que están luchando contra los procesos dañinos.

Las condiciones de salud de las personas y de los grupos sociales, son el resultado de ese proceso complejo y dinámico que se produce socialmente, en todos los ámbitos donde la vida social se desarrolla. Las Condiciones de Salud de los trabajadores de la ciudad, por ejemplo, se producen en:

- Sus centros laborales;
- En el ámbito del consumo familiar en la casa;

- En la vida organizativa, y;
- En la vida cultural.

Todo eso en espacios o ambientes determinados. En cada uno de esos espacios de la vida social, ocurren hechos que son destructivos para el funcionamiento del cuerpo o de la mente de los trabajadores. En todos y en cada uno de esos mismos sitios, ocurren también hechos que son beneficiosos para la salud. Dicho de otra forma, los procesos fisiológicos y condiciones psíquicas (fenotipo), así como las normas de reacción genética (genotipos), se debaten entre lo fisiológico y lo fisiopatológico, debido, justamente, a los condicionamientos del patrón de vida, mediado por los procesos coyunturales de su cotidianidad. Es decir, la vida humana se forja entre los aspectos que nos hacen daño y los que nos protegen en cada momento, y el resultado de esas contradicciones es lo que se llama la “salud-enfermedad”, cuyos “fenómenos observables” se hacen evidentes en las personas.

La vida humana no es estática ni tiende a un movimiento cerrado, sino que se caracteriza por una transformación constante cuyas propiedades sobresalientes son:

1. La vida humana es un proceso esencialmente colectivo, caracterizado por un movimiento (histórico) regido por leyes, que constituyen su esencia y que se manifiestan en hechos observables denominados fenómenos;
2. El mundo real es esencialmente contradictorio y por eso dinámico;
3. La realidad Social es unitaria y no parcelada, pese a que existen procesos generales, particulares y singulares, les caracteriza el compartir propiedades definitorias universales, es decir, existe unidad en medio de la diversidad; y,
4. La vida colectiva se realiza como parte de un mundo jerarquizado, donde existen Procesos que tienen mayor peso, al definir las características del movimiento, que otros.

• GESTIÓN DE PROYECTOS EN SALUD

La práctica de gestión de proyectos en salud en el PFG-GSP y en el CESACODEVI de la UBV.

Se admite el uso de los criterios recogidos en entrevistas, conversatorios, cuestionarios, revisión documental y los aportes reflexivos de las ponencias de las jornadas ya mencionadas.

La caracterización de la práctica de la gestión de proyectos en el PFG Gestión en Salud Pública y en el Centro de Estudio Salud Colectiva y Derecho a la Vida, da cuenta de la debilidades de esa práctica, que no ha permitido la construcción de un proceso que apunte hacia la transformación en salud, y estas debilidades son expresión de la necesidad de una ruptura ontológica, epistemológica y metodológica, necesaria para el surgimiento de una gestión de proyecto en Salud Colectiva.

Dicha caracterización sustenta los aportes esenciales propios de esta tesis doctoral y, fundamentalmente por la confirmación que hacen los actores seleccionados, al reconocer, a través de la actividad principal, las jornadas de reflexión, las distancias entre la teoría y práctica de la gestión, y los aportes para resolverlas.

Principios y acciones para el cambio de la práctica de la gestión de los proyectos en salud pública tradicional por una práctica de la gestión de proyectos en salud colectiva.

Fundamentos teóricos y acciones para generar cambios en la forma tradicional de gestionar proyectos en salud. Medición de la capacidad necesaria para gestionar proyectos en salud.

En el triángulo de hierro de Matus (1987)¹³, observamos que subyace el proceso de trabajo. En sus vértices, la agenda del dirigente, que refiere la administración de tiempo, y el delegar, para asumir otras actividades; la gerencia por operaciones, en la que los responsables dan cuenta de su capacidad y compromiso, asumiendo

13 Matus, Carlos. (1987). Política, planificación y gobierno. Organización Panamericana de la Salud (OPS) e Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES). Caracas, Venezuela.

do todas y cada una de las responsabilidades y, además, un sistema de petición y rendición de cuentas, donde se pide, a todos y cada uno de los comprometidos, la respectiva rendición de cuentas. Así mismo y subsumido en ello, lo que afirma, muy acertadamente, Mario Testa (1993)¹⁴ “una militancia socio-política”. Todo ello debe darse en un contexto caracterizado por “la capacidad organizativa de la población y la objetividad de pensamiento transformador de quienes tienen la responsabilidad de dirección”, como lo afirma Hernández, Máximo. (2.014)¹⁵.

Acciones:

- Una formación política ideológica metodológica de docentes, comunidad y estudiantes.
- Lograr la articulación de los diferentes PFG con las comunidades.
- Superar las inconsistencias en el uso de la didáctica para entender que el fin último del trabajo comunitario es la transformación del modelo social hegemónico.
- Profundizar en la formación docente, los estudiantes y la comunidad en la investigación-acción transformadora, liberadora y emancipadora.
- Profundizar el estudio sobre la construcción del estado comunal.

¿Cómo instrumentarlas?

- Integración socioeducativa.
- Reflexión permanente.
- Avanzar en un plan nacional de formación epistemológica, didáctica, ético-política, política-ideológica, de docentes, estudiantes y de la comunidad.

14 Testa M. Pensar en Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1993.

15 Hernández, Máximo. (2.014). Conferencia Gestión en Salud Pública. Gestión en Salud Colectiva. II Jornadas Nacionales de Producción y Recreación de Saberes UBV. Caracas. Venezuela.

- Transformar, revisar los contenidos de la Unidad Curricular Proyecto Académico Comunitario (PAC) en el PFG de Salud Pública, para de manera coherente estar a la altura de las exigencias, de los retos como país para hacer evidente el impacto social, con claridad revolucionaria y profundo amor a la patria, fortaleciendo constantemente los valores socialistas.

Los PFG de la UBV, articulados todos con los PFG de Salud, y los Programas de Formación Avanzados (PFA), bajo estas premisas tienen el reto de pensar en el campo de la salud para escapar de la armadura que atrapa las enfermedades y avanzar en el campo de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

• CONCLUSIONES GENERALES Y PROPUESTAS

La Revolución Bolivariana, en su transitar al socialismo del siglo XXI, va creando condiciones para que ocurra un cambio sustancial en el campo de la salud/enfermedad. Desde los preceptos constitucionales, hasta la creación de instituciones que, como espacios de lucha por el surgimiento de una práctica contrahegemónica en salud, sirva de base a la construcción permanente de Conocimiento Científico-Técnico en la academia en su encuentro con los saberes del pueblo, para una protección de la salud más humana.

Conclusiones que derivaron de cada análisis reflexivo:

1. La importancia, en cuanto a que, los docentes que trabajan en área de la salud deben adoptar cambios y transformaciones en los contenidos temáticos que dictan, de manera que impulsen la creación de conocimiento nuevo y distinto, bajo enfoques teórico-metodológico y ético-políticos alternativos, dejando de lado el modelo biomédico dominante que aún pesa en los espacios de formación en salud.
2. Que en Salud Colectiva, las categorías del materialismo histórico la estudian como espacio para la política, distinto al caso de la salud como negocio, propio del modo de producción capita-

lista en cuyo estudio se utilizan “factores” conceptos propios de la visión funcionalista, positivista, de la salud y la enfermedad.

3. Debe entenderse que la salud colectiva es también salud pública porque estudia, analiza y reflexiona sobre grupos de población, pero son distintas en sus perspectivas teóricas. En el estudio de la salud colectiva se usan categorías teórico-metodológicas e histórico sociales propias del materialismo histórico, que permiten una visión del mundo y la sociedad, siendo una teoría que permite llegar a lo concreto-real, es decir a la verdad científica.
4. El proceso de sustitución de la forma de gestión de la salud pública tradicional en gestión en salud colectiva, a partir de los resultados de la investigación realizada, permite la reconstrucción de la gestión de proyecto en salud, caracterizándolo, entonces, como proceso histórico-social e incorporándole el necesario compromiso político y la decidida participación protagónica del pueblo, de las instituciones del sector y de la universidad, para influir colectivamente sobre los determinantes sociales de la salud-enfermedad, tipificados como las condiciones, modos y estilos de vida. Esta articulación garantizaría construcción permanente de conocimientos que impulsen las políticas públicas en salud.
5. Para el caso de la elaboración de un proyecto en salud colectiva, éste consistiría en un proceso de producción y articulación de saberes y conocimientos, con acciones intencionadas, que den cuenta de una vida saludable, de un proceso continuo de participación de la población organizada, con conocimiento pleno de sus condiciones de vida y de trabajo y los modos y estilos de vida como determinantes sociales de la salud, para así, dar respuestas oportunas a las causas que determinan y condicionan las situaciones-problema, para prever sus consecuencias. Se trataría, entonces, de un proceso complejo, continuo y direccionado a través del monitoreo y acción constante sobre los determinantes sociales de la salud-enfermedad, para garantizar la satisfacción de las necesidades en salud de los individuos.
6. El fondo de la gestión es el poder cambiar todo lo que tenemos de construcción institucional que ha estado apoyado en la epi-

- demiología tradicional, haciéndose necesario pasar a otra institucionalidad, es decir, de lo técnico a lo político.
7. Esta síntesis teórica, de la transformación de la gestión de proyectos de salud pública tradicional en gestión de proyectos en salud colectiva, precisa del uso de cada una de las categorías en estudio en articulación con el referente político. De allí el reto de la UBV, y el de todos los otros sectores involucrados, para dar viabilidad a esta propuesta, en un todo de acuerdo al mandato Constitucional, al primer Plan Socialista 2.007-2.013 y a la Ley Plan de la Patria 2.013-2.019, quedando así establecido, para esta tesis, que la transformación de la práctica de la gestión de proyectos en salud pública tradicional en una nueva práctica de proyectos en salud colectiva, amerita tener la necesaria direccionalidad para construir salud para el pueblo venezolano, proceso que gira alrededor de unos principios y acciones necesarias para una vida saludable, que garantice librar de necesidades a toda la población de la RBV.
 8. Se debe reconocer que tanto los proyectos en salud, como su gestión, trabajados desde el concepto de salud de la OMS, que también maneja y difunde la OPS, y de hecho, la salud pública tradicional, están influenciados por su dependencia del Modelo Médico Hegemónico, la medicina curativa y el pensamiento positivo-biologisista, en tanto que la práctica dominante ha ubicado la salud de los pueblos como un campo profesional denominado salud pública, y la salud pública concibe la salud y la enfermedad como problemas en parcelas aisladas, generadas por riesgos materiales o psicológicos, con explicaciones causales inmediatas. Este enfoque de la salud pública está caracterizado por la visión tecnocrática y la práctica individual medicalizada.
 9. La caracterización de la práctica de la gestión de proyectos, tanto en el PFG Gestión en Salud Pública como en el Centro de Estudios en Salud Colectiva y Derecho a la Vida, da cuenta de las debilidades de esa práctica, situación que no ha permitido la construcción de un proceso que apunte hacia la transformación en salud. Estas debilidades son expresión de la ausencia de una

ruptura ontológica, epistemológica y metodológica, necesaria para el surgimiento de una gestión de proyecto en salud colectiva.

10. Se asume Gestión de Proyecto en Salud Colectiva como un proceso político-académico que articula, universidad, instituciones públicas de Salud y poder popular, a través del Dialogo de Saberes, con participación protagónica y corresponsable para investigar, analizar e interpretar los espacios geohistóricos y de trabajo, y lograr las transformaciones necesarias, con continuidad en el tiempo, a través de la práctica de los valores revolucionarios, éticos y morales en la construcción de un orden social distinto al hegemónico que forje una nueva hegemonía cultural.
11. Se reconoce, para esta investigación, una práctica de la gestión de proyecto como un conjunto de actividades que se realizan en perfecta articulación entre todos los P.F.G. y P. F. A, existentes en la UBV y con las comunidades, las organizaciones populares, movimientos sociales y las instituciones del Estado, en un proceso sistemático, con valores éticos y compromiso político, con la intencionalidad de los intervinientes de construir salud, asumiendo los aportes de la salud colectiva, y el decidido esfuerzo de estar en consonancia con los postulados del proyecto de país, en correspondencia con lo señalado por Granda (2004)¹⁶: “desarrollar ese cuádruple movimiento que nos recomienda Testa de construcción de sentido y significado, de constitución y determinación”.
12. Revisar, para corregir, las contradicciones que se dan entre los fundamentos epistemológicos en los que se basa el currículo vigente, con los del Documento Rector.

16 Granda, Edmundo. (2.004) ¿A qué llamamos Salud Colectiva hoy? Revista Cubana Salud Pública, 30(2). Revista Cubana de Salud Pública versión On-line ISSN 0864-3466. Rev. Cubana Salud Pública v.30 n.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2.004. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200009. Consulta 12-02-2.010.

• REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Breilh, Jaime. (1.986). *Epidemiología, Economía, Medicina y Política*. Editorial Distribuciones Fontanamara. Tercera Edición. México, D.F.

Córdova, Marlene. (2010). *Modelo para la gestión de la Integración Socio-Educativa de la UBV*. Tesis Doctoral.

Granda, Edmundo. (2.004) *¿A qué llamamos salud colectiva hoy?* Revista Cubana Salud Pública, 30(2). Revista Cubana de Salud Pública *versión On-line* ISSN 0864-3466. Rev. Cubana Salud Pública v.30 n.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2.004. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200009. Consulta 12-02-2.010.

Hernández, Máximo. (2.014). Conferencia *Gestión en Salud Pública. Gestión en Salud Colectiva*. II Jornadas Nacionales de Producción y Recreación de Saberes UBV. Caracas. Venezuela.

Matus, Carlos. (1987). *Política, planificación y gobierno*. Organización Panamericana de la Salud (OPS) e Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES). Caracas, Venezuela.

Testa, M. (1993). *Pensar en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

• DOCUMENTOS:

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV) (2.000). *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, N° 5.423 (Extraordinario), Marzo 24, 2.000.

Ley del Plan de la Patria (LPP) (2.013). Segundo Plan Socialista de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2.013 – 2.019. *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela* N° 6.118 Extraordinario, 4 de Diciembre de 2.013. Disponible en: <http://www.onapre.gob.ve/index.php/publicaciones/descargas/finish/36-ley-del-plan-de-la-patria-2013-2019/209-ley-del-plan-de-la-patria-2013-2019>. Consulta 10 de mayo 2.014.

RBV, Presidencia. *Proyecto Nacional Simón Bolívar Primer Plan Socialista Desarrollo Económico – PPS – Social de la Nación 2.007-2.013*. Caracas, Venezuela. Disponible en: http://chile.embajada.gob.ve/images/stories/Proyecto_Nacional_Slmon_Bolivar.pdf.

UBV. (2.004). *Documento Rector (DR)*.

UBV. (2.007). *Programa de Formación de Grado Gestión en Salud Pública (PFG-GSP)*.

UBV. (2.009). *Reglamento General de la UBV*. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 39.100 publicada el 16 de enero 2.009.

UBV-CESACODEVI (2.008). *Centro de Salud Colectiva y Derecho a la Vida de la UBV. Propuesta de Creación*. Caracas, mayo 2.008.

MODELO PEDAGÓGICO PARA LA ATENCIÓN EDUCATIVA INTEGRAL A LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS EN LOS ESPACIOS EDUCATIVOS EN EL CONTEXTO HOSPITALARIO

Dra. C. Yelitza John Rangel¹⁷

• RESUMEN

El presente artículo cumple con la intencionalidad de dar a conocer a la comunidad científica, la propuesta de un Modelo Pedagógico para la Atención Educativa Integral a las niñas y los niños en los espacios educativos en el contexto hospitalario. En el Modelo Pedagógico se determinaron los fundamentos filosóficos, axiológicos, sociológicos, biológicos, psicológicos, pedagógicos, didácticos y legales cónsonos con la filosofía del humanismo social. Asimismo se determinaron y contextualizaron los principios y se construyeron las exigencias educativas. La valoración mediante el criterio de los especialistas, corrobora la viabilidad y factibilidad del Modelo Pedagógico. Se considera un aporte fundamental en este momento histórico de cambios y transformaciones en el Sistema Público Único Nacional de Salud.

Palabras claves: educación integral, modelo pedagógico, espacios educativos, contexto hospitalario, educación en salud

• RESUMO

O presente artigo cumpre com a intenção de dar a conhecer à comunidade científica, a proposta de um Modelo Pedagógico para Atenção Educativa Integral às crianças nos espaços educativos no contexto hospitalar. No Modelo Pedagógico se determinaram os fundamentos filosóficos, axiológicos, sociológicos, biológicos, pedagógicos, didáticos e legais em concordância com a filosofia do humanismo social.

¹⁷ Docente Instructora de la Universidad Bolivariana de Venezuela. Yelitzajohn2017@gmail.com

Do mesmo jeito se determinaram y contextualizaram os princípios e se construíram as exigências educativas. A valoração perante o critério dos especialistas, da testemunha da viabilidade e factibilidade do Modelo Pedagógico. Considera-se um aporte fundamental neste momento histórico de mudanças e transformações no Sistema Público Único Nacional da Saúde.

• INTRODUCCIÓN

El proceso de refundación de la República teniendo como referencia la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) para la construcción de una sociedad democrática, participativa y protagónica, multiétnica y pluricultural con el salto de una democracia política representativa a una democracia social de participación y protagonismo del pueblo en medio de grandes desigualdades, el inicio de la construcción de un Estado de Derecho y de Justicia en el marco del humanismo, donde lo principal son las personas, el ser humano es referencia, traza el camino para el proceso de transformación educativa, que conlleva a una educación pertinente a la idiosincrasia, las raíces históricas, al pensamiento de la liberación y a la construcción del socialismo.

Cada día son mayores los esfuerzos que se realizan para generar los cambios en la administración pública. Por ello, surge la necesidad de probar dinámicas y procedimientos, modelos de actuación e indicadores de logro, que modelen la nueva institucionalidad para los espacios educativos en el contexto hospitalario y su gestión, que responda al Estado Social de Derecho y de Justicia Social.

La transformación educativa que se realiza en la República Bolivariana de Venezuela, considera hacer efectivo el derecho a la educación de calidad para todos y todas, asegurando la plena participación, aprendizaje y desarrollo de cada persona y prestando especial atención a quienes, por diferentes razones, se encuentran en situación de vulnerabilidad o desventaja educativa y social, como son las niñas y los niños que requieren atención médica u hospitalaria en forma permanente o transitoria.

La bibliografía consultada por la investigadora, permite comprender que diversos autores en distintas partes del mundo, en la práctica como docentes de aulas hospitalarias, reflejan en sus investigaciones, la importancia del trabajo que realizan en el contexto hospitalario, no obstante, se aprecia la falta de concreción de un modelo pedagógico que permita la evolución y erradicación de las deficiencias aún existentes.

La hospitalización es una situación especial en la vida de una niña o de un niño, requiere cuidados específicos, ya que supone una experiencia totalmente nueva de contraste entre la salud y la enfermedad, una separación de sus padres, hermanos y del entorno de su hogar, su grupo escolar, su maestra. Todo ello teniendo en cuenta que se trata de personas con pautas de desarrollo de la personalidad, emocional y social diferentes.

A lo largo del tiempo, docentes y profesionales relacionados con la atención de las niñas y los niños en el contexto hospitalario, han expuesto a través de diversos documentos los derechos de estos, como son la Carta Europea de los Derechos de las niñas y los niños hospitalizados, aprobada por el Parlamento Europeo (doc. A2-25/86)¹⁸, Carta de Escolaridad del Niño Enfermo (HOPE 2000)¹⁹ y recientemente, la Declaración del Niño, la Niña y Joven Hospitalizado y/o en Tratamiento de Latinoamérica y el Caribe (2009)²⁰ en el ámbito de la Educación.

Desde los años cincuenta existen evidencias científicas sobre los efectos adversos de la hospitalización en las niñas y en los niños, habiéndose publicado recomendaciones que intentan evitar o reducir las consecuencias indeseables de las mismas.

En Venezuela, se puede considerar que la atención educativa a las niñas y los niños en el contexto hospitalario, se inicia para ofrecer la

18 Parlamento Europeo. (1986). Carta Europea de los Niños Hospitalizados.

19 HOPE. (2000) Asamblea General en donde discutieron los pedagogos europeos, y a través de esta carta sintetizan la atención educativa que deben recibir las niñas y los niños hospitalizados.

20 Asamblea General de la Red Latinoamericana y del Caribe por el Derecho a la Educación de Niños, Niñas y Jóvenes Hospitalizados y/o en Tratamiento. (2009) Declaración de Rio de Janeiro. Brasil.

continuidad educativa y garantizar la prosecución escolar de los estudiantes que por su condición, no habían iniciado su escolaridad y se mantenían por largos periodos hospitalizados y posteriormente, se extiende a aquellos que presentaban quemaduras y que progresivamente se ha ido extendiendo a los centros hospitalarios de todo el país.

Esta modalidad de atención educativa está normada en la política educativa, en la Conceptualización y Política de la Modalidad de Educación Especial (1998), la que ha sido asumida no sólo por el ente rector, sino a través de organismos tales como: la Fundación “Niño Simón” y las Secretarías de Educación de las Alcaldías y Gobernaciones.

Si bien esto ha favorecido la creación y consolidación de aulas hospitalarias, Centros Educativos Hospitalarios o Escuela Hospitalaria (denominación actual, pero que a fines de este trabajo se denominarán Espacios Educativos en el contexto hospitalario, la autora constató mediante el estudio de caso realizado en el aula hospitalaria ubicada en el estado Anzoátegui, denominada Centro Educativo Hospitalario “Dr. Rafael Tobías Guevara”, que existen una serie de insuficiencias que inciden en la atención educativa integral a las niñas y a los niños, tales como:

- Falta de comunicación y coordinación entre los médicos, el personal sanitario y docentes para determinar las necesidades actuales y cómo éstas influyen de una u otra forma en el proceso educativo, de conjunto con los padres-representantes, maestros de la escuela de origen y miembros de las comunidades.
- Inconsistencias en el diseño de las actividades educativas en correspondencia con las necesidades educativas especiales y las necesidades especiales de salud.
- Falta de correspondencia entre las actividades planificadas y las realizadas.
- Poco dominio de las características de las niñas y los niños con necesidades educativas especiales y con necesidades especiales de salud.
- Insuficiencias en la contextualización de los contenidos de las

enseñanzas, el sistema de relaciones aúlicas, la orientación de los procesos y evaluación de los mismos.

En general se constata la inexistencia de un plan que oriente las acciones a seguir en relación a las niñas, los niños, la familia y la comunidad.

De lo anterior se deriva la siguiente contradicción: la educación es un derecho humano y un deber social fundamental, concebida como un proceso de formación integral, gratuita, de calidad, permanente, continua e interactiva, que promueve la construcción social del conocimiento, sin embargo, la atención educativa que reciben en la actualidad las niñas y los niños en los espacios educativos en el contexto hospitalario del estado Anzoátegui, presenta insuficiencias en la concepción, la dinámica y la práctica del proceso educativo, desarrollada ante la presencia de una niña y un niño con problemas de salud, lo que requiere un cambio que garantice la atención educativa integral.

Se plantea como **problema científico** a resolver: ¿Cómo contribuir a la atención educativa integral a las niñas y a los niños en los espacios educativos en el contexto hospitalario, en correspondencia con las exigencias sociales de la educación venezolana?. Para dar solución al problema planteado se declara como **objetivo de investigación**: proponer un modelo pedagógico que contribuya a la atención educativa integral a las niñas y a los niños en los espacios educativos en el contexto hospitalario “Dr. Rafael Tobías Guevara”, en correspondencia con las exigencias sociales de la educación venezolana.

Métodos de Investigación: A lo largo del proceso investigativo se consideró pertinente utilizar la concepción dialéctico materialista, que permitió revelar el origen, evolución y proyección del objeto de estudio, la atención educativa a las niñas y los niños en los espacios educativos en el contexto hospitalario, como sustento de una propuesta de mejoramiento, con sus contradicciones y tendencias.

Para la realización de las tareas investigativas se utilizaron los siguientes **métodos del nivel teórico**: histórico-lógico, análisis-síntesis, sistematización teórica, inducción-deducción, análisis de con-

tenido teórico: para determinar los indicadores que se emplearon en el estudio de los documentos y las normativas, enfoque de sistema y la modelación. educativa integral y la determinación de los principios, las exigencias y sus relaciones.

Los métodos del nivel empírico que permitieron la obtención de datos: la entrevista, la observación, y la triangulación.

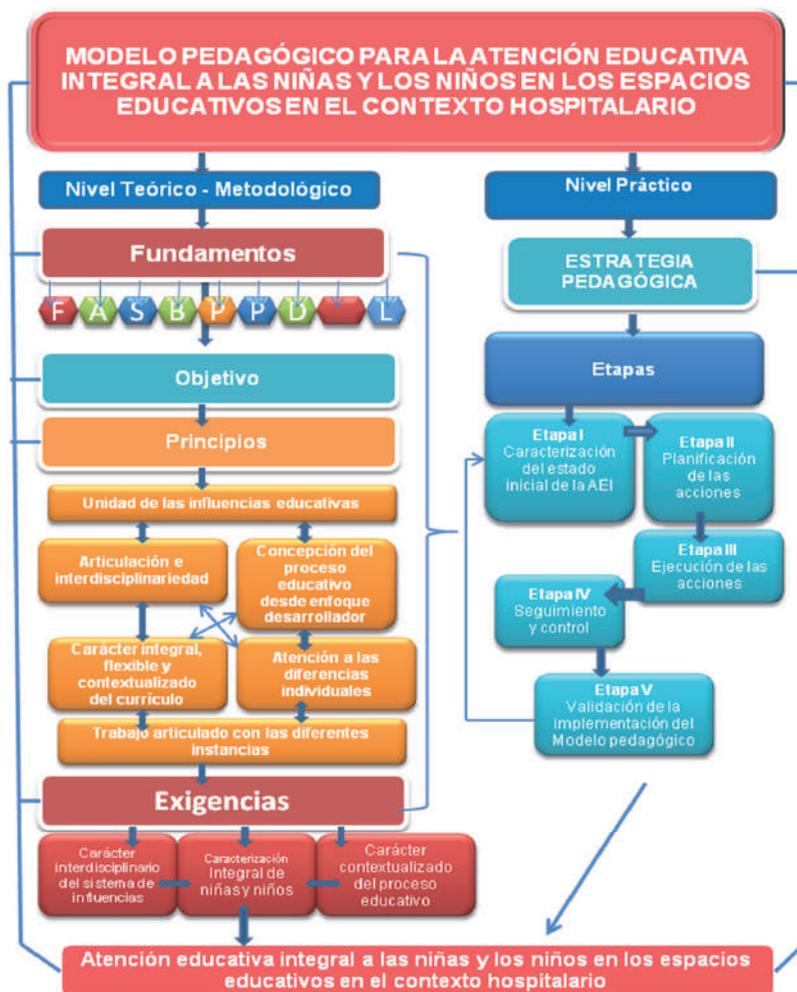
La novedad científica se evidencia en la propuesta de un modelo pedagógico que contribuye al cambio en la concepción y dinámica del proceso educativo desde la perspectiva de la atención educativa integral de modo que se atiendan las exigencias sociales de la educación venezolana. **La contribución a la teoría pedagógica** se concreta en la determinación de los principios y las exigencias de un modelo de atención educativa integral a las niñas y a los niños, así como la definición de espacio educativo en el contexto hospitalario que sintetiza la postura teórica-metodológica de la autora.

Modelo pedagógico para la atención educativa integral a las niñas y los niños en el contexto hospitalario: sus fundamentos filosóficos, axiológicos, sociológicos, biológicos, psicológicos, pedagógicos, didácticos, teoría curricular y legales.

En la investigación se asume como modelo pedagógico “una construcción teórica formal que fundamenta científica e ideológicamente el proceso pedagógico, lo que propicia la interpretación, diseño y ajuste de la realidad pedagógica que tiene lugar a diferentes niveles y responde a una necesidad histórica concreta”²¹.

A continuación la representación gráfica del Modelo Pedagógico:

21 Sierra, R. (2008) La estrategia pedagógica, su diseño e implementación. Editorial Pueblo y Educación, La Habana, pág. 61.



Los fundamentos filosóficos en los cuales se basa el modelo pedagógico para la atención educativa integral de las niñas y los niños en el contexto hospitalario, parte de la concepción humanista social y dialéctico –materialista. Desde la asunción de este enfoque se estudia el fenómeno en su surgimiento, evolución y situación actual, para comprender y posibilitar la transformación de dicho fenómeno.

Se piensa que toda niña y niño que se encuentra hospitalizado tiene derecho a ser educado, es el centro de la educación con sus características propias de personalidad, su enfermedad, sus circunstancias, ritmos y estilos de aprendizaje, abarcando toda la vida y los períodos en los cuales se encuentre hospitalizado.

En lo axiológico, el modelo considera la educación de vital importancia en el proceso de formación humana, pues tiene la misión de preparar al hombre para la vida y asumir los nuevos retos que plantea la realidad en la cual le toca vivir; por tanto, el valor es producto de la relación sujeto-objeto; de carácter social e histórico.

Los valores que se estructuran y se vivencian desde los espacios educativos en el contexto hospitalario, son los contemplados tanto en la Constitución de la República (1999) como en la Ley Orgánica de la Educación (2009): el respeto a la vida de todas y todos, el amor, la fraternidad, la convivencia armónica en el marco de la solidaridad, la corresponsabilidad, la cooperación, la tolerancia y la valoración del bien común, la valoración social y ética del trabajo, el respeto a la diversidad propia de los diferentes grupos humanos. Es así que estos valores estarán para ser compartidos entre los agentes educativos, como parte de la convivencia que se desarrolla a diario, y que luego serán generalizados a sus hogares, a la escuela de origen y a la comunidad.

En lo sociológico se asume el objetivo general de la Educación en el proceso de socialización del individuo, es decir, la apropiación por parte del sujeto de los contenidos sociales válidos y su objetivación, expresada en formas de conductas aceptadas por la sociedad. Los espacios educativos en el contexto hospitalario son espacios que favorecen la adquisición de diversas experiencias en relación al proceso de salud-enfermedad, abrir y cerrar procesos: ingresar, preparación para intervenciones quirúrgicas, aplicación de exámenes y tratamientos médicos, recibir información de su estado de salud, y en la interacción con otras niñas y niños, conocer de la aceptación, de la incertidumbre, lo cual generará procesos de crecimiento y de fortalecimiento de su personalidad.

En lo biológico: El fundamento biológico expresa la apreciación de las condiciones físicas y biológicas que se tiene del educando,

así como de su posibilidad de ser modificado o no por efectos del entorno físico y social.

En lo psicológico, el modelo asume la concepción dialéctico-materialista para explicar la formación y desarrollo de la personalidad. En consecuencia se consideran: 1.-El principio del desarrollo de la psiquis, 2.- El principio del determinismo social y, 3.- El principio de la relación del desarrollo de la psiquis con la actividad y la comunicación.

En lo pedagógico, el modelo asume las ideas pedagógicas de Simón Rodríguez (1769 – 1854), educación popular; Simón Bolívar (1783-1830) formación integral para todas las niñas y los niños, auténticamente ciudadana; Ezequiel Zamora (1817-1860) transformación de la escuela es transformación de la sociedad; José Martí (1853-1895) “Ser culto es el único modo de ser libre” y “La educación ha de ir a donde la vida; Prieto Figueroa (1902- 1993) importancia del Estado Docente; Belén San Juan Colina (1917-2004) formación integral en las niñas y en los niños para prepararlos para la vida, Paulo Freire (1921-1997) educación popular y liberadora, Fidel Castro (1926 -) educación popular, valoración del papel de la educación para transformar la sociedad y Hugo Chávez (1954-2013) educación popular, formación del pueblo, reconocimiento de los saberes populares, Toda la Patria una Escuela. En fin, desde lo pedagógico lograr una educación liberadora, emancipadora, revolucionaria y transformadora, como aspecto relevante y medular de la pedagogía crítica.

En el modelo propuesto de atención educativa integral a las niñas, los niños en los espacios educativos en el contexto hospitalario, se asume: 1.-El aprendizaje como un proceso de carácter dialéctico, 2.-El aprendizaje como un proceso de apropiación individual de la experiencia social, 3.- El aprendizaje de manera multidimensional por sus contenidos, procesos y condiciones. 4.-El aprendizaje a lo largo de la vida, y en diferentes contextos, de manera incidental o dirigida, explícita o implícita.

En lo didáctico, el modelo asume el proceso de planeación didáctica: como un quehacer docente en constante replanteamiento, susceptible de modificaciones en correspondencia de la dinámica que se produzca en el grupo de niñas y niños.

Desde la teoría curricular: Se asume lo expresado por la Dirección General de Currículo, del Ministerio del Poder Popular para la Educación, “un proceso articulado, dirigido a lograr el fin y los objetivos de la educación según el tipo de escuelas, que se desarrolla dentro de vínculos de corresponsabilidad entre la familia, las instituciones educativas y los contextos comunitarios; determinado por intencionalidades de carácter histórico concretas y estructurado en saberes, prácticas y relaciones para la formación del estudiante y la transformación social”²²

Asimismo, se define el proceso curricular como: 1.- Un proceso intencionado para el desarrollo humano de las presentes y futuras generaciones a partir de la educación y el responder a las necesidades socioculturales en un momento histórico concreto; 2.- Es participativo, permanente y pertinente en el proceso pedagógico, 3.- Se basa en los postulados de coherencia, pertinencia, participación, y flexibilidad, 4.- Considera los siguientes componentes: caracterización del y la estudiante, caracterización del maestro, concepción de aprendizaje, y abordaje del contenido: como avance científico tecnológico y en función de las necesidades individuales y colectivas de las niñas y los niños.

En lo legal, desde el enfoque de derecho, los principales contenidos del derecho a la educación que han de estar garantizados por los Estados para todas y todos sus ciudadanas y ciudadanos son los siguientes: *obligatoriedad y gratuidad, igualdad de oportunidades y no discriminación, derecho a una educación de calidad, pertinencia social, equidad:* cuando cualquier persona tiene la posibilidad de recibir el apoyo que necesita para estar en igualdad de condiciones de aprovechar las oportunidades educativas, y que la educación no reproduzca las desigualdades, ni condicione el futuro.

En tal sentido la CRBV en su artículo 103 establece: “La ley garantizará igual atención a las personas con necesidades especiales o con discapacidad y a quienes se encuentren privados o privadas de su libertad o carezcan de condiciones básicas para su incorporación y permanencia en el sistema educativo”.

22 Ministerio del Poder Popular para la Educación. Proceso Curricular Venezolano. Subsistema de Educación Básica. Dirección General de Currículo. Caracas, Venezuela. Mayo 2012, pag.13.

• OBJETIVO DEL MODELO PEDAGÓGICO

El modelo pedagógico tiene por objetivo contribuir a la atención educativa integral a las niñas y los niños en los espacios educativos en el contexto hospitalario en correspondencia con las exigencias sociales de la educación venezolana.

• PRINCIPIOS DEL MODELO PEDAGÓGICO

Para la determinación de los principios que van a guiar tanto la concepción como la implementación del Modelo Pedagógico para la atención educativa integral a las niñas y los niños en los espacios educativos en el contexto hospitalario, se tomaron en consideración los siguientes elementos: 1.-Las fortalezas y las debilidades encontradas en el análisis de los resultados del estado inicial; 2.- Los fundamentos de la Conceptualización y Política de la Modalidad de Educación Especial relacionadas con el objeto de estudio; 3.- Las leyes y principios de la Pedagogía y de la Didáctica que dan coherencia y consistencia a los procesos educativos; 4.- Los postulados básicos de la Teoría Curricular para atender la diversidad de las niñas y los niños.

A continuación se presentan los seis principios rectores del Modelo Pedagógico, seleccionados y contextualizados en correspondencia con el objeto-campo de la presente investigación.

- **Principio de la unidad de las influencias educativas:** este principio permite garantizar que los diversos agentes educativos, como son la familia, la comunidad, la escuela, los grupos sociales, los medios de comunicación, el trabajo, sean considerados como un factor fundamental para el desarrollo integral de las niñas y los niños. Este proceso de influencias se materializa en lo educativo, para integrar todos los flujos y comprende las diversas esferas del desarrollo de la personalidad de la niña y el niño; es decir, que exista coherencia, integración y direccionalidad en el sistema de influencias educativas.

- **Principio de la articulación e interdisciplinarietà:** la articulación y coordinación intrainstitucional e interinstitucional de los planes, programas y proyectos en el marco de la rectoría del Estado Docente son líneas estratégicas educativas del Sistema Educativo Venezolano. La articulación concebida como las correspondencias estructurales en las intersecciones y en los vínculos interdisciplinarios. La interdisciplinarietà entendida como un cambio de actitud frente a los problemas del conocimiento, una sustitución de la concepción fragmentaria, por una unitaria del hombre y de la realidad que vive, como forma de pensar y de proceder para conocer y resolver cualquier problema de la realidad, requiere de la convicción, de la cultura y de la cooperación de las personas.
- **Principio de la concepción del proceso educativo desde un enfoque desarrollador:** La educación, aprendizaje y desarrollo son procesos que poseen una relativa independencia y singularidad propia, pero que se integran al mismo tiempo en la vida humana, conformando una unidad dialéctica. La educación constituye un proceso social complejo e histórico concreto en el que tiene lugar la transmisión y apropiación de la herencia cultural acumulada por el ser humano.
- **Principio del carácter integral, flexible y contextualizado del currículo:** Este principio se desarrolla en consonancia con los fundamentos teóricos del currículo, centrado en los sujetos donde se alude a la planificación de la enseñanza y del aprendizaje para concretar las intencionalidades educativas. Asimismo, al concebir el desarrollo del currículo como la materialización del diseño adelantado, en el contexto de las relaciones que se dan en la realidad escolar.
- **Principio de la atención a las diferencias individuales:** la diversidad se manifiesta en todas las niñas y los niños; por tanto, en el proceso educativo, es una exigencia la necesidad de diversificar la disponibilidad, las oportunidades y situaciones educativas, y será requisito esencial a desarrollar en los espacios educativos en el contexto hospitalario para asegurar la calidad de los aprendizajes.

- **Principio del trabajo articulado con las diferentes instancias para implementar el modelo:** se requiere una visión de totalidad sistémica de los procesos, simplificación de las acciones burocráticas, simplificación y comprensión de los procedimientos en el marco de las normativas legales, uso y aprovechamiento efectivo de las potencialidades de cada sujeto que interactúa, así como de las instancias respectivas y organizar los diversos elementos para lograr un conjunto coherente y eficaz de acciones que garantice la atención educativa integral.

• EXIGENCIAS EDUCATIVAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO PEDAGÓGICO

Las exigencias educativas son los aspectos teórico-metodológicos que se requieren como imprescindibles para que se produzca la atención educativa integral a las niñas y los niños en el contexto hospitalario. Ellas son:

1. **El carácter interdisciplinario del sistema de influencias:** deriva de la coordinación entre los distintos profesionales implicados para ofrecer atención integral y un trabajo interdisciplinar con la familia, quien juega un papel en esta acción, ya que son las madres y los padres quienes mejor conocen las necesidades de las y los hijos. Una metodología de trabajo más eficaz que: evite la duplicidad, la fragmentación y la falta de equidad en el acceso a los recursos existentes.
2. **La caracterización integral de las niñas y los niños:** para lograr la atención educativa integral se requiere que todas y todos los involucrados comprendan que se abordan todas las áreas de desarrollo de las niñas y los niños, se atiende a sus necesidades físicas y de salud, como los aspectos educativos-intelectuales, socio-afectivos y lo concerniente a lo espiritual, entre otros aspectos.
3. **El carácter contextualizado del proceso educativo:** el proceso educativo precisa ser desarrollado a partir del: “análisis del contexto histórico cultural, concreto; de los valores socia-

les humanistas; la diversidad cultural e intercultural, enfoque social de la ciencia y amor a la Patria. Asimismo se desarrolla a partir: de la conciencia revolucionaria y la superación del capital, cultura ambiental, inclusión y universalidad, vinculación familia, institución educativa y comunidad, desarrollo sustentable y salud integral”²³

• VALIDACIÓN DEL MODELO PEDAGÓGICO MEDIANTE EL CRITERIO DE ESPECIALISTAS

Se realizó la consulta a 16 especialistas con más de 5 años de desempeño profesional en la Modalidad de Educación Especial. A criterio de los especialistas se evaluaron 6 aspectos referidos al grado de relevancia de: la fundamentación, los principios, exigencias, y estrategia, del modelo y de su utilidad para el trabajo de las y los docentes en los espacios educativos en el contexto hospitalario. En sentido general, los criterios de los especialistas se inclinaron a la tendencia de valoración de muy adecuado, por lo que se puede considerar al Modelo Pedagógico como viable y factible, a partir de dichos criterios.

• LECCIONES APRENDIDAS:

La importancia que todas las y los docentes y los colectivos institucionales deben conceder a la atención educativa integral, acorde al devenir histórico.

- El rol que desempeña el docente en todos los espacios educativos, como mediador de los procesos de aprendizaje.
- La importancia de la conformación de colectivos de trabajo, aliados a los objetivos del país. Toda la Patria es una Escuela.
- La formación continua, la importancia de la sistematización de las experiencias para generar teoría y políticas públicas.

23 Ministerio del Poder Popular para la Educación (2012). Proceso Curricular Venezolano. Subsistema de Educación Básica. Dirección General de Currículo. Gobierno Bolivariano, Caracas-Venezuela, pág. 4.

- La significación que reviste el proceso de formación de los colectivos para llevar a cabo la implementación del Modelo Pedagógico.
- La importancia que tiene la motivación del colectivo de especialistas para poder superar las barreras que se presentan ante este proceso de cambio y lograr una implementación del Modelo Pedagógico en consonancia con el objetivo que guió su elaboración.
- La necesidad de que se considere abordar desde la formación inicial la preparación de las y los docentes para dar respuestas educativas a éstas exigencias sociales.

• REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

Asamblea Nacional de Venezuela (1999). Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, 36.860, Diciembre 30.

Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela (2009). Ley Orgánica de Educación. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, 5929, extraordinario, Agosto 15.

Casañas Díaz, M. (2006). La filosofía de la educación desde una perspectiva marxista. Ediciones de la Universidad Bolivariana de Venezuela. Coordinación de Ediciones y Publicaciones.

Castellanos Simons, D.; Castellanos Simons, B.; Llivina Lavigne, M. y otros (S/F). Aprender y enseñar en la escuela. Una concepción desarrolladora. Editorial Pueblo y Educación. La Habana-Cuba.

Damiani, L. y Bolívar, O. (2007). Pensamiento pedagógico emancipador latinoamericano. Por una Universidad Popular y Socialista de la Revolución Venezolana. Ediciones Universidad Bolivariana de Venezuela. 1ra. Edición, 2007.

Echeita Sarrionandia, G. (2006). Educación para la inclusión o educación sin exclusiones. Narcea, S.A. Ediciones. Madrid, España.

Elichiry, N. (2009). Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias. [Documento en línea]. Disponible: http://www.psi.uba.ar/academica/carreras-degrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/666_salud2. [Consulta: 2012, abril 10]

Freire, P. (1992). *Pedagogía del oprimido*. Editorial Siglo XXI. Buenos Aires, Argentina.

Gadotti, M. (2008) *La escuela y el maestro Paulo Freire y la pasión de enseñar*. Ediciones Centro Internacional Miranda, República Bolivariana de Venezuela.

García Batista, G. y otros (2003). *Compendio de Pedagogía*. Editorial Pueblo y Educación. La Habana- Cuba.

García, S. (2011) *El currículo socialista. Hacia una transformación permanente, multiformativa y polimática de la Educación Bolivariana*. Universidad Bolivariana de Venezuela.

Guillén, M. y Mejía, A. (2002). *Actuaciones educativas en Aulas Hospitalarias. Atención escolar a niños enfermos*. Narcea, Ediciones, Madrid.

John Rangel, Y. (2006). *Las aulas hospitalarias en el contexto del Sistema Educativo Bolivariano*. material mimeografiado. Dirección General de Educación Especial. Ministerio de Educación y Deportes. Caracas-Venezuela,

John Rangel, Y. (2008) *La comprensión de la atención educativa integral de los niños, niñas y adolescentes en los espacios educativos en el contexto hospitalario desde la concepción dialéctico –materialista*. Revista IPLAC., volumen 3, setiembre-diciembre 2008; pp.2-19. [Revista en línea]. Disponible: <http://revistaiplac.rimed.cu/index.php> [Consulta: 2010, diciembre 17].

Ministerio de Educación y Ciencia – UNESCO – OREALC (2009). *VI Jornadas de Cooperación Educativa con Iberoamérica sobre Educación Especial e Inclusión Educativa*. La Antigua, Guatemala, 5 al 9 de Octubre de 2009.

Ministerio del Poder Popular para la Educación (2011) La Modalidad de Educación Especial en el marco de la Educación Bolivariana “Educación sin barreras”. Caracas, Venezuela.

Ministerio del Poder Popular para la Educación (2012). La planificación educativa en el subsistema de Educación Básica. Dirección General de Currículo. Agosto. Caracas-Venezuela.

Ministerio del Poder Popular para la Educación (2012). La educación venezolana en la primera década del siglo XXI: logros y transformaciones en el proceso curricular. Agosto. Caracas-Venezuela.

Organización de las Naciones Unidas (1989). Convención de los Derechos de los Niños. Asamblea General de las Naciones Unidas. Noviembre, 20. [Documento en línea]. Disponible: <http://www.margen.org/ninos/derecho8.htm/>.

Rojas Oyala, R.; Mora, D. y otros (2011). Didáctica Crítica. Educación para la emancipación y la liberación. Fondo Editorial IPASME. Caracas, Venezuela

Rojas Olaya, R. (2009). Currículo de la indignación y la Ley del desagravio. Fondo Editorial Ipasme. Caracas, Venezuela

Salazar Salazar, M.; López Machín, M. (2009). Consideraciones metodológicas acerca de la enseñanza a los alumnos con necesidades educativas especiales. Editorial Pueblo y Educación. La Habana, Cuba.

Uría, S., y Robert, M. (2008). El niño en situación de enfermedad como centro de una distinción pedagógica. Revista “Diálogos pedagógicos”, [Revista en línea]. publicación científica semestral. Facultad de Educación. Disponible: [http:// www.hemofiliarte.com.ar](http://www.hemofiliarte.com.ar) [Consulta: 2009, abril 19].

PROYECTO III DE GESTIÓN DE REDES COMO EJE DE LA FORMACIÓN EN GESTIÓN DE SALUD PÚBLICA

Odilia Gómez²⁴

• RESUMEN

En este trabajo se presentan los fundamentos sustentadores del desarrollo de Proyecto de Gestión de Redes, que constituye el Proyecto III. Se realiza un análisis del Programa de Formación de Gestión de Salud Pública, en el marco del modelo pedagógico de la UBV, para identificar contradicciones en el contexto de la creación, impulso y objetivos del Plan de la Patria, del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), y del Plan Nacional de Salud. A partir del modelo organizacional por redes y sus implicaciones en el campo de la Salud Colectiva, se presentan los nuevos instrumentos jurídicos y los documentos contentivos de directrices nacionales que constituyen avances en el modelo de gestión del SPNS para la direccionalidad del Proyecto III.

• RESUMO

Neste trabalho se apresenta os fundamentos sustentadores do desenvolvimento do Projeto de Gestão de Redes, que constitui o Projeto III. Realiza-se a análise do Programa de Formação de Gestão de Saúde Pública, no marco do modelo pedagógico da UBV, para identificar contradições no contexto da criação, impulso e objetivos do Plano da Pátria, do Sistema Público Nacional de Saúde (SPNS), e do Plano Nacional de Saúde. A partir do modelo organizacional por redes e seus implicações no Campo da Saúde Coletiva, apresentam-se os novos instrumentos jurídicos e os documentos que contem as diretrizes nacionais que constituem avanços no modelo de gestão do SPNS para a direção do Projeto III.

Palabras claves: Proyecto de gestión de redes, Redes de salud, Siste-

²⁴ Médica Especialista, docente de categoría asistente en la Universidad Bolivariana de Venezuela.

ma Público Nacional de Salud en Venezuela, Formación en Gestión de Salud Pública, Proyecto en la UBV.

• INTRODUCCIÓN

Este trabajo corresponde a una síntesis de la publicación, producto del trabajo de ascenso para la categoría de docente asistente en la Universidad Bolivariana de Venezuela (UBV).

La educación, garantizada como un derecho humano y en particular la educación universitaria, plantea la formación integral y permanente de ciudadanos críticos, reflexivos, sensibles y comprometidos social y éticamente con el desarrollo autónomo, independiente y soberano del país; y, la creación, difusión, socialización, producción, apropiación y conservación del conocimiento en la sociedad, según el artículo 32 de la Ley Orgánica de Educación (LOE, 2009). La salud, concebida como un derecho humano fundamental y la creación de un Sistema Público Nacional de Salud demandan la formación de nuevos perfiles profesionales para contribuir en la consecución de estos derechos humanos.

Ambos derechos constituyen desafíos para una universidad como la UBV creada para dar respuestas al proceso de transformación iniciado por el Comandante Supremo Hugo Chávez Frías. A través de su modelo pedagógico, sustentado en un trípode en el cual la formación, la investigación y la interacción hacen parte de un enfoque educativo novedoso en la vinculación universidad- sociedad.

En este contexto se diseña e implementa el Programa de Formación de Gestión en Salud Pública (PFG-GSP) con el objetivo de formar profesionales con conocimientos, habilidades y destrezas en planificación y administración sanitaria, epidemiología y estadísticas de salud, en salud integral, sexual y reproductiva, ocupacional y en cultura e identidad, pensamiento político latinoamericano y venezolano, en Estado y en gestión de redes de salud, entre otras.

Este trabajo se plantea como preguntas ¿Cuál es la situación actual del trabajo de Proyecto de Gestión de Redes en el PFG-GSP en la UBV? ¿Qué fundamentos y estrategias deben considerarse para

una propuesta de transformación de acuerdo a los fundamentos de la UBV, el Plan de la Patria y las políticas de Salud?

La metodología utilizada es de naturaleza cualitativa, con el análisis documental y sistematización de experiencias docentes en Proyecto del PFG-GSP.

• **PROYECTO III EN GESTIÓN DE REDES DEL PFG-GSP DE LA UBV**

La UBV como nuevo modelo de educación universitaria está dirigida a priorizar la inclusión y la formación integral a través del proceso de enseñanza-aprendizaje centrado en proyecto, que junto a la municipalización constituyen los pilares de la estrategia de integración socio-educativa (ISE), según Córdova (2010).

El proyecto es entendido como unidad básica integradora del proceso enseñanza- aprendizaje capaz de articular contenidos y experiencias comunitarias para producir un conocimiento pertinente que responda a las necesidades del país y de las comunidades y a la formación integral de nuevos profesionales.

Existen debilidades en el logro de los objetivos planteados sobre la vinculación del PAC con la gestión y administración de redes sociales y de salud como son las escasas relaciones para la cooperación y la identificación colectiva de nudos críticos en los espacios de gestión de las redes en salud; poca integración socioeducativa en la práctica de trabajo por proyecto; poco conocimiento sobre las redes de salud en el nivel de cada Área de Salud Integral Comunitaria (ASIC).

Este trabajo se plantea como objetivos analizar la situación del desarrollo pedagógico y didáctico de Proyecto III de Gestión de Redes en el PFG-GSP, así como determinar los fundamentos teóricos-metodológicos y pedagógicos que deben sustentar una propuesta para la transformación del mismo.

El Proyecto III como unidad integradora es el elemento estructurante en la formación integral del técnico superior en gestión de salud pública, las competencias generales y específicas a adquirir se

corresponden con el eje profesional que lo habilita para la inserción en el campo laboral.

- **PROYECTO COMO UNIDAD INTEGRADORA DE LOS APRENDIZAJES, ENTRE LA COMUNIDAD Y UBV**

La organización por proyectos se encuentra muy ligada a la articulación entre formación, investigación e interacción socio-comunitaria. Según el documento rector, que define proyecto como *una investigación de un tema/problema que por su pertinencia y relevancia merece estudiarse e implica tanto la articulación de conocimientos como la participación socializante de grupos de estudiantes que trasciende las tradicionalmente denominadas clases*, para vincularse a grupos organizados a nivel comunitario.

El Proyecto es una unidad integradora que se desarrolla desde el inicio de la formación del estudiante, que persigue la formación integral, en contacto con la realidad comunitaria para articular los conocimientos adquiridos en las unidades curriculares para interpretarla, a la vez que interactúa con los saberes populares para ampliar sus conocimientos y acompañar a la comunidad de la que forma parte en su proceso de transformación.

Proyecto es una estrategia de aprendizaje, en tanto que permite la formación de calidad entendida en términos de su pertinencia social y de las posibilidades de incidir de manera cierta en la transformación de las realidades. Supone al mismo tiempo, aprender, reflexionar y actuar. Se combinan las necesidades de conocimiento e investigación del estudiante universitario, de la comunidad y del docente o trabajador académico para lograr ampliar conocimientos, adquirir habilidades y destrezas para interpretar la realidad y transformarla.

Por otra parte, el Proyecto, pretende contribuir a la consolidación de la organización comunitaria, de modo tal que se favorezca la participación protagónica de los actores involucrados, como son las mesas técnicas, los consejos comunales, las comunas y comités de trabajo diversos como formas de expresión de la organización popular.

La característica fundamental de un proyecto es la de ser esfuerzo investigativo deliberadamente orientado a encontrar respuestas a interrogantes o soluciones a un problema seleccionado de común acuerdo entre el grupo de estudiantes, los docentes y la comunidad. La meta de un proyecto es buscar respuestas, así como desarrollar habilidades cognitivas amplias y socio-afectivas de todos los participantes en este proceso de trabajo.

La construcción del problema de investigación es producto del trabajo conjunto con las comunidades a través de varias técnicas.

- **PROYECTO III EN EL PFG-GSP.**
GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE REDES DE ATENCIÓN DE SALUD

El documento base del PFG-GSP plantea como objetivo para el III trayecto, espacio curricular donde se ubica el Proyecto III, *brindar al estudiante los conocimientos necesarios que le permitan identificar y evaluar las redes de servicios de atención de salud en la comunidad de referencia y para ampliar el conocimiento administrativo para gestionar la Salud Pública* plantea como competencia la gestión y administración de redes de salud, identificando variables de modelos de gestión en las organizaciones comunitarias y de salud.

El PFG-GSP de la UBV concibe que los/as estudiantes son portadores y sujetos de mediación para contribuir en la transformación colectiva. La gestión de redes de salud, que es el aspecto medular del Proyecto III requiere el conocimiento de todos los actores que hacen vida en la comunidad. La adecuada caracterización de sus intereses, valores y su posicionamiento con relación a los otros actores son elementos esenciales para la realización de un buen plan-proyecto que articule e integre las redes en espacios territoriales definidos.

Ramos (2015) en relación a proyecto plantea que en la formación política ideológica de nuestras y nuestros docentes, estudiantes, cuando no hay una verdadera y sentida identificación con el Proyecto de País, que sean revolucionarias y revolucionarios y de- seen la transformación verdadera del país, no lograrán concretar la

organización del poder popular para alcanzar juntas y juntos los objetivos. Esta autora identifica, entre otras barreras para avanzar en los proyectos: La articulación de los diferentes PFG en las comunidades; insuficiencias en cómo construir para dar respuesta a las demandas de la comunidad con los intereses, motivaciones y la formación integral de nuestras y nuestros estudiantes; necesidad de profundizar en la formación de docentes, estudiantes, comunidad en la investigación-acción-transformadora-liberadora, emancipadora; inconsistencias en la metodología para entender que el fin es la transformación y la construcción de conciencia.

• CONCEPTO DE REDES Y GESTIÓN EN REDES

La Gestión en salud la asumimos como un esfuerzo tecno-político que implica el reconocimiento y sintonización del plan transformador, las capacidades científico-técnicas y humanísticas para conducir el proceso y las posibilidades y viabilidad para gobernar la red.

En la gestión de atención de salud se identifican los componentes económicos, políticos y técnicos para los cuales deben desarrollarse modelos de financiamiento, modelos de gestión y modelos de atención; que organizado en niveles, nos remiten a la gestión de sistemas (macro), gestión de servicios (meso) y la gestión de la atención clínica (micro).

La OPS (2010) define a las Redes Integradas de Servicios de Salud-RISS- como *una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve.*

Se afirma que la razón principal de las RISS es prestar servicios de salud integrales a la población, con equidad, con el objetivo de promover, preservar y/o recuperar la salud de las personas y de la comunidad en general. Por ello se acentúa que deben ser capaces de identificar claramente las poblaciones y las áreas geográficas bajo su responsabilidad. Cuando se organizan con base geográfica tienen

mayor posibilidad de implementar acciones de salud pública coordinadas mediante acción inter-sectorial e intervenir en la determinación social de la salud.

Conocer la población en su territorio, su historia y geografía permite establecer el contexto de la situación de salud de la población, identificar los grupos más vulnerables, y su entorno ambiental. Pueden coordinar esfuerzos de búsqueda de información con la comunidad y con otros organismos públicos y privados relevantes. Facilita la capacidad de elaborar proyecciones sobre las necesidades, demandas y oferta futura de servicios de salud que incluyen el número, composición y distribución del personal de salud, recursos físicos y programas de salud; así como organizaciones y movimientos populares y sociales en salud,

Entre las posibilidades y ventajas que ofrece esta estrategia de Redes destacan: promoción de actuaciones colectivas autogestionarias y descentralizadas de actores locales mediante redes horizontales de gestión de proyectos y actividades en función del desarrollo local; constitución de trabajo comunitario para autoconstruir y organizar el sentido común de los actores de la producción local centrado en una visión compartida de su responsabilidad colectiva e individual; facilitar la creación de un sistema para el desarrollo o incremento de la capacidad de gerencia de proyectos de mejoramiento de la capacidad y calidad productiva, a partir de la integración de esfuerzos; promueve el aprendizaje colectivo que incorpora las visiones y las experiencias de los actores a la identificación y resolución autogestionaria de problemas comunes; configura una manera de comprometer y motivar a participar en forma solidaria en los asuntos de la sociedad local.

La noción de redes (sociales, políticas y económicas) es inseparable de la noción de relaciones, pues las redes son un conjunto de relaciones que toman formas imaginarias de conexión, estableciéndose compromisos entre los actores involucrados en la red. Tiene una lógica que se va determinando a medida que se va configurando cada red. Esto quiere decir que la red es producto de una visión compartida de los tejedores donde cada uno expone su visión particular y su interés y ésta no es independiente de sus miembros. Se conforman por conjuntos de individuos, grupos y organizaciones,

que establecen relaciones e intercambios de manera sostenida, con el propósito de lograr objetivos comunes.

Las redes de actores del desarrollo local constituyen un modelo de organización social alternativo a los esquemas tradicionales, que basa su estrategia en la solidaridad, la integración y la convocatoria de actores locales y del gobierno y centros de producción de conocimientos que compartan el interés de elevar las capacidades de la producción local (Delgado, 2003). En las redes se dan permanentemente relaciones de reciprocidad y de intercambio (Martínez, s/f).

El concepto de Red Institucional (Morales, 2007), se vincula a los estudios de redes sociales (Hanneman, 2000, Molina, 2001, 2007) que toman como referentes los estudios de redes personales y ego-céntricas, las primeras producto de la interacción entre seres humanos independientemente del territorio en el que se desarrollan; mientras que en las segundas el territorio juega un papel importante en su organización y forma.

El concepto de redes institucionales define no sólo el proceso de evolución de la complejidad histórica de la sociedad, sino también, la consolidación del tejido social en el que se trastoca y transforma permanentemente a la sociedad, a partir de las características específicas de la interacción interinstitucional. Este concepto no puede trasladarse mecánicamente de un espacio geográfico a otro, de ahí que sea necesario fijar condiciones mínimas para propiciar el desarrollo de las mismas.

Al ser las redes institucionales una forma de dimensionar el desarrollo de una sociedad, su condición endógena nos permite establecer la necesidad de una corresponsabilidad del desarrollo de la sociedad.

• PROPUESTA DE PROYECTO III PARA LA GESTIÓN DE REDES

La propuesta que se genera desde este trabajo, implica que en la conducción de Proyecto III, se trabaje con métodos derivados de la planificación estratégica situacional que permanentemente analiza

situaciones, examina opciones y criterios de la teoría y la práctica curricular, en estrecha relación con los intereses, valores y posiciones de los actores involucrados y de los sujetos en lucha por su emancipación y comprometidos con el proyecto como eje formativo en todos los programas de la UBV (Córdoba, 2000).

Breilh (2002) nos plantea: “Una gestión en la que converjan un pensamiento crítico y una población organizada e informada, adquieran un poder decisivo para transformar los problemas y para mantener un proceso de avance del conocimiento y del saber”.

Esto se encuentra con el planteamiento de Núñez (2012), quien señala que nuestro propósito debe ser: concretar vías para ejecución de una propuesta de reinversión de la gestión y acción en epidemiología, rompiendo con y trascendiendo, la tradición de la fuerza de lo inerte; ampliando las bases que sustentan el propio proceso de planificación/gestión.

La propuesta que presentamos a consideración se sustenta sobre la interacción entre cuatro elementos claves: el estudiante, el docente, el proyecto y el sistema comunal de salud. Se ejecuta en tres momentos a través de los cuales se planifica, se desarrolla y se evalúa. La misma se sustenta sobre la interacción entre cuatro elementos claves: el estudiante, el docente, el proyecto y el sistema comunal de salud. Se ejecuta en tres momentos a través de los cuales se planifica, se desarrolla y se evalúa.

Se basa en los siguientes principios: concepción de salud colectiva y de la epidemiología crítica; concepción de currículo flexible; compromiso con la salud del pueblo; compromiso con el SPNS; la unidad territorial de organización del trabajo es la ASIC (Área de Salud Integral Comunitaria); la unidad de acompañamiento es la familia; y, la unidad de relación institucional es la Red Comunal de Servicios de Salud (RACS) y la Coordinación del PFG-GSP.

Los objetivos que persigue la propuesta son: desarrollar capacidades en los estudiantes que le permitan conocer y actuar consciente y direccionalmente en la red de salud, como parte del SPNS; generar propuestas de cambio que contribuyan en la consolidación del

SPNS, el avance de la política de salud y la respuesta organizada de las comunidades; y, fortalecer la capacidad de contraloría social de los comités y vocerías de salud de las comunidades.

Como estrategias se plantea desarrollar la metodología de la planificación estratégica situacional (PES) entre estudiantes, profesores y comunidades asumiendo los diferentes momentos de la PES como ejes organizadores del trabajo en proyecto, a saber: a.- Análisis de la gestión; b.- identificación variables en los modelos de gestión; c.- elaboración de propuestas para la articulación y el trabajo en red de las organizaciones en los espacios comunitarios y locales; y, d.- activación del plan.

La estrategia central da lugar a cuatro componentes del proceso de proyecto III: visión compartida; plan estratégico de cambio para la red de salud en la ASIC; dirección de operaciones, el modo de conducción, coordinación y supervisión de los compromisos de acción determinados por el plan; y, acompañamiento, monitoreo y contraloría de procesos. Todo ello implica un conjunto de operaciones encadenadas llevadas adelante por la coordinación del programa en conjunto con las y los responsables de la UBIP (Unidad Básica integradora Proyecto).

Las operaciones incluyen la vinculación con el poder popular organizado, tratando de superar el reduccionismo de la teoría del riesgo; interacción de estudiantes, docentes y organizaciones del poder popular en un espacio geohistórico, expresado en el espacio de salud del ASIC para llevar adelante la gestión de redes, con el soporte institucional del Estado y la UBIV.

En cuanto a las responsabilidades de los actores se tiene que el docente tiene como rol ser responsable del seguimiento académico, administrativo y comunitario del proyecto. En las discusiones y reflexiones que acompañen el proceso, se deben valorar las vivencias, situaciones y hechos que tengan especial significación en la interacción social. Se plantea un acompañamiento pedagógico el cual consiste en una estrategia de tutoría y supervisión integral sustentada sobre educación y comunicación que produce aprendizaje a través del diseño, ejecución y evaluación del proyecto. Asume liderazgos en la planificación, inducción y puesta en práctica de proyecto y crea

condiciones para que se desarrollen experiencias. En consecuencia, identifica un conjunto de acciones secuenciales e interrelacionadas.

El estudiante participará de una modalidad educativa contextualizada en su realidad social y será corresponsable de su proceso de aprendizaje, para ello, deberá ver la aplicación inmediata de su aprendizaje, centrándose en problemas y/o situaciones reales de un espacio concreto de trabajo en los cuales participa e interactúa con otros sujetos y actores sociales, para el intercambio de conocimientos, saberes y experiencias.

Se distinguen en esta propuesta 4 Fases de desarrollo del equipo del PFG-GSP en la ASIC. Estas son:

FASE	ACTIVIDADES
I Posicionamiento en el espacio comunal dentro de una ASIC	<ul style="list-style-type: none"> • Priorización de los espacios de acompañamiento. • Organización territorial del trabajo de cada equipo, según espacios priorizados, previa asignación de las listas. • El criterio de agregación territorial es el Consultorio Popular con las familias bajo su responsabilidad en cada comunidad, articulado en la red de atención comunal: básica, especializada y de emergencia obstétrica, en el ámbito de cada ASIC. • Conformación de los equipos promotores y asignación del espacio territorial concreto en el que deberán desplegarse, de acuerdo a los criterios establecidos. • Promover espacios de encuentro y reflexión con las comunidades sobre su realidad, a fin de generar con su participación directa el análisis y las acciones orientadas a su transformación. • Los equipos de salud comunal están formados por la agrupación y articulación de un mínimo de 05 y un máximo de 10 personas, entre sujetos de la comunidad y estudiantes, coordinados por una profesional. Tendrán a cargo 50 familias.
II: Análisis y formulación del plan de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración del plan de salud para cada ASIC. • Articulación con instituciones, de acuerdo al plan de cada familia. • Activación de las redes de apoyo comunal. • Discusión del Análisis Situacional plan de trabajo y croquis o mapa de cada sector asignado y sus familias, en la mesa técnico-política de su Consultorio Popular y con el profesor facilitador.

<p>III: Plan de Acción del Equipo de Acompañamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Activación del Plan de Acción aprobado en la mesa tecno-política, en cada familia dentro de la red comunal de salud. • Continuación de procesos formativos. • Establecimiento de formas de apoyo solidario, de acuerdo a cada situación. • Acompañamiento de las familias y seguimiento de las respuestas del Estado.
<p>IV Cierre de proyecto III para la cohorte</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Una vez finalizado el proyecto, los estudiantes deberán organizar una actividad colectiva para la presentación y difusión de los resultados en su comunidad y ante las instituciones vinculadas con la finalidad del proyecto desarrollado.

• CONSIDERACIONES FINALES

El proyecto desde el punto de vista formativo, deberá contener acciones dirigidas a que el estudiante aplique metodologías de recolección, procesamiento y análisis de información con enfoques participativos, que revaloricen el conocimiento, la información y los saberes que manejan los diversos actores sociales del ASIC.

Los docentes guiarán a los estudiantes en la organización y planificación del trabajo en el tiempo independiente. Durante este momento, los estudiantes desplegarán de manera autónoma, diversas actividades relativas al desarrollo de la investigación, tales como búsqueda y procesamiento de información en diversas fuentes, lecturas de tópicos y temas relativos al objeto de investigación, preparación de las actividades de campo, elaboración de informes de avance, actividades de intercambio y de apoyo a las comunidades, entre otras, por ello se recomienda incorporar estrategias de seguimiento y evaluación de las operaciones establecidas.

La puesta en práctica de esta propuesta será el criterio de validación para su adecuación y reformulación constantes de acuerdo a los cambios que se vayan dando en la realidad nacional y en el SPNS en particular, junto con los cambios que se vayan planteando en y desde la UBV.

• REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asamblea Nacional. (2009). Ley Orgánica de Educación.

Breilh, Jaime (2002). De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. En <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v8n4/a16v8n4.pdf>.

Córdova, Marlene Y (2010). Modelo para la gestión de la integración socio- educativa de la Universidad Bolivariana de Venezuela. Tesis en opción al título de Doctor en Ciencias de la Educación. Instituto Pedagógico Latinoamericano y Caribeño. La Habana, Cuba.

Córdova, Marlene Y (2000). Construyendo cambios. Editorial Fedeupel. Caracas, Venezuela.

Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948). Artículo 251.

Delgado, J (2003). Estrategia metodológica para la construcción de redes comunitarias agrícolas en pro del desarrollo local. Caso: productores de plátano del sur del lago de Maracaibo, Venezuela. Agroalimentaria, 8(17), 29-38. En http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-03542003000200002

Gaceta oficial N° 6.189, del 16 de julio de 2.015, donde se dicta el Reglamento Orgánico del Ministerio del Poder Popular para la Salud (Decreto 1.887). Gaceta Oficial N°40.708, del 22 de Julio de 2015. Resolución N° 134 del Ministerio del Poder Popular para la Salud sobre Comités De Salud y Sus Facultades.

Gaceta Oficial N° 40.723, del 13 de agosto de 2.015. Resolución N° 400 del Ministerio del Poder Popular para la Salud sobre la “Clasificación de los Establecimientos que conforman el Sistema Público Nacional de Salud(SPNS).

Gaceta oficial N°40.708 del 22 de Julio de 2015. Resolución N° 427 del Ministerio del Poder Popular para la Salud sobre la Red de Atención Comunal de Salud.

Hanneman, Robert A. (2000). Introducción a los métodos de análisis de redes sociales. España: Revista Redes. En <http://revista-redes.rediris.es/webredes/>

Ley del Plan de la Patria (2013). Tribunal Supremo de Justicia, Caracas, Venezuela. Gaceta Oficial N° 40308 de fecha 4/12/2013. En: http://historico.tsj.gob.ve/gaceta_ext/diciembre/4122013/E-4122013-3859.pdf#page=1

Asamblea Nacional de Venezuela. (2009). Ley Orgánica de Educación.

Martínez, Víctor M. (s/f). El enfoque comunitario el desafío de incorporar a las comunidades en las intervenciones sociales. En: http://dspace.otalca.cl/bitstream/1950/9417/1/martinez_ravanal.pdf

Ministerio del Poder Popular para la Salud (2015). Plan Nacional de Salud 2014- 2019. Ministerio del Poder Popular para la Salud, Caracas, Venezuela.

Ministerio del Poder Popular para la Salud (2016). Modelo de Atención Integral y Criterios para su Gestión Dentro de la Red de Atención Comunal de Salud. En: <http://www.fmba.gob.ve/wp-content/uploads/2015/08/AA-DOCUMENTO-RECTOR-DE-LA-RACS.-A%C3%91O-2016.pdf>

Mires, Fernando (1999). La Sociedad de Redes (o las redes de la sociedad). Revista Latinoamericana de Comunicación Chasqui, N° 67, (septiembre):4-11, Quito: Centro Internacional de Estudios Superiores de Comunicación para América Latina (CIESPAL).

Molina, José Luis (2001). Presentación. El análisis de redes sociales en España y Latinoamérica. Revista Redes, vol.I.

Molina, González José Luis (2005). Redes Personales: contribuciones, métodos y perspectivas. Empiria: Revista de metodología de ciencias sociales. ISSN 1139- 5737, N° 10, p. 71-106, España.

Morales, Francisco.(2007). Redes Institucionales. En <http://redesinstitucionales.blogspot.com/2009/08/de-las-redes-institucionales-la-gestion.html>

Morales Zepeda, Francisco (2009). De las Redes Institucionales a la Gestión de Redes Institucionales. En: <http://redesinstitucionales.blogspot.com/2009/08/de-las-redes-institucionales-la-gestion.html>

Núñez, Norma (2012). Una perspectiva de la Gestión del Estado, la Gestión Pública. Material en curso de elaboración para discusión. Uso restringido. En Ramos, Mary (2015)

OPS/OMS(2006). Barrio Adentro: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela. Caracas, Venezuela.

OPS/OMS (2001). La Salud Pública en las Américas. Instrumento para la medición del desempeño de las funciones esenciales de la salud pública. En http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Instrumento_Medicion_Desempeño.pdf

Ramos, Mary (2015). GESTIÓN DE LOS PROYECTOS EN SALUD COLECTIVA. Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias para el Desarrollo Estratégico.

Universidad Bolivariana de Venezuela (2003). Documento Rector. Ediciones UBV págs. 126; 129

Universidad Bolivariana de Venezuela (2009). Reglamento General de la UBV.

Universidad Bolivariana de Venezuela (2005). Aprendizaje por proyectos. Instructivo que regirá la aplicación de la metodología del aprendizaje en los programas de formación de grado y formación avanzada que se dictarán en la UBV. Papel para la discusión. Mimeo

Universidad Bolivariana de Venezuela (2007). Documento Base del Programa de Formación de Grado Gestión en Salud Pública. Caracas, Venezuela

Universidad Bolivariana de Venezuela (2007). Programa analítico correspondiente a Proyecto II: Gestión de redes de salud y prevención de enfermedades. Mimeo

NUESTRA AMÉRICA LATINA Y LA PRODUCCIÓN DE CONOCIMIENTO. UNA REFLEXIÓN DESDE LA PERSPECTIVA VENEZOLANA

*“Es fundamental para el proyecto nacional la ciencia y la tecnología.
Hay que aplicar la ciencia y la tecnología en todas las cosas, por más
sencillas que sean”.*

Hugo Chávez

Inauguración de la Universidad Iberoamericana del Deporte.
San Carlos, estado Cojedes, 9 de febrero de 2006.

Gabriela Arévalo²⁵

• RESUMEN

Los pueblos originarios de América Latina fueron despojados hasta de su idioma y dominados por la cruz. A consecuencia de esto, la producción de conocimiento que se ha generado, responde al sistema imperante en el mundo, el capitalismo. Los precedentes exigen el replanteamiento de la universidad venezolana como plataforma estratégica para la construcción de la cultura ciudadana, de la creación, del emprendimiento, de la cooperación y la solidaridad, la paz, la libertad y la soberanía. Al propio tiempo, la formación del talento humano nacional con cultura científica para la producción del conocimiento pertinente como fuerza impulsora del nuevo Estado que nace con sentido de identidad y pertenencia de país dentro del contexto latinoamericano, caribeño y mundial.

• RESUMO

Os povos originários da América Latina foram despojados mesmo da sua próprio idioma e dominados pela cruz. A consequência disso, a produção de conhecimento que se tem gerado, responde ao sistema imperante no mundo, o capitalismo. Os precedentes exigem o replanteamento da universidade venezuelana como pla-

25 Profesora Instructora Universidad Bolivariana de Venezuela. gabyanastasia@gmail.com

taforma estratégica para a construção da cultura cidadã, de criação, do empreendedorismo, da cooperação y a solidariedade, a paz, a liberdade e a soberania. Ao tempo, a formação do talento humano nacional com cultura científica para a produção do conhecimento pertinente como força do impulso do novo Estado que nasce com senso de identidade e pertinência de país dentro do contexto latinoamericano, caribeño e mundial.

• INTRODUCCIÓN

Este texto se produce con el recuerdo fresco de las palabras expresadas por una de nuestras profesoras, durante un encuentro en la Maestría Práctica Social y Salud de la Universidad Central de Venezuela, cuando dijo: *si las personas no producen conocimiento pasan por la vida como una hoja seca*. A partir de estas palabras surgen varias interrogantes a la autora, entre ellas: ¿hemos pasado la vida como una hoja seca?, ¿qué pasa en el mundo ante esta realidad?, ¿será posible que al internalizar esa visión, se pueda contribuir a revertir la lógica del Capital que convierte en otoño nuestras vidas dentro de un inmenso campo lleno de riquezas?...

El sistema capitalista dueño del mundo, disfrazado en sus diversas expresiones: el liberalismo, la democracia representativa, socialismos con aproximaciones sociales demócratas...; usa en su voraz desenfreno la tecnocracia, el mercado y la de moda globalización como adaptaciones modernas del mismo imperialismo implacable, que en Nuestra América Latina nos colonizó a fuerza de la Cruz y el derramamiento de sangre de nuestros ancestros.

Como consecuencia, la producción de conocimientos sirve para validar una ciencia y tecnología como herramientas de sostén del mismo sistema social capitalista, a los fines de la explotación del ser humano. Desde esa perspectiva, se recrea el presente trabajo a partir del pensamiento que el futuro de Nuestra América Latina está atada a la producción del conocimiento que derive en nuestra propia ciencia y desarrollo tecnológico.

• ALGUNAS CONSIDERACIONES

La producción de conocimiento se debe entender como herramienta para la lucha, para la vida y para la liberación de los pueblos con la finalidad de transformar la realidad social desde la ciencia, pero que esta misma emerja desde el ser humano consciente de su quehacer para construir un mundo mejor, el cual ha sufrido profundos embates de un sistema que ha sido capaz de excluir a la mujer y al hombre de su propio saber.

Por consiguiente, se hace necesaria una revolución del conocimiento que permita direccionar como hacemos para saber, que hacemos con lo que sabemos y su implicación estratégica para asumir el desafío de formar nuevos ciudadanos capaces de revertir el orden instaurado, lo que requiere acciones urgentes para alcanzar un desarrollo verdaderamente humano. Para asumir este desafío, es imperante aproximarse a la historia y que esta sirva de plataforma para la lucha.

Nuestra América ha sufrido la colonización del saber, partiendo desde el despojo de nuestro lenguaje, el sistema colonial se adueñó de la memoria histórica de nuestros orígenes, utilizando al lenguaje como instrumento de dominio, instaurado desde cuando el rey Carlos III decretó la prohibición del uso de lenguas indígenas en sus colonias americanas.

Entre las prerrogativas de la dinastía de los Borbones no se encontraba ya la evangelización de los indios en sus propias lenguas, sino la unificación lingüística del Imperio con el fin de facilitar el comercio, desterrar la ignorancia y asegurar la incorporación de los vasallos americanos a un mismo modo de producción. Las lenguas vernáculos aparecían así como un obstáculo para la integración del Imperio español al mercado mundial y el castellano se convirtió en la única lengua que podía ser hablada y enseñada en América (Triana y Antorveza, 1987: 499-51. Citado por Castro 1958).

A juicio de la autora de este trabajo, es así, como comienza el despojamiento de los saberes ancestrales, que ha repercutido a lo largo de los tiempos en el desarrollo de la ciencia en Nuestra América,

una vez que se inicia la expansión europea en la ciencia, por ello, se rescata la interrogante planteada por Castro (1958) *¿Puede ser vista la ciencia como discurso colonialista producidos al interior de una estructura imperial de producción y distribución de conocimientos?*

En efecto, así comienza la producción de conocimiento en el colonialismo, imponiendo su lengua europea, su cultura, en fin, la concepción eurocentrista del mundo, para su beneficio que no fue otro que la producción de bienes y el comercio.

Por otro lado, se manifestó el tipo de raza como elemento para el acceso al conocimiento; la blancura fungió como capital valioso para la formación de las elites en la producción de patrones culturales y conocimientos instrumentales útiles para la dirección de los colonizados. Pero, al propio tiempo, se encontraban las ancianas y los ancianos indígenas utilizando *la oralidad como mecanismo pedagógico de enseñanza a sus generaciones* (Domínguez y Herrera, 2010). Lo anterior permitió mantener viva estas formas milenarias de cultura a pesar de la colonización que intentó aniquilar todo rastro físico y espiritual de estas civilizaciones.

En otras palabras, accedían al conocimiento quienes tenían una posición privilegiada en el poder imperial y se establece según Lander ...*la constitución colonial de los saberes, de los lenguajes, de la memoria y del imaginario*. Este proceso culmina aproximadamente en el siglo XIX. Por ello, analizar la construcción de conocimiento en la realidad latinoamericana, implica obligatoriamente, como lo plantea Pérez (s/f), no sólo el estudio de lo *teórico/metodológico*, sino que también se extienden a las expresiones *histórico/estructurales que caracterizan a la región*, lo cual permea el desarrollo científico, tecnológico y social.

Posteriormente, durante el proceso de independencia de las colonias se da la fusión y asimilación de elementos culturales diferentes, producto del abanico formado entre los indígenas, africanos y europeos; unidos los dos primeros por la hermandad surgida en las circunstancias de esclavitud y sometimiento. Fenómeno que a pesar de ser diferente en toda la región nos diferenciaba del resto del mundo. Durante este proceso de independencia surgen como icono

y ejemplo de la liberación en la producción de conocimiento en toda Latinoamérica, Miranda, Simón Bolívar y su maestro Rodríguez.

El contexto histórico al que les correspondió incursionar a estos grandes pensadores era sin duda adverso a un pensamiento liberador, sin embargo cumplieron sus roles históricos, irrumpiendo en contra de lo instituido que proporcionaba acceso al conocimiento a la minoría establecida; decía Simón Rodríguez: *la América no ha de imitar servilmente, sino ser original.*

El maestro Rodríguez se refería a la *Libertad de pensar*, para ser *nosotros mismos* en nuestro tiempo histórico, somos el sentir de un pueblo con identidad, historia, geografía, costumbres, tradiciones, planes y proyectos, sueños propios pero que nos reconocemos en la convivencia. Somos una totalidad, donde coexisten un conjunto de significados y prácticas de lo latinoamericano y caribeño, con una historicidad como proceso, con memoria.

Robinson nos plantea una visión hacia la supervivencia frente a las amenazas hegemónicas, imperialistas, donde nos debemos crecer en nuestra defensa y protección basados en los valores comunes que refuerzan la identidad.

Por otro lado, Bolívar en la *Carta de Jamaica* (1815) deja claro la repercusión de la ciencia en el desarrollo de los países, cuando señala refiriéndose a la situación de España para el momento: *¿Podrá esta nación hacer el comercio exclusivo de la mitad del mundo, sin manufacturas, sin producciones territoriales, sin artes, sin ciencias, sin política?* En este sentido se refiere al entendimiento de la ciencia como conjunto de conocimientos capaces de combatir las colonias americanas si se quiere que América sea grande y respetada.

En este sentido, la ciencia para Simón Bolívar forma parte de su ideario político en función de la emancipación de los países del centro y sur de América, donde se pueda alcanzar el progreso y bienestar con la colaboración de las ciencias y las artes. También deja claro la importancia de la educación en todos sus niveles y en cuanto a las universidades, establece que se creen Academias para fomentar el incremento de las humanidades y de las ciencias.

De esta manera, la preocupación del Libertador se direcciona hacia una educación pensada en la formación integral del ser humano, y así lo deja claro en su Discurso de Angostura, cuando señala que el ciudadano activo *debe saber leer y escribir y profesar alguna ciencia o tener algún grado científico*. Todo esto para revertir lo instaurado por la educación escolástica, la cual según señala Fernando Báez:

fue un instrumento para borrar la memoria del pasado latinoamericano: los centros educativos sirvieron para formar una elite conservadora. ...los españoles en cambio insistieron con la fundación de universidades que repetían el modelo de Salamanca y Alcalá de Henares...llama la atención que antes de la existencia de Harvard (1636), ya existían trece universidades en América latina, al servicio de los intereses escolásticos...fueron trescientos años de aristotelismo y tomismo... De un total de casi ciento setenta mil graduados, que debían contar con la autorización papal para obtener su título, en su mayor parte las generaciones fueron asimiladas y sus investigaciones y obras se insertaron en la tradición dominante. Las bibliotecas universitaria no eran públicas y no todos los libros podían ser leídos,...las cátedras se daban en latín (Baez, 2008).

Lo anterior, sirve para ilustrar el pensamiento liberador en la producción de conocimiento en Nuestra América. En contraposición de quienes a través de los siglos han convertido al conocimiento en mercancía como es vista al mismo tiempo por el liberalismo, nueva forma de dominación surgida una vez independizados, que continuo excluyendo a la mayoría de la población del conocimiento, la cultura.

Pérez (s/f), en su análisis de *Los vaivenes teórico/epistemológicos en las ciencias sociales Latinoamericanas*, plantea que las décadas de los sesenta y setenta fue la época donde la teoría social se enfoca hacia los problemas de desarrollo y el subdesarrollo de la región, herencia de los años de colonialismo del saber y como parte de la teoría de desarrollo que nace de la segunda guerra mundial, como forma de afrontar la crisis *bélico/geopolítica que trajo consigo un nuevo reparto del mundo y el declive definitivo de los países imperialistas que hegemo-*

nizaron desde finales del siglo XIX lo que emerge a los Estados Unidos como del centro sistema mundial.

Para afrontar esta crisis, se requiere un discurso científico que legitime al nuevo imperio ante Latinoamérica y de esta manera los países *pobres y subdesarrollados* puedan insertarse en el engranaje del desarrollo en condiciones de pobreza y desventaja, pero que esta inserción le garantizará supuestas soluciones a su condición de atraso.

De acuerdo a estas interpretaciones eurocéntricas de la ciencia, el desarrollo del ser humano no ha sido posible, debido a obstáculos culturales que tenían que ser eliminados para avanzar en la dirección del progreso, el desarrollo científico y tecnológico, con la asunción de la ciencia, no como la forma en la cual el hombre se relaciona con la naturaleza, más bien, como una forma de dominación política y económica de los pueblos.

De tal manera, el desarrollo científico y tecnológico se convierte en la fuente del futuro bienestar, desapareciendo los elementos sociales para realizar ajustes económicos, políticos, culturales y garantizar la exitosa incorporación al mundo moderno. Sin embargo, ante esta realidad comienza el surgimiento de movimientos sociales que traen consigo producción de conocimiento para afrontar esta nueva realidad y para luchar por la nueva liberación, lo cual, de acuerdo con Pérez (s/f) *comienzan el análisis sobre las nuevas condiciones geopolíticas, económicas y sociales derivadas del reordenamiento del tablero mundial.*

Entonces, en los países capitalistas centrales, como en el mundo periférico, a partir de la década de los sesenta se generaron diversas formas de *reflexión, organización, acción y movilización ciudadanas* como expresiones importantes de *las reacciones críticas y demandas de participación en torno a asuntos científicos y tecnológicos en las últimas décadas, son los movimientos ecológicos y la multiplicidad de organizaciones y luchas directamente referidas al cuestionamiento del modelo tecnológico dominante* (Varsavsky, 2013).

En este contexto, las Universidades y su producción científica cumplen una función esencial en el desarrollo y la liberación de los países, reforzando su protagonismo social como conciencia crítica y

fortalecedora de la cultura desde el desarrollo científico, a partir de reconocer la importancia del vínculo entre educación, conocimiento y desarrollo. Papel social de la Universidad reconocido por la UNESCO (1995), al señalar que, cada institución universitaria debe ser *una comunidad dedicada plenamente a la investigación, la creación y la difusión del conocimiento, al progreso de la ciencia, y que participe en el desarrollo de innovación e innovaciones tecnológicas*, puestos al servicio de las transformaciones sociales en el presente y el futuro por ser la institución social encargada del desarrollo de los saberes culturales y con el desarrollo al más alto nivel del talento humano.

En Venezuela, de acuerdo a Pereira, Juárez y Hernández (2008) quienes sostienen que, dentro de las instituciones universitarias venezolanas, la investigación se encuentra ubicada en un lugar secundario, a pesar que la misma, es la actividad que genera, en su devenir, nuevos conocimientos y la formación de ciudadanía crítica con capacidad de interpretar y encontrar soluciones ante la complejidad de las necesidades sociales. Los autores asumen que la investigación se encuentra sumida en muchos obstáculos, entre los cuales mencionan: *la preeminencia de la docencia sobre la investigación; la existencia de esfuerzos de investigación desarticulados y un financiamiento insuficiente e ineficiente*; pero también, advierten sobre la posibilidad de superar lo tradicional, toda vez alcanzadas, nuevas maneras de organizar la ciencia y tecnología en nuestro país.

De esta manera, se hace imperante para transformar esta realidad asumir el reto que se refiere *al derecho al acceso a la información en relación a los principales asuntos tecnológicos y el derecho a participar en el proceso de toma de decisiones en relación a asuntos científicos y tecnológicos que puedan tener una incidencia significativa en la vida de la gente a corto o largo plazo* (Varsavsky, 2013).

En correspondencia con lo anterior, la Universidad debe dar respuesta a las necesidades del pueblo y el reconocimiento de las implicaciones sociales de la ciencia y la tecnología en un sistema más humano como el nuestro, a partir de la aprobación de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV), 1999, dada por voto mayoritario del pueblo, donde se le confiere a la Educación

y al Trabajo la responsabilidad de ser los procesos fundamentales para lograr la construcción de un camino social con una visión de desarrollo humano que dé al traste con el agotado sistema capitalista, para dar paso a la formación del nuevo ciudadano desde diversos espacios apoyándose en la educación popular y creando Universidades del pueblo y para el pueblo, para encaminarnos hacia la independencia científica tecnológica.

En este contexto, de acuerdo al Plan Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación 2005-2030, la política científica del Estado venezolano está dirigida a *construir una cultura científico-tecnológica* con el fin de orientar la transformación de la sociedad venezolana a partir de incrementar, organizar y utilizar el potencial científico del país para producir, transferir y asimilar eficazmente el conocimiento científico y tecnológico para alcanzar metas de desarrollo sostenible, *de producción colectiva, comprometida con la inclusión y la vida en el planeta*, para cumplir con las políticas públicas de inclusión de innovadores e investigadores, con el objetivo de fortalecer las líneas y redes de innovación e investigación en las áreas estratégicas que requiere el país para su desarrollo e independencia científica y tecnológica, especialmente dirigido a dar cumplimiento a la Ley del Plan de la Patria 2013-2019.

Los precedentes obligan a replantearse la universidad venezolana como plataforma estratégica para la construcción de la cultura ciudadana, la cultura de la creación, la cultura emprendedora, la cultura de la cooperación y solidaridad, la cultura de la paz, de la libertad y soberanía, al propio tiempo, la formación del talento humano nacional con cultura científica para la producción del conocimiento pertinente como fuerza impulsora del nuevo Estado que nace bajo el sentido de identidad con pertenencia de país dentro del contexto latinoamericano, caribeño y mundial.

Así, la nación entera logra encaminarse hacia la relación pueblo-producción de conocimiento con la finalidad de ser arquitectos, constructores, artesanos del aprender, para romper el modelo dominante de enseñanza con el compromiso formador de la nueva ciudadanía que reclama la humanidad. Esta concepción implica, necesariamente, tejer un entramado donde se crucen, se entrecrucen, se

toquen y se interconecten las dimensiones del ser humano: lo ético, lo político, lo económico, lo cultural, lo histórico, lo social, lo ecológico, lo científico, lo tecnológico, lo cósmico, su biología, su psicología, sus saberes, sus contradicciones... con lo subjetivo: su espiritualidad.

En correspondencia con lo anterior, rescatando a la Universidad como herramienta de lanza en la producción de conocimiento en este nuevo siglo, de acuerdo a Boaventura de Sousa (2008), será *menos hegemónica* y considerada como *bien público íntimamente ligado al proyecto de nación*.

• CONCLUSIÓN

La producción de conocimiento en América Latina ha sufrido los desmanes de la colonización y la instauración del sistema capitalista, sin embargo, estos pueblos libertarios aprendieron a sobreponerse generando procesos investigativos que den respuesta a las necesidades reales de sus pueblos, donde la universidad cumple un rol social fundamental en la formación sociopolítica y productiva, para consolidar un modelo de sociedad que transforme las condiciones de vida construyendo el conocimiento desde la prácticas sociales. Por tanto, los pueblos de América Latina deben continuar avanzando en la implementación de modelos educativos que permitan transformar la visión de la producción de conocimiento hacia una universidad que genere procesos productivos que permitan coadyuvar esfuerzos para construir un sistema coherente con un nuevo orden social más humanista y creador de condiciones para la vida.

• REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Baez, F. (2008). El saqueo cultural de América Latina. Editorial Melvin. Debate.

Borda, F. (2013). O. Ciencia, compromiso y cambio social. Buenos Aires: El Colectivo.

Castro-Gómez, S. (2005). La hybris del punto cero: ciencia, raza

e ilustración en la Nueva Granada (1750-1816). Pontificia Universidad Javeriana.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999). Impresiones de los Talleres Gráficos de la Asamblea Nacional. Caracas.

De Sousa Santos, B. (2010). La universidad del siglo XXI. Para una reforma democrática y emancipatoria de la universidad. Ediciones Trilce.

Domínguez, L. y Herrera N. (2011). Identidad y Valores Culturales. En: Shawantamaana. Sistematización de identidad y valores culturales indígenas. Imprenta Universitaria. Universidad Bolivariana de Venezuela.

Lander, E. (2000). ¿Conocimiento para qué? ¿Conocimiento para quién. Reflexiones sobre la universidad y la geopolítica de los saberes hegemónicos.

Lander, E., Walter, E. D. L. E. L., Escobar, D. M. F. C. A., Francisco, S. C. G. A. M., & Quijano, L. S. A. (2005). La colonialidad del Saber: Eurocentrismo y Ciencias Sociales. Perspectivas latinoamericanas.

Pereira de Holmes L, Suárez W y Hernández J (2008). Problemas de la investigación en las universidades venezolanas. Revista Espacios. Vol. 29 (1) Pág. 25. Disponible en: <http://www.revistaespacios.com/a08v29n01/08290801.html>. Consulta: 19-1-2015.

Pérez, I. E. Los vaivenes teórico/epistemológicos en las ciencias sociales latinoamericanas. Estudios Latinoamericanos, (23).

Rodríguez, S. (1988) Inventamos o erramos.

Varsavsky, O. (2013). Estilos Tecnológicos: Propuestas para la selección de tecnologías bajo racionalidad socialista; con prólogo de Ruth Ladenheim y Horacio L. González. - 1a ed. - Buenos Aires: Biblioteca Nacional.

UNESCO (1998). La Educación Superior en el siglo XXI: Visión y Acción. Conferencia Mundial sobre la Educación Superior. París, 5-9 de octubre 1998.

SALUD EN CLAVE DECOLONIAL: UNA PERSPECTIVA INTERCULTURAL..²⁶

Juan Bacigalupo*. Francisco Armada*. Felix Rigoli*

• **RESUMEN**

Latinoamérica posee una gran diversidad étnico-cultural; esta riqueza se presenta también como un desafío y oportunidad para las políticas de salud. ¿Cómo brindar salud culturalmente adecuada en una región como la nuestra? Así, buscamos presentar una discusión sobre salud desde una perspectiva decolonial, es decir, superando las estructuras hegemónicas de construcción del conocimiento y reconociendo los saberes de las diversas etnias y culturas de nuestro continente. La interculturalidad aparece como un concepto contra-hegemónico de las discusiones políticas de los movimientos sociales latinoamericanos y que lucha por una acción de transformación de los problemas sociales. En esa línea, los países de la región han avanzado en crear políticas de salud intercultural que articulen la biomedicina con los saberes tradicionales. Los avances en el sistema jurídico y la gestión institucional en materia de interculturalidad en la región latinoamericana destacan como posibilidad de brindar aportes concretos a la decolonialidad en salud y su resistencia ante el modelo hegemónico.

Palabras clave: Etnia y salud; Salud intercultural; Decolonialidad.

• **RESUMO**

A América Latina possui uma grande diversidade étnico-cultural; essa riqueza se apresenta como um desafio e uma oportunidade para as políticas da saúde: como fornecer saúde culturalmente apropriada em uma região como a nossa? Assim, procuramos apresentar uma

²⁶ Las opiniones vertidas en este artículo son de exclusiva responsabilidad de los autores y en ningún caso representan al ISAGS, UNASUR o sus países miembros.

* Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS)

discussão sobre a saúde a partir de uma perspectiva decolonial, ou seja, superando as estruturas hegemônicas de construção do conhecimento e reconhecendo os saberes das diferentes etnias e culturas do nosso continente. A interculturalidade aparece como uma concepção contra-hegemônica das discussões políticas dos movimentos sociais latino-americanos e que luta por uma ação de transformação dos problemas sociais. Nesse sentido, os países da região progrediram na criação de políticas interculturais de saúde que articulam a biomedicina com o conhecimento tradicional. Avanços no sistema jurídico e na gestão institucional no campo da interculturalidade na região latino-americana destacam-se como uma possibilidade de fornecer contribuições concretas à saúde decolonial e sua resistência ao modelo hegemônico.

Palavras-chave: Etnia e saúde; Saúde intercultural; Decolonialidade.

• ABSTRACT

Latin America has a great ethnico-cultural diversity; it is both a challenge and opportunity for health policies. How to provide culturally appropriate health in a region like ours? Thus, we seek to present a discussion on health from a decolonial perspective, that is, overcoming the hegemonic structures of knowledge construction and recognizing the knowledge of the different ethnic groups and cultures of our continent. Interculturality appears as a counterhegemonic concept of the political discussions of the Latin American social movements and a concept that calls for an transformation of social reality. Along these lines, the countries of the region have made progress in creating intercultural health policies that articulate biomedicine with traditional knowledge. Advances in the legal system and institutional management in the field of interculturality in the Latin American region stand out as a possibility of providing concrete contributions to decolonial health and in countering the hegemonic model.

• INTRODUCCIÓN

Latinoamérica posee una gran diversidad étnico-cultural, conviven con distintos grados de armonía personas indígenas, migrantes, afrodescendientes y tantos otros grupos que conforman nuestra realidad cotidiana. Para comprender esta diversidad, debemos recordar un pasado indígena, con complejas civilizaciones consolidadas y que se enfrentaron a la colonización de países europeos. Dicho proceso trajo consigo, entre otras cosas, el comercio de esclavos, marcando así un contexto diverso que se mantiene hasta hoy, con expresiones de racismo y clasismo.

Ante esta realidad, buscamos presentar una discusión sobre salud desde una perspectiva decolonial, es decir, superando las estructuras hegemónicas de construcción del conocimiento y reconociendo los saberes de las diversas etnias y culturas presentes en nuestro continente. La salud usualmente silencia las diferencias culturales, una vez que el modelo biomédico instituido no considera las singularidades y el dinamismo de las sociedades en las que está inserta. Esta riqueza étnico-cultural representa al mismo tiempo un desafío y una oportunidad en la construcción de una comprensión “decolonial” de nuestra región.

Así como en otros desarrollos teóricos latinoamericanos que han surgido a partir de la visión de los dominados, se plantea el reto de generar aportes a una salud intercultural propiamente decolonial. La sistematización de las experiencias en la región abona en este sentido.

• DECOLONIALIDAD: LUCHA CONTRAHEGEMÓNICA

La sociedad contemporánea impone el reconocimiento de una forma homogénea de valores y culturas, no dejando espacio para las singularidades de pueblos que tienen conocimientos y vivencias diferenciadas del modo de vida estándar/dominante. Así, nuestra región se enfrentó (y enfrenta) a un modelo de sociedad en el que la categoría “raza”

participa en la definición las relaciones sociales generando situaciones de desigualdad e inequidad en cada uno de nuestros países.

Pensadores latinoamericanos, y de otras latitudes, han buscado discutir sobre esta realidad y hacen una diferencia entre el colonialismo (una relación política y económica de poder en que un pueblo está subordinado a otro) y la colonialidad (el resultado del colonialismo, es decir, formas de pensar, de vivir, trabajo, autoridad y relaciones que se articulan de acuerdo al pasado colonial y a la idea de “raza”), así como en lo que representan para nuestro contexto “al sur del mundo”. Así, nos encontramos con diversas culturas en el mundo, tales como pueblos indígenas, afrodescendientes, romaníes y migrantes, que poseen sus propias explicaciones válidas de la realidad que precisan ser consideradas en el área de la salud. En esa línea, creemos que se debe reivindicar las particularidades latinoamericanas reconociendo la importancia del pensamiento situado y contextualizado socio histórico y geográficamente; potenciando un proyecto cultural, político y social que permita romper con siglos de colonialidad, lo que en salud llamaríamos de “salud intercultural”.

Ante este escenario, el proyecto de sociedad se encuentra en disputa, sea para el mantenimiento del estado hegemónico o en la defensa de la transformación de la realidad en curso: “Cuanto más fuerte es el sistema de exclusión social, más urge encontrar otros caminos para la organización de la vida y de la producción, que garanticen el bien vivir de todos y de cada uno” (Oliveira, 2006).

Esclareciendo un poco más esta perspectiva teórica, en el prólogo del libro “El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá de capitalismo global”, aborda una importante consideración para este análisis: por más que hoy no seamos colonias formales de algún otro país, aún existe una forma de dominación, la colonialidad del sa-

ber, del poder y del ser; es decir, una herida colonial que influencia los sentidos, las emociones y el intelecto de los que estamos en el sur del mundo. Así:

“(...) el mundo de comienzos del siglo XXI necesita una decolonialidad que complemente la descolonización llevada a cabo en los siglos XIX y XX. Al contrario de esa descolonización, la decolonialidad es un proceso de resignificación a la largo plazo, que no se puede reducir a un acontecimiento jurídico-político. (Grosfoguel y Castro-Gómez, 2007. p. 17)

• **DECOLONIALIDAD Y SALUD INTERCULTURAL**

Ante esta realidad colonial, en las últimas décadas se han hecho esfuerzos para subsanar las diferencias y desigualdades históricas de nuestro continente buscando el reconocimiento de las poblaciones vulneradas y promover la igualdad de los distintos grupos culturales de nuestros países, procurando la construcción de sociedades más justas, equitativas, igualitarias y plurales (Walsh, 2010); ya que los afrodescendientes e indígenas continúan sufriendo consecuencias de inequidades, económicas, sociales y políticas, a la que han sido relegadas como fruto de los sistemas de estratificación social basados en pirámides étnico-raciales constituidas en épocas coloniales (CEPAL, 2012).

Las políticas de salud han sido uno de los espacios donde se han manifestado distintas iniciativas de decolonialidad en el proceso de construcción de equidad durante las últimas décadas en Latinoamérica. Esas experiencias presentan variaciones entre sí, en tanto que comparten algunos aspectos como su contextualización dentro de políticas públicas más amplias de distribución de poder, énfasis en la promoción de la participación ciudadana, abordaje de la salud como derecho fundamental y acción intersectorial (Laurell, 2003; Armada et al, 2009; Atun et al, 2015; de Andrade, 2015).

Por otro lado, los cambios políticos que se presentaron en varios países de la región y se expresaron con cambios constitucionales en algunos de ellos, propiciaron redistribuciones de poder creando

nuevas estructuras de participación de indígenas, como es el caso de Bolivia, Ecuador y Venezuela. Esas políticas de distribución de poder con reconocimiento del carácter multicultural también conllevaron a una reformulación de la salud intercultural.

Al hablar de salud intercultural frecuentemente nos encontramos con referencias a la salud indígena, utilizando dichos conceptos como sinónimos, sin embargo, poseen implicaciones diferentes en cuanto a su origen y objetivos. La interculturalidad nace como un concepto contrahegemónico de las discusiones políticas de los movimientos sociales latinoamericanos y que lucha por una acción de transformación de los problemas sociales (Walsh, 2009), en ese proceso se incluye principalmente a grupos indígenas, afrodescendientes, romaníes y migrantes; es decir, se amplía el concepto de salud indígena que primaba en la región hasta hace algunos años. También como parte de este proceso surgieron diferentes, y a veces divergentes propuestas y acciones de salud interculturalidad, parte de las cuales confluyeron en un objetivo común: la posibilidad de articular la biomedicina y diferentes saberes de medicinas tradicionales a partir de relaciones entrecruzadas y no de dominación ni de hegemonía/subalteridad (Menéndez, 2016)

Epistemológicamente, la interculturalidad significa redefinir las relaciones de la sociedad con las culturas, según Walsh (1998): “La interculturalidad intenta romper con la hegemonía de la cultura dominante sobre la subordinada, fortaleciendo las identidades tradicionalmente excluidas para construir, en el cotidiano, una coexistencia de respeto y legitimidad entre todos los grupos de la sociedad”. Los términos inter, multi y pluriculturalidad suelen ser utilizados para referirse a una misma situación, ya que los tres hacen referencia a la cuestión de la diversidad cultural, sin embargo, “apuntan a distintas maneras de conceptualizar esa diversidad y a desarrollar políticas y prácticas relacionadas con ella dentro de las organizaciones e instituciones de la sociedad, incluido el propio Estado” (Walsh, 2009). A continuación, presentamos las diferencias entre estos conceptos según el análisis de Walsh (2005, citado por ISAGS, 2017):

- **Multiculturalidad:** utilizada como estrategia descriptiva en que se reconoce la existencia de múltiples culturas, sin explicitar relaciones entre ellas. Según Ramon Panikkar (2002) “consiste en creer que existe una cultura superior a todas las demás, capaz de ofrecerles una hospitalidad benigna y condescendiente”.
- **Pluriculturalidad:** hace referencia a una pluralidad histórica y actual, en la cual varias culturas conviven en un espacio territorial y juntas, supuestamente, hacen la totalidad nacional. La pluriculturalidad señala la diversidad entre y dentro de las culturas mismas.
- **Interculturalidad:** se refiere a relaciones, negociaciones e intercambios culturales, buscando desarrollar una interacción entre personas, conocimientos, prácticas, lógicas, racionalidades y principios de vida culturalmente diferentes; una interacción que admite y que parte de las asimetrías sociales, económicas, políticas y de poder.

Así definida, la interculturalidad aún no existe en la práctica, para eso es necesaria una transformación radical de las estructuras, instituciones y relaciones de nuestra sociedad. Sin una verdadera transformación, la interculturalidad se mantiene solo en el plano funcional e individual, “sin afectar en mayor medida la colonialidad de la estructuración social y el carácter monocultural, hegemónico, y moderno-occidental-colonial, tanto del Estado como de la razón misma” (Walsh, 2009).

Algunas de las visiones de la salud intercultural en países suramericanos ilustran los dilemas, retos y contradicciones del proceso decolonizador en las políticas de salud. A partir de un estudio realizado por el Instituto Suramericano en Gobierno en Salud (ISAGS, 2017) dirigido a documentar las políticas de salud intercultural en América del Sur, seleccionamos aspectos de esas políticas en Bolivia, Ecuador, Perú y Venezuela.

- **SALUD INTERCULTURAL EN SURAMÉRICA:
¿CAMINO DECOLONIZADOR?**

El estudio de todos los países de la América del Sur (ISAGS, 2017) establece que el carácter intercultural en las políticas públicas en el área de salud está presente en todos los casos, aunque con amplias variaciones entre ellos, e incluso dentro algunos países. Algunos países cuentan con el concepto intercultural de forma explícita en la política de salud, mientras otros restringen la temática a “salud indígena”. A continuación presentamos los cuatro casos seleccionados.

- **BOLÍVIA:**

En la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia (2009) se reconoce y promueve el principio indígena del “suma qamaña” o “vivir bien”. Dentro de este principio, se detalla la idea de una sociedad basada en la decolonialidad y en el diálogo intercultural, así se comienza a dar voz a sectores de la sociedad que habían sido silenciados por las élites de Bolivia y por los años de occidentalismo “blanco” o eurocéntrico en un país que cuenta con mayoría de población indígena. También, garantiza la salud universal para toda la población (Art. 18, Inciso III), reconociendo saberes ancestrales y medicinas tradicionales de los pueblos indígenas y de las 36 etnias originarias reconocidas (dentro de las cuales se incluyen a los afrobolivianos). Estos principios se plasmaron en un nuevo Sistema Único de Salud, centrado en el concepto de interculturalidad (Agudelo, 2014). Así, en el año 2011 se concreta dicho sistema con el Modelo de atención y de Gestión en Salud en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural – SAFCI. El SAFCI presenta cuatro ejes principales para operacionalización de sus principios: Participación social, Interculturalidad, Integralidad, e Intersectorialidad. El 2014 se crea el Programa Nacional de Salud Intercultural como parte de la estructura organizacional del Viceministerio de Salud Tradicional e Interculturalidad, buscando impulsar el conocimiento, articulación y valorización de los saberes ancestrales.

El país cuenta además con el Viceministerio de Descolonización del Ministerio de Culturas y Turismo, que en el marco de sus objetivos y sus funciones, debe desarrollar actividades académicas referentes a los pueblos indígenas en distintos niveles y ámbitos, tales como el estudio de las culturas del Estado Plurinacional de Bolivia, la decolonialidad vista desde el punto de vista académico local y latinoamericano y la despatriarcalización como propuesta e ideal original de Bolivia (Bolivia, 2014).

• ECUADOR

Con la promulgación de la Constitución de 2008, Ecuador plasmó el principio del “sumak kawsay” o el buen vivir como guía de las relaciones del Estado con la población. Dicho principio indígena, corresponde a una forma decolonial de ver el mundo, en donde se plantea una visión y práctica que une los espacios físicos con lo intangible, lo material con lo espiritual, el ser humano con la naturaleza en un entretrejado de cuatro principios fundamentales: relacionalidad, correspondencia, complementariedad y reciprocidad. La Constitución asume y pone en consideración una lógica de vida integral donde el conocer y el vivir se entretujan. Se busca así, un equilibrio entre los diferentes seres, saberes, culturas, racionalidad y lógicas de pensar, actuar y vivir (Walsh, 2012).

En esa línea, con el Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013 el Ministerio de Salud Pública impulsó la transformación estructural del sector salud mediante la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural – MAIS – FCI. Este Modelo se caracteriza por buscar la integralidad, calidad, equidad, y accesibilidad de los servicios de salud para dar respuesta a las demandas diferenciadas de mujeres y hombres en todo su ciclo de vida, considerando su diversidad étnica-cultural, sexo-genérica, de procedencia geográfica, de discapacidad y movilidad humana (Ecuador, 2017). En 2012 se crea la Dirección Nacional de Interculturalidad, Derecho y Participación Social en Salud, que tiene como misión definir y asegurar la implementación de políticas de salud

intercultural, garantizando la articulación y complementariedad de los conocimientos y saberes ancestrales.

• PERÚ

A diferencia de las Constituciones de Bolivia, Ecuador y Venezuela, que reconocen el carácter multiétnico y pluricultural de sus países, el Estado peruano lo que reconoce constitucionalmente es el derecho a la identidad étnica y cultural de la Nación (Art. 2, N°19). En el área de la salud, en 1997 es aprobada la Ley N° 26842, “Ley General de Salud”, que en sus artículos II y IV del Título Preliminar se dispone que la protección de la salud es de interés público, siendo la salud pública responsabilidad primaria del Estado y la salud individual responsabilidad compartida por el individuo, la sociedad y el Estado. Asimismo, el artículo XVII del referido Título Preliminar, establece que la promoción de la medicina tradicional es de interés y atención preferente del Estado (Perú, 1997).

Buscando poner en práctica esta visión de salud tradicional, en 2003 el Instituto Nacional de Salud – INS (organismo del Ministerio de Salud especializado en investigación) incorpora a sus funciones el Centro Nacional de Salud Intercultural – CENSI (ex Instituto Nacional de Medicina Tradicional) (Perú, 2002), que tiene por objeto “proponer políticas, estrategias y normas en salud intercultural, así como promover el desarrollo de la investigación que permita la integración de la medicina tradicional, alternativa y complementaria con la medicina académica, respetando el carácter multiétnico del país, y mejorando el nivel de salud de los pueblos andinos y amazónicos en el marco de la interculturalidad como derecho”. En esa línea, en 2004 se aprueba el establecimiento de Estrategias Sanitarias Nacionales de Salud a ser ejecutadas por el Ministerio de Salud (MINSa) y sus órganos complementares. De 10 estrategias, resaltamos la correspondiente a la “Salud de los pueblos indígenas” cuyo órgano responsable es el Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI).

Así, desde 2013 el CENSI promueve la Política Sectorial de Salud

Intercultural, que hasta 2015 pasó por el proceso de consulta previa y fue finalmente aprobada en 2016 mediante el Decreto Supremo N° 016-2016-SA, con el objeto de regular la salud intercultural y asegurar la atención a la salud como derecho humano, favoreciendo la inclusión, igualdad y no discriminación de mujeres, afroperuanos e indígenas andinos y amazónicos (Perú, 2016).

• VENEZUELA

La República Bolivariana de Venezuela posee un sistema de salud que procura la acceso universal con un rol preponderante del Estado. La ejecución de las políticas de interculturalidad tiene un avance como política pública, destacando la Ley Orgánica de Pueblos y Comunidades Indígenas y la creación de una Dirección de Salud Indígena en el Ministerio del Poder Popular para la Salud, que han dado lugar a iniciativas como el Servicio de Atención y Orientación al indígena (SAOI), los “facilitadores interculturales”, el programa de formación de médicos “Cacique Nigale”, etc. (Duarte et al. 2011).

En el artículo 9 de los Principios Fundamentales de la Constitución Bolivariana se resalta el carácter multiétnico y pluricultural de la sociedad venezolana (Venezuela, 1999). En el Capítulo VIII, el artículo 119 reconoce:

“la existencia de los pueblos indígenas, su organización social, política y económica, sus culturas, usos y costumbres, idiomas y religiones, así como su hábitat y derechos originarios sobre las tierras que ancestral y tradicionalmente ocupan y que son necesarias para desarrollar y garantizar sus formas de vida (...)”.

En el 2004 el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) creó la Coordinación Intercultural de Salud con Pueblos Indígenas (CISPI), instancia que tendría a su cargo el diseño e implantación de estrategias de salud para pueblos originarios. La CISPI actualmente es llamada como Dirección General de Salud Indígena, Intercultural y Terapias Complementarias del MPPS. En esa línea, existe un proyecto denominado “Atención y promoción en salud

intercultural para el vivir bien de los pueblos originarios, afrodescendientes y con otras especificidades culturales”, el mismo tiene como área estratégica: “Asegurar la salud de la población desde la perspectiva de prevención y promoción de la calidad de vida, teniendo en cuenta los grupos sociales vulnerables, etarios, etnias, género, estratos y territorios sociales”. Así mismo, el proyecto tiene como Acciones Específicas: “Ampliar la atención y promoción de la salud a través de la expansión de los servicios con pertinencia intercultural del Sistema Público Nacional de Salud a fin de cerrar brechas e inequidades sociales existentes en la población indígena y afrodescendientes” (Venezuela, 2016)

Por otro lado, en el año 2007 fue creado el Ministerio del Poder Popular para los Pueblos Indígenas, convirtiéndose en el órgano rector de las políticas públicas en materia indígena. Dentro de sus acciones encontramos la Misión Guaicaipuro, cuyos objetivos principales son: el desarrollo armónico y sustentable de los pueblos indígenas dentro de una visión de etnodesarrollo, fortalecer la capacidad de gestión comunitaria, impulsar el proceso de demarcación del hábitat y tierras, así como el desarrollo integral de los pueblos originarios para garantizar el disfrute efectivo de sus derechos sociales

• CONSIDERACIONES FINALES

La existencia de políticas de salud dirigidas explícitamente a grupos de la población distinguidos fundamentalmente por características étnicas o culturales es una forma de abordar el carácter multiétnico latinoamericano. El abordaje de políticas de salud para la totalidad de la población asumida como intercultural es otra manera, no necesariamente contrapuesta, de asumir la multiculturalidad existente como una fortaleza. Esta última visión luce en sintonía con la concepción decolonial. La promoción de la equidad en salud, en un contexto donde se han identificado profundas desigualdades estructurales en base a distintas categorías de poder de la población como “raza”, clase social y etnia, puede beneficiarse de la adopción de políticas de salud interculturales que

no privilegien las concepciones culturales de un grupo sobre otro; sino al contrario le permitan a todas las personas beneficiarse de la interculturalidad. Aunque específicamente en lo que respecta a la categoría clase social, el abordaje decolonial en las políticas públicas puede implicar considerables desafíos teóricos, incluyendo la necesidad de comprender mejor la multidimensionalidad de las inequidades en nuestro continente. Por otra parte, comenzar a incorporar conceptos como el “buen vivir” en sus diferentes concepciones, puede acercar conceptos de la determinación social y la sostenibilidad para el campo de la salud, apartándose de los aspectos más reduccionistas de los enfoques biomédicos.

En los cuatro países analizados (Tabla 1), al igual que lo descrito para toda América del Sur (ISAGS 2017) las políticas de salud y, en algunos casos, los servicios de salud se dirigen a grupos de población con características culturales específicas; siendo las poblaciones indígenas y afrodescendientes las más frecuentemente abordadas. Bolivia y Ecuador son los países que parecen avanzar más en la búsqueda de una sociedad decolonial, dando visibilidad a las distintas voces, culturas, creencias, géneros y saberes que conforman su sociedad y que fueron opacados durante el proceso colonial de construcción del conocimiento. De este modo, el concepto de interculturalidad va más allá de la salud, posicionándose en un espacio de lucha social que asegura la transformación del orden hegemónico y colonial, es decir: pensar en clave decolonial, es también asumir una postura política y ética de liberación frente a los atropellos del capitalismo neoliberal (Méndez, 2015). Las políticas de salud intercultural brindan una oportunidad única de decolonización de las políticas a pesar de los numerosos retos pragmáticos y teóricos que semejante proceso representa.

Tabla 1:

Políticas y programas de salud intercultural/indígena en países escogidos.

PAÍS	POLÍTICAS Y PROGRAMAS DE SALUD INTERCULTURAL/INDÍGENA
BOLIVIA	Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI)
ECUADOR	Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI)
PERÚ	Política Sectorial de Salud Intercultural
VENEZUELA	Servicios de Atención y Orientación al Indígena (SAOI)

Fuente: ISAGS (2017).

• **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

Agudelo Ortiz, D. (2014). Salud intercultural encrucijadas del vivir bien y el sumak kawsay en Bolivia y Ecuador. Tesis de Maestría. Universidad Andina Simón Bolívar.

Atun, R; de Andrade, LO; Almeida, G; Cotlear, D; Dmytraczenko, T; Frenz, P; Garcia, P; Gómez-Dantés, O; Knaul, FM; Muntaner, C; de Paula, JB; Rígoli, F; Serrate, PC; Wagstaff, A. (2015). Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *Lancet*. 2015 Mar 28;385(9974):1230-47.

Armada, F; Muntaner, C; Chung, H; Williams-Brennan, L; Benach, J. (2009). Barrio Adentro and the reduction of health inequalities in Venezuela: an appraisal of the first years. *Int J Health Serv*. 2009;39(1):161-87.

Bolivia. (2009), Constitución Política del Estado.

Bolivia. (2014), Descolonizando el Estado desde el Estado.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2012), Pobreza infantil en pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina. Santiago de Chile.

Andrade, LO; Pellegrini Filho, A; Solar, O; Rígoli, F; de Salazar, LM; Serrate, PC; Ribeiro, KG; Koller, TS; Cruz, FN; Atun, R. (2015). Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. *Lancet*. 385(9975):1343-51.

Duarte, MB; Ortega, ML; Mora, LH; Coromoto, N. (2011). Un modelo de atención en salud al pueblo wayúu en la frontera colombiano-venezolana. *Rev. Panam. Salud Publica*. 30(3):272–8

Ecuador (2017). Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 – 2021. Quito: Ecuador.

Grosfoguel, R. y S. Castro-Gómez (eds.) (2007). El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global. Bogotá.

Instituto Suramericano de Gobierno en Salud – ISAGS (2017). Mapeo de las políticas de salud intercultural en Suramérica. Disponible en: http://isags-unasur.org/wp-content/uploads/2018/04/tdr2-mapeo_de_las_politicas_de_salud_intercultural_en_suramerica_esp_digital.pdf

Laurell, AC (2003). What Does Latin American Social Medicine Do When It Governs? The Case of the Mexico City Government. *American Journal of Public Health* 93, no. 12. pp. 2028-203.

Méndez, J. (2015). Pensar más allá de la modernidad eurocéntrica en perspectiva decolonial. *Diálogo de saberes* N° 22, Caracas: Venezuela.

Menéndez, E. (2016). Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(1):109-118.

Oliveira D. E. (2006). *Cosmovisão africana no Brasil: elementos para uma filosofia afrodescendente*. Curitiba editora gráfica popular. 3ed, 188p.

Panikkar R. (2002). La interpelación intercultural, en G. González Rodríguez-Arnaiz (coord.), *El discurso intercultural: Prolegómenos a una filosofía intercultural*. Madrid, Biblioteca Nueva. p. 30.

- Perú. (1997). Ley general de salud.
- Perú. (2002). Incorporación de Nuevos Centros Nacionales al Instituto Nacional de Salud. Rev. perú. med. exp. salud publica, Lima , v. 19, n. 4, p. 169.
- Perú. (2006). Decreto Supremo 006-2006-SA.
- Venezuela (1999). Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.
- Venezuela. (2016). Misión Permanente de la República Bolivariana de Venezuela ante Naciones Unidas. Logros del Estado Venezolano en materia de salud y pueblos indígenas.
- Walsh, C. (1998). La interculturalidad y la educación básica ecuatoriana: propuestas para la reforma educativa. Ecuador.
- Walsh, C. (2005). Interculturalidad, conocimientos y decolonialidad. Signo y pensamiento. Colombia.
- Walsh, C. (2009). Interculturalidad, Estado, Sociedad: Luchas (De) Coloniales de nuestra época. Abya-Yala. Quito, Ecuador.
- Walsh, C. (2010). Interculturalidad crítica y educación intercultural. In J. Viaña, L. Tapia & C. Walsh (Eds.), Construyendo Interculturalidad Crítica (pp. 75-96). Bolivia: Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello.
- Walsh, C.(2012). Interculturalidad y (de)colonialidad: Perspectivas críticas y políticas. Visão Global, Joaçaba, v. 15, n. 1-2, p. 61-74.

LA SALUD Y LA ENFERMEDAD ENTRE LA MEDICINA RACIONALISTA Y LA MEDICINA SOCIAL

Isabel González²⁷

• RESUMEN

La salud colectiva es emergente en Latinoamérica a partir de los años 60. La República Bolivariana de Venezuela, siguiendo el modelo de desarrollo teórico de Brasil, Ecuador y Argentina, entre otros, apuntaló una reestructuración en su institucionalidad desde el modelo normativo, en el cual se reconoce la salud como derecho humano vinculado a la determinación social donde la clase social, el modo de vida y los estilos de vida diferencian las condiciones que determinan grupos sociales sanos o enfermos. En este sentido, en el siguiente artículo, se presenta un recuento del reto que implica la comprensión de la salud y la enfermedad en un contexto medicalizado y cuya praxis apunala a acciones que distan de prácticas de promoción de salud y menos aún de significarla como una categoría atravesada por la transdisciplinariedad de las ciencias sociales y la educación.

Palabras claves: epidemiología crítica, medicina social, significatividad, ciencias de la educación.

• RESUMO

A saúde coletiva emerge em Latino America a partir dos anos 60. A República Bolivariana da Venezuela, seguindo o modelo de desenvolvimento teórico do Brasil, Equador e Argentina, entre outros, apontou uma reestruturação na sua institucionalidade desde o modelo normativo, no qual se reconhece a saúde como direito humano vinculado à determinação social onde a classe social, o modo de vida e os estilos de vida diferenciam as condições que determinam grupos sócias sadios e doentes. Nesse sentido, no seguinte artigo, apresenta-se um reconto do reto que envolve a compreensão da saú-

²⁷ Isabel C. González B. - Profesora Agregada UBV, lebasi1712@gmail.com

de e a doença num contexto medicalizado e cuja práxis aponta as ações que distam de praticas de promoção de saúde e menos ainda de significação como uma categoria atravessada pela transdisciplinariedad das ciências sociais e a educação.

• INTRODUCCIÓN

El presente artículo refiere algunas reflexiones de una revisión teórica sobre la salud y la enfermedad como categorías que debaten su objeto de intervención a partir de dos modelos contrapuestos: el modelo racionalista y el modelo social, éste último influenciado por los aportes cualitativos que han influenciado a las ciencias sociales. No se trata de un documento acabado, sino de una premisa que se espera sea un referente a la discusión a los críticos de las ciencias de la salud para desarrollar discusiones que permitan aportar nuevas ideas y debates a la corriente de salud colectiva.

• LA TRANSICIÓN DEL RACIONALISMO A LA MEDICINA SOCIAL

La salud ha sido un campo comúnmente conocido como objeto del pensamiento racionalista, estudiado exclusivamente por el método científico. No obstante, al igual que todas las ciencias se ha paseado por una revisión y discusión de sus formas de conocer a partir de la revolución epistémica de la Escuela de Frankfurt, aunque las formas de pensamiento cualitativas en salud, no tuvo la aceptación que se amplió en otros campos de las ciencias sociales y humanas, por lo menos se alcanzó avanzar en el planteamiento de incorporar “lo humano” a las necesidades de atención en salud e impulsar el modelo de medicina social para la década de los 60. Movimiento, con el cual, la salud pública es pensada desde factores de riesgo y factores protectores, que incluía las condiciones sociales, ambientales, culturales y educativas como factores de riesgos en los procesos fisiopatológicos del organismo.

A la par de este movimiento, en Latinoamérica se abre la discusión a una corriente de pensamiento en el marco de la medicina social,

que incluía categorías de análisis con visión crítica del proceso salud – enfermedad, haciendo énfasis en las condiciones de inequidad entre clases sociales, etnias y género como determinantes de dicho proceso. En este sentido, aparecen los primeros escritos de Breilh (1967), De Sousa (1972), Testa (1973) y De Almeida (1975), quienes desde Brasil se plantean la propuesta de *salud colectiva*, sustentados en los principios epistemológicos de Bunge quien ya hablaba del *Principio de Causalidad en la Ciencia Moderna* (Breilh; 2003: p.36).

No es sino hasta los 90 que la propuesta de salud colectiva toma auge y consideración en Latinoamérica y se reconoce la premisa de estudiar la salud como un hecho multidimensional, cuya categoría central es la reproducción social como determinante de condiciones de salud favorables y desfavorables de acuerdo con la clase social a la que se pertenece (Breilh, 2003). En este sentido, se transforma la idea de salud como la consecuencia de factores causales (pensamiento racionalista) y se plantea la noción de determinación, considerando algunas sub categorías de la reproducción social como son: la clase social, el modo de vida, perfil epidemiológico, inequidad y los corepidemas (estudio de la epidemiología a partir del aspecto geográfico).

• **LA INFLUENCIA CUALITATIVA**

La corriente de salud colectiva, integra conocimientos de base científica y aquellos formulados por las propias culturas, lo cual implica un saber ampliado. Enfatiza los fenómenos socio políticos como los responsables de definir lo que significan los derechos y como se interpretan, así como de controlar la cultura; es decir, que regulan de acuerdo a sus intereses, la manera como se desarrollan las costumbres, prácticas y hábitos que a la larga son los elementos que definen la reproducción social y por ende, los estilos y modos de vida que finalmente determinan la situación de salud y enfermedad de un colectivo. El derecho a la vida es definido por una estructura social y política y en cada sistema de gobierno se interpreta de forma distinta y los procesos de salud y enfermedad están directamente determinados por los modos de vida de sus individuos.

La salud colectiva rescata los aportes de Bunge respecto a la ciencia moderna y replantea una *teoría de la necesidad*, que según Breilh (2003) es una concepción de pensar la salud desde una visión de derechos humanos que integre las operaciones preventivas de la salud con categorías y formas de interpretar la calidad de vida y en general, la seguridad humana (pág.31). Se cuestiona la mercantilización de la salud que desde la industria farmacéutica se ha expandido y que ha sido apologizada por las formas de pensamiento racionalistas de la medicina. En este sentido, la salud colectiva busca reconciliar el bienestar, la seguridad genética y la ecología en una misma trama de relaciones que garanticen modos de vida favorables a los organismos de los individuos en condiciones de equidad.

Para el logro del equilibrio entre las categorías que sugiere la salud colectiva, esta corriente otorga especial importancia al estudio del comportamiento social, dado que el movimiento cobra auge a la par de dos corrientes emergentes que daban definiciones del sujeto a partir de un conjunto de elementos de socialización, tales son: el psicoculturalismo y la fenomenología.

El psicoculturalismo, sugiere el *análisis de la salud al terreno de los procesos bio psicológicos y las expresiones inmediatas de lo cultural, conservando un presupuesto en la base natural de los fenómenos* (Breilh, 2003: 42). Es decir, que la salud es un encuentro entre las condiciones de vida, los organismos y la psicología.

Por su parte, la fenomenología sostiene la irreductibilidad de las formas lógicas a lo natural y psicológico, y plantea el conocimiento como un proceso de identificación de seres ideales a partir de los objetos, un proceso de intuición de esencias gracias a la conciencia, los objetos pasan a ser fenómenos que se construyen a partir de un reconocimiento colectivo de los mismos.

La salud colectiva construye su camino epistémico, influenciada por la sociología y específicamente por los pilares teóricos de Husserl quien resalta la construcción social de la realidad y al sujeto como una comunidad de sujetos. En tanto, la salud no puede ser atendida como un hecho individual o meramente biológico, ya que la misma ciencia racionalista ha determinado que el organismo por sí solo no es

responsable de la enfermedad. Al estudiar los fenómenos que inciden en el organismo, los resultados indican que son de tipo ambiental, emocional, o de cualquier tipo que finalmente son todos modificables por el hombre y su relación con la naturaleza. Por consiguiente, la salud es un fenómeno social que se construye en colectivo, ya que está dada por las formas de organización comunitaria.

Husserl (1969) explica que los objetos solo existen gracias a las operaciones de la conciencia y las verdades son constituidas por nuestro “yo” mediante síntesis realizada por nuestras propias operaciones, a partir de la reproducción de las operaciones colectivas, del conjunto de “egos” encontrados en los pares con los que se socializa. Es decir, que los objetos (fenómenos) son interpretados por un sujeto y construidos como un concepto cuando mi “yo” lo construye a partir de una síntesis de operaciones colectivas. Al respecto, Hidalgo, Iglesias y Sánchez (1973) (citado por Breilh, 2003) señalan:

No hay experiencias privadas, sino experiencias comunitarias. No todas las relaciones que nos forman y nos definen corresponden al plano personal sino al dominio colectivo, y no hay una intersubjetividad individualista o interpersonal. (pág. 43)

Analizando estas premisas, llegamos al punto de encuentro entre las ciencias de la salud y la sociología de la educación, lo que hace pertinente abordar el proceso salud – enfermedad desde una visión de las ciencias de la educación.

Gadamer y Husserl (1977) asocian el aprendizaje con la capacidad para actuar adecuadamente según las circunstancias del entorno de actuación (mundo existencial). Esta consideración pone de manifiesto la necesidad de relación significativa de cualquier tipo de aprendizaje, en la medida que este es considerado como tal, solo cuando puede ser aplicado adecuadamente. El anterior planteamiento encuentra estrecha relación con las ideas desarrolladas por Vygotsky en lo relacionado a la significatividad social del aprendizaje, con las propuestas de Ausubel en torno al aprendizaje significativo, las propuestas de Brunner en relación al aprendizaje por descubrimiento y finalmente, los supuestos del aprendizaje social de Montgomery, Rotter, Bandura y Dollard y Miller.

La concepción de la salud y el tratamiento de la enfermedad, al igual que otras áreas de tipo social, ha estado validada durante siglos por el modelo biologicista del naturalismo clásico. Igualmente, en el siglo XX fue objeto de discusión entre las emergentes propuestas de conocimiento en el marco cualitativista de la ciencia, con la salvedad que al tratarse de disciplina del campo de las ciencias médicas, no hubo insistencia de los apologistas post positivistas de definir el objeto de estudio de la salud pública y mucho menos de proponer modelos alternativos para el conocimiento, ya que entre las posturas más radicales y opositoras a los modelos emergentes, han sido justamente los miembros de las escuelas de ciencias básicas.

El estudio del genoma humano sigue siendo el objeto de concreción del conocimiento para el tratamiento de la salud y la enfermedad aun cuando las posturas discursivas apuntalan al tratamiento social de la salud y enfermedad. Son pocos los arriesgados en resolver problemas de salud desde el tratamiento humanista del individuo. La salud pública se limita a atender factores de riesgo y su proyección de acuerdo con los análisis estadísticos.

• LOS APORTES DE LA SOCIOLOGÍA DE LA EDUCACIÓN

En los últimos años, dice Díaz (2009), la sociología, la psicología y la antropología han intentado dar aportes al campo de las ciencias médicas, sin lograr el reconocimiento que merecen. Hay una postura radical en las ciencias puras e insisten en negar la condición psico social como objeto de interés en el campo médico. El método científico ha demostrado que no es posible explicar todos los fenómenos desde una sola concepción de la realidad y las mismas condiciones de salud de siglos atrás, siguen siendo una incidencia en la actualidad.

Pese a que en Alma Ata y los sucesivos instrumentos jurídicos recogen el espíritu de comprender y abordar la salud como un fenómeno social, los resultados indican acciones en otra dirección. Al respecto, Alfaro y otros (2006) señalan que el objeto de estudio de la epidemiología condicionó la necesidad de incorporar nuevas áreas en el campo de las ciencias médicas y la incorporación de las cien-

cias sociales como aporte al tratamiento de la enfermedad. De esta manera, se constituye la educación como una disciplina de apoyo a las ciencias médicas, denominándose Educación para la Salud.

Sin embargo, la discusión epistemológica de la educación como elemento a considerar en el proceso salud – enfermedad durante la última década se ha concentrado en las formar institucionalizadas y escolarizadas de educar, prestando poca atención a la educación desde su visión amplia. En el campo de la medicina, el proceso salud - enfermedad es pensado desde la consecuencia clínica y con poca importancia a los elementos causales que le aportan las disciplinas de apoyo. Por consiguiente, el abordaje del proceso salud - enfermedad, pareciera ser que no ha sufrido transformación significativa respecto a su modelo de intervención, acción e investigación, aun cuando algunos autores (conf. Alfaro y otros, 2004) insisten en afirmar la existencia del modelo crítico en las prácticas epidemiológicas.

Es cierto que existen registros documentados de experiencias emancipadoras exitosas en salud, pero también es cierto, que se trata sólo de acciones aisladas, personalizadas y no del resultado de una concepción crítica-dialéctica en el diseño, planificación y ejecución de las políticas públicas de salud. Es posible hablar de propuestas post positivistas en la formulación de los instrumentos jurídicos que norman las pautas para las políticas de salud, pero las prácticas siguen siendo enfocadas en mediciones y control de factores de riesgo, sin ningún énfasis en los procesos reflexivos o metacognitivas de los individuos sobre su condición de salud – enfermedad.

Preiswerk, (1994, citado por Alfaro 2006), señala que:

La educación como disciplina de apoyo en salud conforma un modelo radical político, económico, ecológico o crítico que tiene como objetivo reducir las desigualdades sociales ante el proceso salud-enfermedad, en tanto que trata de no limitar el proceso educativo en salud a la transmisión de un saber, sino de situarlo en el desarrollo de la conciencia, de ubicarlo en el marco de su propio descubrimiento respecto a su contexto de vida, colocándolo en el espacio

de las prácticas de las personas en relación con las distintas esferas en que se desenvuelve su vida (p.03).

Afirmación con la que muchos autores se identifican para explicar que el abordaje del proceso salud – enfermedad ha pasado por dos momentos paradigmáticos. En primer lugar, las prácticas de tipo informativo prescriptivo proseguido por el modelo conductual de los patrones de comportamiento en salud y enfermedad. En segundo lugar, el modelo denominado *crítico emancipador*, por considerar que se reconoce el fracaso de los anteriores modelos, y plantear la necesidad de reconocer la influencia de los factores sociales, ambientales y de desigualdad económica con respecto a las condiciones de salud de las clases sociales.

Sin embargo, este modelo, denominado por algunos autores como *crítico emancipador*, todavía le falta mucho camino por recorrer para considerarse emergente en la propuesta post positivista. No basta con la mera intención de hacer de la salud un acto de reflexión y concienciación, ni con sólo declararlo y reconocerlo, es necesario dirigir las acciones hacia ese camino. Contrariamente, las estadísticas revelan una creciente tendencia a la mortalidad asociada a enfermedades prevenibles y asociadas a los estilos de vida de la población como lo son las cardiovasculares, respiratorias y cerebro vasculares así mismo, los indicadores de morbilidad establecen un orden de parasitosis, enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas (OMS, 2014).

Estos indicadores no dan cuenta de acciones orientadas a procesos de reflexión y empoderamiento de la situación de salud. Al respecto, Padrón (2001) señala que la línea que separa la concepción post positivista del conocimiento va más allá del tratamiento metodológico de la información. La reflexión, transformación y concienciación de la realidad no es el producto de conversar o *dialogar* meramente, como lo diría Echeverría (1998), se trata de discernimiento más profundo, que supera lo metodológico, enraizado en sistemas de convicciones, asociados a estilos de pensamiento.

Si el tratamiento del proceso salud - enfermedad hubiese sido transformado por el modelo crítico emancipador en el que la ubican algunos autores, no estuviéramos hablando de un crecimiento incon-

trolable en las cifras de HIV-SIDA, embarazo adolescente, ITS, etc. Si bien es cierto que se han hecho cambios valorables en el uso del lenguaje para el tratamiento de la salud y la enfermedad, en la sensibilización hacia la condición humana de los individuos y hacia la integración de las comunidades en la discusión de sus problemas de salud, también es cierto que el aparato de Estado sigue funcionando bajo en modelo que dice ser *emancipador* – pero que no lo es - porque se desvincula en mayor medida de su responsabilidad como garante de la salud y le *entrega* la enfermedad a la sociedad para que se *responsabilice* de ella. Entonces, se jacta de propiciar la *emancipación* porque ahora la enfermedad es una corresponsabilidad entre Estado y sociedad.

Díaz (2009) señala que la investigación postpositivista dentro de este campo de conocimiento, se distingue de la positivista porque se práctica “en” educación y no “sobre” educación. Es decir, que una verdadera investigación de tipo crítica emancipadora debe orientarse a la comprensión colectiva y cooperativa de la realidad.

Al respecto, Arteaga y otros (2003) señalan que las acciones cooperativas tienen que ver con actos de compromiso y entrega hacia las metas y objetivos propuestos. Las acciones cooperativas se diferencian de las colaborativas, porque en estas últimas existe la voluntad, pero no hay entrega, hay conocimiento, pero no reconocimiento, hay acciones, pero no metas. Por consiguiente, se requiere de investigaciones comprometidas y con metas claras de transformación, no sólo de acciones.

En este sentido, se hace necesario abordar la educación en el campo de la salud como una acción dialógica con los individuos. Es decir, que se reconozca la importancia de un abordaje transdisciplinario que integre una visión amplia de la salud como objeto de estudio de la educación y que no sólo sea un recurso de apoyo para la salud.

Desde el pronunciamiento de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma Ata (1978) que establece un cambio paradigmático en el abordaje de la salud, la investigación en salud ha intentado adoptar la visión cualitativa, sin mucho éxito. Por muchos intentos de cambiar la visión de la salud pública, las discusiones culminan concluyendo en la necesidad de prevalecer las

proyecciones estadísticas como alternativa de abordaje a la salud. No es rentable financiar investigaciones de tipo cualitativo cuando se requiere de acciones inmediatas y en términos de relaciones comerciales, la industria farmacéutica privilegia las investigaciones de tipo curativos para garantizar el mercado.

La promoción de la salud y prevención de enfermedades son elementos muy publicitados en el mercado, pero realmente no hay interés de estimular prácticas educativas para el control sanitario y la salud de la población. El mercado requiere de investigaciones orientadas a atender la enfermedad y promocionar la salud como un hecho controlable por medios farmacéuticos.

El ejercicio de la reflexión y transformación de las prácticas cotidianas que se dirijan a mejorar la salubridad de las personas es un acto que requiere de procesamientos mentales adecuados. Al respecto, Feuerstein (2002) explica que el ser humano tiene la capacidad de experimentar cambios significativos y estos cambios a su vez, son capaces de modificar los patrones en la estructura cognitiva y dicho cambio es a lo que denomina *modificabilidad básica cognitiva*.

No obstante, para que dichos cambios ocurran, es necesario que se establezcan tres condiciones básicas: relación entre el todo y las partes, disposición del individuo a involucrarse en el proceso de cambio y por último, que en el individuo se genere una habilidad auto – reguladora de los procesos, es decir que se mantenga en función y respuesta a sus necesidades. Este principio es común para explicar los procesos cognitivos de los escolares y poco reconocidos en el campo de las ciencias médicas como elemento para la promoción de la salud.

Otra teoría que explica el proceso de cognición es la teoría de la asimilación de Ausubel y otros (1983), en la cual, es fundamental que las personas posean las ideas previas que les permitan llegar a comprender la nueva información que se les suministra, como también es básico, la madurez biológica, en la cual está implicada la dotación genética. Estos dos aspectos son fundamentales dentro de la teoría del aprendizaje significativo, siendo el estudiante quien decide relacionar o vincular el nuevo material con las ideas previas, e incluirlo en su estructura mental. Sin embargo, cuando se hacen

abordajes en salud, la tendencia es a negar y muchas veces descalificar el aprendizaje que el individuo trae sobre su proceso de salud – enfermedad y los educadores en salud (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, epidemiólogos, entre otros) insisten en imponer conocimiento e instrucción a la salud como si se tratase de un conjunto de normas a seguir.

Ausubel, Novak y Hanesian (1983) consideran fundamental organizar el conocimiento en estructuras para así lograr un aprendizaje significativo. Explican que la organización del conocimiento se da en la medida que ocurren continuas reestructuraciones producto de la interacción entre el conocimiento existente y el nuevo que ingresa a la estructura. Por otro lado, señalan, que el aprendizaje sólo es significativo en la medida que se enlaza un nuevo contenido o información a la estructura del conocimiento preexistente.

Las políticas de salud para la promoción y prevención insisten en prácticas poco sensibilizadas sobre el proceso mental del aprendizaje y las estadísticas revelan una tendencia marcada hacia el crecimiento de enfermedades prevenibles, a pesar de la inversión en campañas informativas de masas, lo que implica que las estrategias probablemente se centran en lo cognitivo y poco en lo metacognitivo.

El proceso reflexivo sobre la salud – enfermedad incluye los conocimientos, percepciones y cogniciones utilizadas para definir, clasificar, percibir y explicar ambos términos. Dice Jean y Braune (2010) que cada una y todas las culturas poseen conceptos sobre lo que es ser enfermo o saludable. Poseen también clasificaciones acerca de las enfermedades, y estas son organizadas según criterios de síntomas, gravedad, y otros. Sus clasificaciones y los conceptos de salud y enfermedad, no son universales y raramente reflejan las definiciones biomédicas.

• CONCLUSIONES

La salud es una realidad que siempre ha preocupado al ser humano y que ha configurado el modo de verse y de pensarse el hombre a sí mismo y a su medio existencial. Es un concepto que ha ido variando a lo largo del devenir histórico de la humanidad, pero que nunca

podrá perder su importancia y significatividad; lo primero, porque es una categoría que enmarca la propia esfera del ser y del estar de éste en el mundo (la salud es algo natural a todo hombre, tanto en su dimensión corporal, mental o espiritual), y lo segundo porque tener salud o no tenerla es lo que determina, desde un enfoque fenomenológico, el poder hallarse según la existencia que a cada uno le haya tocado vivir.

• REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

Alfaro, N.; Valadez, I.; Villaseñor, M. (2006) *Educación para la Salud: la importancia del concepto*. Revista de Educación y Desarrollo, N°1, Octubre – Diciembre, 2006. México.

Arteaga, Bernardo y Roa (2003) *Estrategias de Promoción y Calidad de Vida*. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Caracas.

Ausubel, D. Hanesia H. y Novak J.- (1983) *Psicología Educativa: Un punto de vista cognoscitivo*. 2° Ed. México: Trillas.

Breilh, J. (2003) *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial

Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud (1978) *Declaración de Alma Ata*. Kazajistán, 12 de septiembre de 1978

Díaz, G. (2009) *El enfoque cualitativo de investigación en la salud pública contemporánea*. Conferencia presentada en el Simposio “Arnaldo Tejeiro Fernández”, La Habana, 23 de junio de 2009

Feuerstein, R. (2002) *El desarrollo del potencial del aprendizaje*. (3ª. ed). España: Bruño.

Gadamer; H. y Husserl; E. (1977). *Verdad y Método. Las grandes líneas de una hermenéutica filosófica*. Salamanca: Sígueme.

Husserl. E. (1969) *IDEAS*. México. Ed. Fondo de Cultura Económica.

Jean y Barune (2010) *Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la*

salud. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_23.pdf [12/04/13]

Organización Mundial de la Salud (2014) *Informe analítico sobre tema de salud prioritario*. [Documento en línea] Disponible en: <http://www.who.int/gho/publications/es/> [10/06/14]

Padrón, J. (2001) *El problema de organizar la investigación universitaria. “Línea de Investigación en Enseñanza/Aprendizaje de la Investigación”* [Documento en línea] Disponible en: <http://www.educar.org/articulos/organizarlainvestigacion.asp> [12/06/12]