

## GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA: UNA MANERA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

(Public Health Management: A Way of Communitarian Participation)

Recibido: 28/09/2014 Revisado: 17/10/2014 Aceptado: 22/11/2014

**Villalobos, Karina**

Universidad Bolivariana de Venezuela, Venezuela

[ing\\_karina02@yahoo.es](mailto:ing_karina02@yahoo.es)

### RESUMEN

La presente investigación explica algunas consideraciones y reflexiones acerca de la experiencia en participación comunitaria en salud del Programa de Formación de Grado Gestión en Salud Pública (PFGGSP) de la Universidad Bolivariana de Venezuela. Se parte de la concepción de salud como proceso complejo y expresión de las condiciones materiales y sociales de vida de los/las ciudadanos/as de nuestro país, asumiendo que la salud y la enfermedad están determinadas por las condiciones de vida y medios disponibles. El objetivo es analizar la importancia del PFGGSP como política socioeducativa que impulsa a la participación comunitaria en salud para el desarrollo de la salud colectiva en los sectores populares y la transformación de la conciencia social. El estudio se fundamentó teóricamente, en los conocimientos emitidos por los autores Figueroa, D. (2002) y Franco, A. (2006). Para esta investigación la metodología utilizada fue investigación acción participante. Los resultados más relevantes evidenciados es cómo el PFGGSP da respuesta a las políticas de Estado en materia de salud y educación tomando como eje central a los/as ciudadanos/as, sus condiciones de vida, su interacción con la comunidad y elementos socioculturales contextualizados como determinantes de su situación de salud, por tanto se hace necesario su implementación en todo el territorio nacional; da paso a la construcción del nuevo Sistema Público Nacional de Salud plasmado en nuestra Carta Magna, el cuál debe direccionar sus acciones desde lo local partiendo de la realidad social y orientándose hacia la consolidación de la salud a través de estrategias de participación colectiva, además, de la promoción y prevención de enfermedades con una visión colectiva.

**Palabras clave:** gestión, salud pública, participación comunitaria en salud.

### ABSTRACT

This research discusses some considerations and reflections on the experience in community participation in health Undergraduate Training Program in Public Health Management (PFGGSP) of the Bolivarian University of Venezuela. It is part of the concept of health as a complex process and expression of the material and social conditions of life / the citizens / as in our country, assuming that health and disease are determined by the conditions of life and resources. The objective is to analyze the importance of socio-political PFGGSP and drives community participation in health for development of community health in the popular sectors and the transformation of social consciousness. The study was based theoretically on knowledge issued by Figueroa, D. (2002) and

Franco, A. (2006) authors. For this research methodology was used as participatory action research. The most relevant results is evidenced as answers PFGGSP state policies on health and education taking as central to the / as citizens / as, their living conditions , their interaction with the community and socio-cultural factors as determinants contextualized of their health status , therefore its implementation is necessary throughout the national territory; leads to the construction of the new National Public Health System embodied in our Constitution , which must address its shares from the local basis of social reality and oriented toward the consolidation of health through collective participation strategies also promotion and disease prevention with a collective vision .

**Keywords:** management, Public Health, community participation in health.

## INTRODUCCIÓN

En la gestión de la salud pública es importante expresar y comprender la salud en sus múltiples dimensiones, determinantes y expresiones y se orienten a las prácticas sociales de salud que se refieren al desarrollo y fortalecimiento colectivos de una cultura de la vida y de la salud, de entornos saludables y control de riesgos y daños a la salud colectiva, a la gestión de la atención de las necesidades y demandas de salud y a la participación activa en el desarrollo de ciudadanía y capacidad de participación y control social ejercido por la población.

Es por ello que el concepto de salud ha sido ampliamente discutido tras décadas, su visión reduccionista obedece a intereses hegemónicos que a su vez responden al sistema capitalista donde las personas son vistas como objetos/as de lucro<sup>1</sup> o de práctica<sup>2</sup>. Deben ser dependientes de la concepción asistencialista para que puedan ser atendidos/as, muchas veces en condiciones indignas y en desmedro de su situación de enfermedad sea cual fuere.

Por otro lado, este es el modelo que ha imperado en nuestra sociedad; por lo que contrapuesta a esta se encuentra la visión que implica la humanización de la salud, ampliando su horizonte en cuanto a la atención pero dirigida más hacia la prevención, al empoderamiento, la participación activa y protagónica de los/as sujetos/as sociales quienes deben asumir un compromiso tanto individual como colectivo para transformar las relaciones de dominación en cuanto a la salud y todo su contexto.

Cabe destacar que deben profundizarse las acciones dirigidas a la emancipación individual, colectiva y estatal, haciéndose coherentes para incidir sobre la conciencia social, que no es más que la apropiación de los factores condicionantes de los estilos de vida de los/as individuos/as para su revisión y puesta en práctica de renovadas formas de

---

<sup>1</sup> Atendiendo a la realidad venezolana, son apreciados desde esta perspectiva como objetos/as de lucro en el ámbito privado de la salud porque pueden obtener dinero a través de ellos/as.

<sup>2</sup> Son vistos/as por el personal de salud como objetos/as de práctica en el ámbito público porque ahí es donde pueden aprender para luego poner en práctica sus conocimientos en la parte privada. Cabe decir que si bien en cierto que no se puede generalizar sobre todo el personal de salud del país, es muy obvio que la mayoría obedece a este patrón y es por ello que los estudios en estas áreas cada vez se comercializan más y cada vez tiene mayor demanda.

actuar, vivir y sentir, apropiarse de sus vidas para hacerle frente a los factores tanto externos como internos y desarrollar espacios saludables.

En esta investigación apreciamos la salud en su totalidad como una serie de componentes de distinto orden (social, cultural, espiritual, psicológico, fisiológico, político, económico, ambiental, entre otros) que interactúan entre sí como una red de múltiples influencias tanto internas como externas que determinan factores de riesgos y/o de oportunidades para los/as sujetos/as, haciendo especial énfasis en que éstos/as deben ser partícipes de sus procesos de salud/enfermedad y asumir su rol protagónico de manera activa y no pasiva en procura del bienestar.

Un aspecto muy importante en la construcción de este concepto es el derecho a la salud, ya que por ser un bien esencial tiene estatutos de derechos humanos y de responsabilidad compartida; es por ello que la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) es clara en sus propósitos de cambios y por ello en relación a la salud plantea en sus artículos lo siguiente:

“Artículo 83. La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

Artículo 84. Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.”

En este sentido, la asunción de lo público como espacio de la gestión en salud y el desarrollo del compromiso ético de las comunidades con sus espacios de acción apunta al mejoramiento de la situación de salud y las condiciones de vida de sus habitantes, buscando la transformación de la realidad y valorando la responsabilidad social y el compromiso de todos/as con el desarrollo de iniciativas capaces de afrontar la complejidad y la múltiple determinación del espacio de la salud pública.

Es importante resaltar que el actual Estado venezolano como ente emisor y ejecutor de las políticas públicas ha abierto un compás de alternativas para que el pueblo pueda

tener mayor acceso a la salud y a sus servicios, transfiriéndole poder con la creación de nuevas estructuras organizativas, educativas y asistenciales que permitan ir cambiando la concepción imperante, descrita supra, donde el trabajo en conjunto con las instituciones públicas para promocionar la salud y prevenir enfermedades sea corresponsabilidad de todos/as los/as actores/as involucrados/as.

Ante este nuevo marco referencial es bueno recalcar lo planteado por Vidal (1999), quien dice que “los individuos y familias asumen la responsabilidad ante su salud y su bienestar, así como por la salud de su comunidad, y desarrollan la capacidad de contribuir activamente a su propio desarrollo y al de su comunidad”.

En esta investigación nos centraremos en analizar la importancia del Programa de Formación de Grado Gestión en Salud Pública como política socioeducativa para el desarrollo de la salud colectiva en los sectores populares y la transformación de la conciencia social.

Para sustentar esta investigación trabajamos desde una perspectiva histórica-crítica tomando en cuenta la revisión documental y el trabajo de campo que hemos tenido durante nuestra experiencia como docentes-facilitadoras del Programas de Formación de Grado (PFG) en la UBV y evidenciando que una de las acciones emprendidas concretamente por el Estado venezolano para incrementar la participación y generar cambios endógenos y sostenibles en el tiempo en cuanto a la salud se refiere es la creación de Programas de Formación de Grado<sup>3</sup> que solidifiquen las gestiones que se desean hacer para incrementar los niveles de participación conscientes de las personas.

En tal sentido, se hace mención a los PFG Gestión en Salud Pública y Medicina Integral Comunitaria como unos de los programas de estudios revolucionarios de la Universidad Bolivariana de Venezuela<sup>4</sup>, que busca la equidad, igualdad y justicia social en el área de la salud pública con el pueblo venezolano, teniendo la proyección de colaborar con los países hermanos que así lo requieran. Lo anterior se realiza con el fin de formar profesionistas con conocimientos, habilidades y actitudes para estudiar las necesidades de salud y los factores que las predisponen en los grupos sociales para contribuir en la búsqueda de estrategias sociales y lograr la satisfacción de estas necesidades mediante programas de promoción, prevención y gestión social, adoptando una actitud sensible, crítica, propositiva y con un alto sentido humanista.

Cabe mencionar que en Venezuela los estudios en Salud Pública han estado tradicionalmente direccionados básicamente por profesionales que han asumido la perspectiva médica, imprimiéndole orientaciones dominantes, en apariencia “neutras” teniendo su impacto en los modos de gestión, organización y atención a las necesidades sociales de salud. Esta visión ha hecho que el modo de atención se haya constituido a partir de la enfermedad y su historia natural y el modo de gestión haya estado centrado en la relación oferta institucional-demanda, desdibujando históricamente las necesidades de la población. (UBV. PFG GSP, 2007).

<sup>3</sup> Tradicionalmente llamadas carreras universitarias.

<sup>4</sup> UBV.

En esos contextos, la educación universitaria y la salud pública han sido afectadas por la crisis imperante en el país durante las últimas décadas; tomando en cuenta que los modelos educativos instaurados en Venezuela primordialmente reproducían el sistema dominante, profundizaban la exclusión y las desigualdades sociales, el Estado se planteó objetivos para implementar un nuevo modelo educativo universitario cónsono con la Constitución Nacional y con los Planes de Desarrollo de la Nación, entre ellos la universalización de este nivel educativo.

Este programa universitario parte de una concepción de la salud como un “proceso complejo y expresión de las condiciones materiales y sociales de vida de los y las ciudadanas de un país. Por tanto, se asume que las condiciones de la salud y la enfermedad están determinadas por las condiciones y medios disponibles, según el lugar que se ocupa en las sociedades”. Así mismo, este PFG indica que el Estado venezolano en su alta carga de responsabilidad en materia de salud pública debe darle prioridad a la movilización social, la información y formación de la población para la participación social y la articulación y apoyo de los diversos agentes sociales y de la propia sociedad a favor de la salud de la población” (UBV. PFG GSP, 2007).

Se centra en una visión de nuevos escenarios, actores/as y necesidades planteadas por la interacción entre los contextos mundial, nacional y local, en el marco de los procesos de democratización y de la emergencia de nuevos actores/as requeridos por la necesidad de transformación de la institucionalidad pública para atender el imperativo ético de responder a las necesidades sociales de salud y calidad de vida de la población, expresado en la Constitución Nacional, como se expuso supra, y ratificado en los Planes de la Nación propuestos y ejecutados por el gobierno bolivariano, tras más de una década de mandato.

Atendiendo a las bases, criterios y pautas de la UBV para el diseño curricular, los criterios pedagógicos y curriculares están basados en principios de formación integral, equilibrio entre los ejes de formación, flexibilidad e integración de saberes, articulación entre docencia, investigación formativa e inserción social. Reiterando que para la UBV la democratización en la educación universitaria pasa por garantizar, promover y defender el derecho a la educación como asunto público de interés colectivo y función del Estado, con miras a promover el cambio de la cultura académica vigente en el país y de la conciencia social de las comunidades más vulnerables, cuyo centro de investigación y de acción sean ellas mismas para lograr beneficios mancomunados y la deconstrucción de los patrones sociales impuestos y seguidos, condición concreta de las relaciones de poder verticales y hegemónicas en nuestra sociedad.

Cabe mencionar que este Programa de Formación de Grado da respuesta a lo planteado por Franco (2006) sobre el método en salud pública, que de acuerdo a sus postulados debe partir de enfoques integradores de las ciencias, la filosofía y la política para garantizar la consecución de una verdadera transformación social, búsqueda permanente del bienestar, la democracia y el desarrollo humano sustentable; y para lograrlo se deben dar políticas para la reconstrucción de la salud pública y propiciar

espacios éticos incuestionables para la participación ciudadana y dotar de poder a la praxis sanitaria.

Así mismo, este autor expresa:

“La Nueva Salud Pública, es un enfoque dentro de esta disciplina, que apunta a desarrollar los postulados de la promoción de la salud con estrategias novedosas, producto de las diferentes conferencias internacionales en esta área, que tienen como eje los determinantes sociales y las intervenciones estatales y de la sociedad civil; el desarrollo y la participación comunitaria; que van más allá del enfoque médico biológico y preventista de la enfermedad, defendiendo la salud y promoviendo la vida. Integra cambios ambientales, medidas preventivas personales e intervenciones terapéuticas adecuadas, además de significar el renacer de las actividades de promoción de la salud; se interesa por la pobreza y los más vulnerables, la reorientación de los servicios pasando de la asistencia hospitalaria a la atención primaria en salud; y se fortalece con la acción política”.

En tal sentido este autor expone en su obra que “las teorías y modelos en salud deben mantener simultáneamente unos enfoques conceptuales y metodológicos coherentes con el objeto de la salud poblacional” y esto es lo que hace en la universidades con visión transformadora, se ve materializado en las prácticas a través del Proyecto Socioeducativo y Comunitario como relación dialéctica entre teoría y práctica que busca la transformación social por medio del accionar en las comunidades, partiendo de que los tiempos de estas no son estáticos, por el contrario, son cambiantes y dinámicos, y durante el proceso se encontrarán múltiples contradicciones objetivas propias del proceso histórico-cultural del pueblo.

La concepción dialéctica planteada por el Estado de abordar la salud pública desde lo teórico-práctico parte del concepto mismo del sujeto de acción de la salud pública, ya que este ha evolucionado históricamente, de acuerdo al modelo de atención dominante el cual se ha basado en una atención médica curativa, lo que lo ha llevado a la incapacidad de poder dar respuestas oportunas por parte de quienes gerencian el sector, a proveer coberturas inadecuadas e inequitativas y servicios de calidad poco aceptables. En tal sentido, el documento base del PFGGSP de la UBV (2007) plantea que:

“El sujeto de acción de la salud pública es toda la población, lo que trae como consecuencia la acción cuantitativa y cualitativa de la actividad sanitaria, atribuyendo al sistema de salud la responsabilidad de los problemas de salud y consecuentemente generando la necesidad de salir a la comunidad, responsabilidad y salida que también generan problemas epistemológicos si en su definición se obvia la influencia del contexto social y político que la rodea”.

Atendiendo a los planteamientos de Rojas (1999) sobre la salud, este dice que:

“...depende de elementos objetivos tales como: la forma en que los individuos se insertan en el aparato productivo, de la cual se deriva la situación socioeconómica, el nivel educacional, etc., factores que adquieren particularidad en cada una de las

formaciones y grupos sociales históricamente determinados y de subjetivos como las expectativas, deseos, actitudes, sentimientos, emociones, etcétera. Aun cuando lo subjetivo defina la salud de los grupos sociales esta responde a la misma realidad en la cual se encuentra la colectividad”.

A juicio de Romero (2011):

“Si se parte de la diversidad de realidades comunitarias, tomando en consideración que los factores objetivos y subjetivos son distintos, ya que dependen de sus características culturales, sociales y de su inserción en el aparato productivo, es lógico, suponer que la concepción de salud estará delimitada y condicionada por sus particularidades que las definen e identifican”.

Por su parte, Figueroa (2002) argumenta que la estructura tradicional de funcionamiento del sector salud ha creado esta situación de necesidad histórica, incitando a que las comunidades se involucren en el liderazgo y promoción de procesos sociales amplios, de concertación para el desarrollo e impulso de la salud.

Es preciso mencionar que la concepción de participación de los/as propios/as sujetos/as históricos/as que plantea el Estado en aras de reivindicar los males padecidos, forman parte de la estrategia para contrarrestar la tercerización del sector y evitar las malas prácticas para que lleguen gratuitamente los servicios a quienes los necesitan, asumiendo también lo planteado en la Declaración de ALMA ATA (OMS, 1978) sobre el derecho y el deber que tiene el pueblo de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.

Según la Organización Panamericana de la Salud (2006):

“...la diferencia fundamental con respecto a la planificación anterior de los servicios es la concepción desde la atención a las necesidades y no desde la consideración de la oferta. Esto representa un cambio radical frente a la racionalidad económica del neoliberalismo, que se fundamenta en una oferta con “focalización del gasto” y que conduce, en vez de a la consideración de la calidad de vida como prioridad, a la propuesta no equitativa de los paquetes mínimos de servicios para la población marginalizada. Se trata ahora de la atención masiva, socialmente incluyente, gratuita para la población, destinada al fomento y a la promoción de actores y de redes de calidad de vida, de ambiente sano y de salud integral para toda la población, con independencia de la edad, del género, del grupo étnico, de la ubicación territorial de su domicilio, o del entorno socioeconómico de referencia”.

En tal sentido, el Estado se ha planteado la construcción colectiva de un nuevo modelo social incluyente que se fundamenta en el equilibrio de las fuerzas que intervienen en el entramado de relaciones sociales existentes de manera multidimensional, para crear nuevos prototipos y re-significar lo ya establecido y que se niega a fenecer, tratando de garantizar el disfrute de los derechos sociales de manera universal y equitativa, buscando mejorar la distribución del ingreso y la riqueza del país, promoviendo la participación

social y transfiriendo el poder a la ciudadanía para su ejercicio democrático en los territorios y espacios de decisión pública que le competen.

Coincidiendo con Romero (2011), quien plantea que Venezuela se encuentra en un período de transición hacia el socialismo pero que aún persiste el monstruo burocrático en el aparato estatal que diluye, en muchos de los casos, la lucha por la participación activa y protagónica contemplada en la CRBV (1999). Y es obvio que como esta ideología de darle poder al pueblo atenta contra los intereses de la burguesía, esta promueve acciones para desestabilizar las gestiones del Estado que privilegia al pueblo, otorgando legalidad a las organizaciones de base comunitaria con el objeto de que sean ellas las que gestionen sus necesidades y solventen sus problemas.

En el caso del PFGGSP de la UBV los/as estudiantes son canales o vínculos de intermediación para incidir en el alcance de las metas propuestas, de tal manera que los conocimientos adquiridos tanto en la teoría como en la práctica contribuyan a la formación de los/as futuros/as profesionales que desde un principio están en contacto directo con las dinámicas comunitarias, estudiando junto a ellas para hacer diagnósticos de salud según condiciones de vida, luego de ello hacer la promoción de salud y prevención de enfermedades de acuerdo a la información concreta de la comunidad, para posteriormente diagnosticar las redes de salud y finalmente analizar las políticas públicas relacionadas con los temas/problemas de salud abordados durante su formación socio académica y comunitaria.

Desde 2004, cuando el Programa de Formación de Grado Gestión en Salud Pública inició sus labores, siendo uno de los programas bandera del gobierno bolivariano, ha egresado una cantidad importante de profesionales capacitados/as para promocionar y gestionar espacios y mecanismos para la participación social en salud, políticas de protección y calidad de vida, acciones básicas y de apoyo para la promoción de salud con equidad, así como su dominio del marco legal e institucional para la gestión de salud. Manejo de métodos, técnicas e instrumentos de seguimiento, evaluación y análisis de situación de salud, condiciones de vida y sistemas de salud con una visión social, integradora, multicultural, histórica y política.

Asimismo, diseño y ejecución de proyectos en áreas de políticas públicas en salud, promoción de la salud y movilización social, redes sociales, participación social en salud, educación para la salud, creación y articulación de espacios para la participación y la acción en programas y proyectos en Salud Pública, potenciando su capacidad de comunicarse y generar consensos y abogar por la defensa, promoción y garantía del derecho a la salud de los ciudadanos y ciudadanas del país.

También están en la capacidad de generar y transferir, en su ámbito profesional, conocimientos que conjugan lo universal y sus mediaciones locales mediante el desarrollo en su entorno socio-profesional de procesos dinámicos de gestión orientados a generar en las comunidades y en las personas el interés de velar y actuar en pro del bien común, la salud y la calidad de vida, conforme a los requerimientos de la sociedad venezolana; asumiendo actitudes de compromiso, solidaridad, responsabilidad, respeto y de servicio en el ejercicio de sus funciones.



Todo esto sin desvincularse de lo vivencial como experiencia de aprendizaje y como espacio para la producción de conocimiento y saberes y de inserción social, desde donde se reproduzca la solidaridad y se construya ciudadanía.

Sin embargo, una de las críticas que debemos hacerle a las instituciones del Estado venezolano es que no han cumplido con lo establecido en la Constitución Nacional en cuanto a la prioridad que se le daría a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, pues no se han incorporado progresivamente a estos/as profesionales al nuevo sistema público nacional del salud y eso no contribuye con la generación de cambios concretos porque se ha quedado el proceso en la formación y acción a nivel educativo, sin mayor impacto en el empoderamiento masivo en salud en la colectividad.

Otra de las observaciones que hacemos está relacionada con invisibilización en muchos espacios públicos de estos/as profesionales, asumiendo que toda la labor de salud tanto curativa como preventiva debe estar a cargo de los/as médicos/as integrales comunitarios/as, lo que se contrapone en la praxis con lo expuesto teóricamente y son los/as mismos/as personeros/as del gobierno quienes desconocen la importancia de dicho Programa de Formación de Grado para el establecimiento de las relaciones saludables que deben establecerse en nuestras comunidades.

Los resultados más relevantes son:

- El Programa de Formación de Grado Gestión en Salud Pública da respuesta a las políticas de Estado en materia de salud y educación tomando como eje central a los/as ciudadanos/as, sus condiciones de vida y elementos socioculturales contextualizados como determinantes de su situación de salud, por tanto se hace necesario su implementación en todo el territorio nacional.
- Da paso a la construcción del nuevo Sistema Público Nacional de Salud plasmado en nuestra Carta Magna, el cual debe direccionar sus acciones desde lo local partiendo de la realidad social y orientándose hacia la consolidación de la salud a través de estrategias de promoción y prevención de enfermedades con una visión colectiva.
- Los/as estudiantes y docentes junto a las comunidades construyen conocimientos colectivos, atendiendo a los paradigmas emergentes de la investigación social y asumiendo el trabajo en equipo con una visión multidisciplinaria donde convergen no sólo los saberes científicos sino los populares; a pesar de ser un Programa de Formación de reciente data ha mostrado resultados favorables para la transformación de la conciencia social del pueblo venezolano y de extranjeros/as que habitan en nuestro país debido a la emergencia de nuevas o renovadas prácticas socio-sanitarias que elevan la calidad de vida de quienes las practican conscientemente.

## **ORGANIZACIÓN POPULAR: BASE PARA LA PARTICIPACIÓN EN LA GESTIÓN DE SALUD PÚBLICA**

Uno de los problemas fundamentales que presentaba el nuevo esquema de democracia participativa y protagónica era la manera de materializar sus principios y darle forma a la participación popular. Se refiere a la capacidad real de la mayoría ciudadana de decidir sobre los principales asuntos públicos de la nación. En este sentido, se trata de una ampliación cualitativa de la democracia formal, en la cual el único poder de decisión política reside en el sufragio periódico por partidos-personajes políticos.

En la democracia participativa, dicha capacidad no será coyuntural y exclusiva de la esfera política, sino permanente y extensiva a todas las esferas de la vida social, desde las fábricas y los cuarteles hasta las universidades y los medios de comunicación. Se trata del fin de la democracia representativa en realidad sustitutiva y su superación por la democracia directa o plebiscitaria. El parlamento y el sistema electoral de la partidocracia, como lo conocemos hoy, son controlados por las elites económicas y no tendrán lugar en la democracia futura.

Lo mismo es válido para los monopolios del adoctrinamiento (televisión, radio y prensa) y de la producción. La gran empresa privada (que en términos organizativos es una tiranía privada con estructura militar) es incompatible con una democracia real y desaparecerá como tal. Y el Estado, cual organización de clase, irá por el mismo camino. (Dieterich, 2001).

Es por ello, que surgen los consejos comunales como formas avanzadas de la organización social y popular, a lo que tendría que sumarle los comités organizados en su seno para resolver problemáticas concretas y tratar de superar las inequidades sociales presentes en cada contexto local.

Es importante destacar la forma organizativa de las comunidades en materia de salud: los comités de salud, debido a que es la organización comunitaria que permite a los/as ciudadanos/as participar activamente en los asuntos relacionados con la salud colectiva y el derecho a la vida de los/as miembros/as de su comunidad y, a su vez, contribuye con los propósitos del proyecto bolivariano en materia socio-comunitaria en salud, en aras de garantizar los derechos humanos y sociales, especialmente el derecho a la salud y, por ende, a la vida, desde una perspectiva de igualdad y equidad, fundamentada en una perspectiva integral del concepto de salud pública y de la promoción de la calidad de vida y salud.

Es por ello que el sistema de salud debe avocarse a los cambios generados desde la dinámica y el entramado social fortalecido desde los consejos comunales. La conformación de los comités de salud abre un espacio para la participación conjunta entre las organizaciones de base y las instituciones, creando así la articulación real de las redes de atención en salud y las redes comunitarias. Se pueden generar mecanismos para consolidar la participación comunitaria en el primer nivel de atención en salud, a partir de modelos de participación que nazcan desde la experiencia misma de los comités de salud.

El campo de la participación social y comunitaria en la solución de los problemas de salud trasciende a las misiones que compete a la salud pública y se desarrolla en este campo pero además, es inherente a otros sectores de la sociedad.

La experiencia de los comités de salud relanzó la estructura de la Atención Primaria en Salud y se constituyó en una experiencia loable de trabajo comunitario voluntario para satisfacer las demandas y cubrir necesidades en el ámbito de salud en los entornos locales. La participación activa de estos comités fue imprescindible para la ubicación de médicos generales en comunidades excluidas y en las casas de familias que se constituyeron en consultorios populares. Sin embargo, en vista de los constantes procesos de cambios que vive Venezuela, estos comités dejaron su independencia para unirse a las vocerías de los consejos comunales<sup>5</sup>, pero su misión se mantiene, aunque sus objetivos principales fueron alcanzados en sus momentos.

La asunción de lo público como espacio de la gestión en salud y el desarrollo del compromiso ético de las comunidades con sus espacios de acción ha apuntado fundamentalmente al mejoramiento de la situación de salud y de las condiciones de vida de sus habitantes, transformando la realidad social y valorando la responsabilidad social y el compromiso de todos/as con el desarrollo de iniciativas para afrontar la complejidad y la multi-determinación del espacio de la salud pública.

Otras de las acciones emprendidas por el Estado para incrementar la participación y generar cambios endógenos y sostenibles en el tiempo, es la creación de Programas de Formación de Grado<sup>6</sup> que fortalecen las gestiones dirigidas a incrementar los niveles de participación consciente de las personas. En tal sentido, se hace mención a los Programas de Formación de Grado “Gestión en Salud Pública y Medicina Integral Comunitaria” (GSP) como uno de los programas de estudio de la Universidad Bolivariana de Venezuela que busca identificar, describir y valorar las necesidades sociales en el área de la salud pública, que prevé colaborar con los países hermanos que así lo requieran.

En tal sentido, el PFGGSP parte de una concepción de la salud como un “proceso complejo y expresión de las condiciones materiales y sociales de vida de los y las ciudadanas de un país. Por tanto, se asume que las condiciones de la salud y la enfermedad están determinadas por las condiciones y medios disponibles, según el lugar que se ocupa en las sociedades”. Así mismo, este PFG indica que el Estado venezolano en su alta carga de responsabilidad en materia de salud pública debe darle prioridad a “la movilización social, la información y formación de la población para la participación social y la articulación y apoyo de los diversos agentes sociales y de la propia sociedad a favor de la salud de la población” (UBV. PFGGSP, 2007).

---

<sup>5</sup>Figura organizativa comunitaria que busca dar respuestas concretas a problemas locales comunitarios con la ayuda del Estado, para lo cual se han redefinido orientaciones y acciones políticas direccionadas a otorgarle poder al pueblo, al llamado poder popular.

<sup>6</sup>Tradicionalmente llamadas carreras universitarias.

Por su parte, el Programa Nacional de Formación de Medicina Integral Comunitaria<sup>7</sup> se asienta en una visión transformadora de la realidad social, partiendo de nuevos escenarios, actores y actrices y necesidades sentidas, enmarcado en el proceso de democratización y respondiendo a la transformación de la nueva institucionalidad pública y atendiendo al imperativo ético de responder a las necesidades sociales de salud y calidad de vida de la población.

También se crearon las maestrías médicas y odontológicas y el programa de formación de postgrado en medicina general integral (MGI) con un nuevo modelo pedagógico venezolano basado en la atención primaria en salud. Los programas de formación y capacitación de promotores/as sociales comunitarios/as en salud forman parte de los programas académicos de nivel universitario y básico del campo de la salud.

Estos programas de formación dan respuesta a lo planteado por Franco (2006) sobre el método en salud pública, que, según este autor, debe partir de enfoques integradores de las ciencias, la filosofía y la política para garantizar la consecución de una verdadera transformación social, búsqueda permanente del bienestar, la democracia y el desarrollo humano sustentable; y para lograrlo se deben dar políticas para la reconstrucción de la salud pública y propiciar espacios éticos incuestionables para la participación ciudadana y dotar de poder a la praxis sanitaria.

El citado autor expresa:

“La Nueva Salud Pública, es un enfoque dentro de esta disciplina, que apunta a desarrollar los postulados de la promoción de la salud con estrategias novedosas, producto de las diferentes conferencias internacionales en esta área, que tienen como eje los determinantes sociales y las intervenciones estatales y de la sociedad civil; el desarrollo y la participación comunitaria; que van más allá del enfoque médico biológico y preventista de la enfermedad, defendiendo la salud y promoviendo la vida. Integra cambios ambientales, medidas preventivas personales e intervenciones terapéuticas adecuadas, además de significar el renacer de las actividades de promoción de la salud; se interesa por la pobreza y los más vulnerables, la reorientación de los servicios pasando de la asistencia hospitalaria a la atención primaria en salud; y se fortalece con la acción política”.

Por consiguiente, la salud pública y la participación ciudadana son importantes y necesarias para ir construyendo consenso y democracia. Estos son elementos fundamentales para ir sistematizando el compromiso de los gobernantes, para ir divulgando de forma óptima, las necesidades, intereses, directrices ciudadanas y de este modo estrechar los conflictos, asistir los acuerdos, y proveer la toma de decisiones políticas.

Por otra parte, la participación beneficia que la ciudadanía se involucre en los asuntos públicos, cooperando de forma activa con el resto de las personas, lo que fortalece los lazos sociales y favorece la comprensión de las diferentes culturas existentes.

---

<sup>7</sup>PNF MIC.

## **INVESTIGACIÓN-ACCIÓN: UNA HERRAMIENTA DE APOYO A LA PARTICIPACIÓN Y A LA TRANSFORMACIÓN UNIVERSITARIA**

La investigación participativa no pretende describir las circunstancias en las que viven los marginados, sino que los propios dominados generen ideas y acciones que posibiliten la transformación y el tránsito hacia el mejoramiento de sus condiciones de vida.

En virtud de ello, la participación ciudadana se alcanzaría para proveer con el simple acercamiento de la institución a la base del tejido social a través de monitores, animadores o trabajadores de calle, que acumularan propuestas in situ, fortalecieran el compromiso de discusión en el nivel de base, parroquia o zona, para posteriormente transponer esas propuestas e iniciativas a los órganos centrales de la institución municipal y las respuestas correspondientes a los ciudadanos implicados. Se trata, en fin, de reglamentar lo mínimo posible, facilitar el acceso de todos los ciudadanos y abrir un número mínimo de comisiones de trabajo, por ejemplo, por grandes ámbitos que se corresponden con las áreas de gestión municipal.

La IAP reniega de la separación sujeto-objeto tal como ha sido planteada en la teoría tradicional del conocimiento por razones tanto epistémicas como ético-políticas. Respecto a lo primero, la mayoría de los teóricos rubrican, sin duda, con la reciente filosofía de la ciencia, la tesis de que la conciencia del investigador forma parte del sistema experimental, y, con Sartre (1960), que la conciencia únicamente puede adquirir nuevas perspectivas si es capaz de embarcarse en una praxis diferente. Una realidad social de opresión no sólo es imposible de captar desde una objetividad pura, sino que el proceso de aprehensión de la misma se desarrollará en una u otra dirección en función de la práctica social en que la conciencia se encabalga confirmándola y/o transformándola. Es imposible, por ejemplo, desvelar el carácter alienante de la educación tradicional sin embarcarse en una práctica alternativa que pruebe la posibilidad de otros procesos de aprendizaje por el camino en que se transforma el anterior.

La concepción de la participación en la IAP debe evitar tanto el peligro elitista como la apuesta por un diálogo oscurecido ante las desigualdades reales de los sujetos que entran en comunicación. Frente al sueño vanguardista o el libertario-liberal, la IAP propone establecerse en el espacio abierto por una contradicción sólo clausurable tendencial y temporalmente.

En palabras de Paulo Freire (1970):

"El hombre dialógico tiene fe en los hombre antes de encontrarse frente a frente con ellos. Esta, sin embargo, no es una fe ingenua. El hombre dialógico que es crítico sabe que el poder de hacer, de crear, de transformar, es un poder de los hombres y sabe también que ellos pueden, enajenados en una situación concreta tener ese poder disminuido. Esta posibilidad, sin embargo, en vez de matar en el hombre dialógico su fe en los hombres se presenta ante él, por el contrario como un desafío al cual puede responder. Está convencido de que este poder de hacer y transformar, si bien negado en ciertas situaciones, puede renacer. No gratuitamente sino en la lucha por su liberación".

Según Basagoiti, Bru y Lorenzana (2001), la meta última de la investigación-acción participativa (IAP en adelante) es conocer para transformar; siempre se actúa en dirección a un fin o un “para qué”, pero esta acción no se hace “desde arriba” sino desde y con la base social. Dentro de este proceso secuencial “conocer-actuar-transformar”, la investigación es tan sólo una parte de la “acción transformadora global”, pero hay que tener en cuenta que se trata ya de una forma de intervención, al sensibilizar a la población sobre sus propios problemas, profundizar en el análisis de su propia situación u organizar y movilizar a los participantes.

Según Rodríguez (1998), a través del “método de análisis de redes y conjuntos de acción”, expresa que en la IAP el objeto de estudio tradicional de la investigación social, es decir la población, pasa a ser un sujeto que investiga. Esta práctica auto-reflexiva se instrumentaliza u operativiza en el “principio de dialogicidad” de Freire (1970), según el cual el investigador y la población establecen una relación de comunicación entre iguales, un diálogo horizontal entre educando y educado, investigador y población basado en la reciprocidad.

En la IAP se siguen básicamente cuatro fases, aunque no siempre se diferencian nítidamente unas de otras:

a) La observación participante, en la que el investigador se involucra en la realidad que se estudiará, relacionándose con sus actores y participando en sus procesos.

b) La investigación participativa, en la que se diseña la investigación y se eligen sus métodos, basados en el trabajo colectivo, la utilización de elementos de la cultura popular y la recuperación histórica. El investigador presenta al grupo los diversos métodos disponibles para la obtención de información, explicándoles su lógica, eficacia y limitaciones, para que aquél los valore y elija en base a los recursos humanos y materiales disponibles. Asimismo, para la recogida de información se usan técnicas como la observación de campo, la investigación en archivos y bibliotecas, las historias de vida, los cuestionarios, las entrevistas, etc. La información es recogida, y luego sistematizada y analizada, por la propia comunidad, siendo el papel del investigador de mero facilitador.

c) La acción participativa implica, primero, transmitir la información obtenida al resto de la comunidad u otras organizaciones, mediante reuniones, representaciones teatrales u otras técnicas, y, además, con frecuencia, llevar a cabo acciones para transformar la realidad.

d) La evaluación, sea mediante los sistemas ortodoxos en las ciencias sociales o simplemente estimando la efectividad de la acción en cuanto a los cambios logrados, por ejemplo en cuanto al desarrollo de nuevas actitudes, o la redefinición de los valores y objetivos del grupo (Guzmán et. al, 1994).

En la IAP entonces, contrariamente a lo que sucede en las investigaciones convencionales, nos encontramos con que el asunto de la validez depende de la empatía de los sujetos con el fin de la investigación comprendiendo plenamente la intención de las preguntas y queriendo dar la información necesaria de la mejor forma posible.

Para finalizar el PFGGSP, promueve la utilización de la IAP como una de las maneras de hacer investigación en los proyectos comunitarios en salud, desde el primer año hasta su último año, en virtud de su vinculación y praxis comunitaria desde el momento que inician su carrera profesional.

## REFLEXIÓN FINAL

En la gestión de salud pública en Venezuela se desempeña un rol tan fundamental en la vida cotidiana y dentro la sociedad, donde el gestor en salud pública juega un papel preponderante como un ente capacitado para resolver cualquier problema de gestión, viendo la salud como un todo que puede ir desde lo social hasta lo psicológico y no solamente ausencias de las enfermedades, sino los conflictos de diferentes disposiciones.

En la salud pública, afrontada desde todos los ámbitos, estos problemas van desde una enfermedad hasta los procesos de deterioro desde mejorar las condiciones de vida de las personas y ayudarlas a alcanzar el bienestar social al nivel que hoy ya es posible. La salud se construye a lo largo de toda la vida, y sólo se alcanza a través del cuidado de nuestro cuerpo, las emociones y los sentimientos. La salud no es sólo la ausencia de enfermedades.

Ser saludable implica alcanzar un estado de completo bienestar físico, social y emocional. Para poder resolver los primeros problemas de la sociedad tenemos que basarnos en los determinantes sociales de salud, ya que a través de ellos podemos realizar análisis críticos y saber desde su etiología que lo genera. Los determinantes sociales de salud van desde la educación, seguridad, alimentación, medio ambiente, infraestructura, cultura, deportes, entre otros; ya que a través de ellos podemos realizar el análisis persistente que nos ayudan a resolver los problemas sociales.

La experiencia en las prácticas cotidianas como elemento de producción de conocimiento a partir del abordaje a la problemática de la comunidad, aplicando técnicas cualitativas y cuantitativas en el diseño del diagnóstico participativo comunitario, que no es más que la descripción preliminar de la situación, donde se deben identificar, conocer y aplicar las técnicas de investigación y formulación del problema, con el propósito de lograr los conocimientos y lograr la transformación de la conciencia social de los individuos.

Debe, además, involucrarse con la situación y el problema directamente, acompañando a los actores de dicho escenario a través de un proceso social donde se generen propuestas de transformación de la realidad, se dinamice el proceso de convivencia y se identifiquen saberes colectivos y produzcan conocimientos a partir de la intervención de lo vivido.

Para finalizar se concluye que el programa de Formación de Grado Gestión en Salud Pública, creado en el gobierno de Hugo Rafael Chávez Frías, es una de las maneras más evidentes de incentivar a la comunidad a la participación comunitaria, vinculados directamente con las institución, lo que conlleva a demostrar un proceso de emancipación y liberación de la educación universitaria en Venezuela constituye, a nuestro criterio, una victoria en los ámbitos política, social, cultural y económica, que tiene sus raíces en el

pensamiento bolivariano y se expresa a través del proceso de creación de nuevos estilos de producción de saberes.

Asimismo, se observan en la orientación pedagógica asumida en la formación crítica y reflexiva de las personas, para afrontar los diferentes modos de dominio que se han presentado en la sociedad a lo largo de la historia.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Organización Mundial para la Salud (1978). Declaración de ALMA-ATA 1978. Atención Primaria de Salud. Organización Mundial para la Salud. Septiembre, Suiza.

Basagoiti R.; Bru, M. y Lorenzana, C. (2001). La IAP de bolsillo. España. Edita ACSUR Las Segovias.

Asamblea Nacional Constituyente (1999). Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial número 5.453, de fecha 24 de marzo de 2000. Caracas, Venezuela.

Dieterich, H. (2001). Bases de la democracia participativa. Argentina. Editorial 21.

Figueroa, D. (2002). Participación comunitaria y salud. Documento en línea. Disponible en: [http://www.respyn.uanl.mx/iii/2/ensayos/participacion\\_salud.html](http://www.respyn.uanl.mx/iii/2/ensayos/participacion_salud.html). Consulta: 21/02/2013.

Freira, P. (1970). Política y Educación. México. Editorial Siglo XXI.

Franco, A. (2006). Tendencias y teoría en salud pública. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Volumen 24, número 2. (Pp. 119-130).

Guzmán, G.; Alonso, A.; Pouliquen, Y. y Sevilla, E. (1994). Las metodologías participativas de investigación: el aporte al desarrollo local endógeno, instituto de sociología y estudios campesinos. España. ETSIAM.

Organización Panamericana de la Salud (2006). El Control de las enfermedades transmisibles. Estados Unidos. American Public Health Association.

Rojas, R. (1999). Capitalismo y Enfermedad. México. Plaza y Valdés Editores.

Rodríguez, V (1998). Teoría del Desarrollo Local a las Redes para Mejor Vivir. Argentina. Editorial Lumen.

Romero, E. (2011). El concepto de salud desde la perspectiva comunitaria. Ponencia presentada en la III Jornada de Recreación de Saberes. Julio, Venezuela.

Sartre, J. (1960). Preguntas y Métodos. Francia. Gallimard.





Universidad Bolivariana de Venezuela. (2007). Programa de formación de grado: gestión en salud pública. Venezuela. Dirección General Académica de la Universidad Bolivariana de Venezuela.

Vidal, E. (1999). La participación comunitaria en salud. Investigaciones Sociales. Año III, número 3. (Pp. 185-200).