



retos de la investigación en salud pública hoy

josé daniel gonzález f. (coord.) • rubén darío gómez-arias • josé vicente scorza
miguel malo • tulia hernández, fanny dávila y stella gafanhao
pedro alcalá afanador • freddy mejías • irey gómez sánchez y luis alarcón flores
isabel rodríguez • maría t. rincón • wuilman e. gómez g. y carmen l. ríos r.



Instituto de Altos Estudios en Salud Pública
“Dr. Arnoldo Gabaldon”





retos de la investigación en salud pública hoy

josé daniel gonzález f. (coord.) · rubén darío gómez-arias · josé vicente scorza
miguel malo · tulia hernández, fanny dávila y stella gafanhao
pedro alcalá afanador · freddy mejías · irey gómez sánchez y luis alarcón flores
isabel rodríguez · maría t. rincón · wuilman e. gómez g. y carmen l. ríos r.

Instituto de Altos Estudios en Salud Pública
«Dr. Arnoldo Gabaldon»

RETOS DE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA HOY

José D. González F. (coord.)

Instituto de Altos Estudios en Salud Pública «Dr. Arnoldo Gabaldon»

Maracay, 2007

Hecho Depósito de Ley

Depósito legal lf90420070012717

ISBN 978-980-6778-21-4

Producción general: Taller Riorinoco

Impreso en la República Bolivariana de Venezuela

Contenido

Presentación	9
JOSÉ DANIEL GONZÁLEZ F. La investigación en salud pública	11
<i>Reflexiones sobre la práctica científica</i>	
JOSÉ DANIEL GONZÁLEZ F. Entre la investigación y las políticas públicas	27
RUBÉN DARÍO GÓMEZ-ARIAS Los retos de la investigación en salud pública hoy	35
JOSÉ V. SCORZA Retos de la investigación en salud pública hoy	47
MIGUEL MALO SERRANO Apuntes sobre los retos de la investigación en salud pública hoy en Venezuela	53
TULIA HERNÁNDEZ, FANNY DÁVILA Y STELLA GAFANHAO El análisis de la situación de salud	61
<i>Procedimiento con fines asistenciales, docentes y de investigación</i>	
PEDRO ALCALÁ AFANADOR Agenda para la investigación en salud pública con participación ciudadana	73
FREDDY MEJÍA Reflexiones sobre la investigación con las comunidades en Barrio Adentro	89

IREY GÓMEZ SÁNCHEZ Y LUIS ALARCÓN FLORES La investigación de las endemias en Venezuela <i>Caso del dengue, malaria y leishmaniasis</i> <i>en el estado Sucre (Resultados preliminares)</i>	107
ISABEL RODRÍGUEZ COLMENARES La investigación de salud en Venezuela: su encuentro con las ciencias sociales	125
MARÍA T. RINCÓN BECERRA Investigación en política de salud pública en Venezuela: ¿hacia su construcción teórica o metodológica?	139
WUILMAN E. GÓMEZ G. Y CARMEN L. RÍOS R. Tendencias modernas de la información, divulgación y documentación en y para la Investigación en Salud Pública	153

Presentación

El presente libro es el colofón de un proceso que se inició cuando desde la Coordinación de Investigación del Instituto de Altos Estudios de Salud Pública «Dr. Arnoldo Gabaldon» nos preguntamos sobre qué significa la investigación en salud pública hoy. La pregunta convocó a un conjunto de investigadores del Instituto, de las universidades del país, del Ministerio, y de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia relacionados con el tema.

Como colofón de ese proceso que se inició con la presentación del documento problematizador *La Investigación en Salud Pública. Revisiones de la práctica científica*, invitando a la producción de ideas y respuestas sobre los nuevos desafíos que en investigación y acción en salud pública debemos afrontar como institución de estudios en salud pública de aquí a los años por venir, dio como resultado este trabajo colectivo.

Frente a las posiciones medicalizadas, biologicistas, positivistas que ven en este campo de estudio un objeto claro, definido y propio de una profesión en particular, que lo aborda únicamente de acuerdo a los cánones de la racionalidad técnica-interventora que no se interesa por otro debate diferente a su saber autoreferenciado, nos propusimos interpelar ese saber, problematizarlo en buena medida, con el ánimo de ir construyendo colectivamente un necesario piso teórico y epistemológico propio y un nuevo sentido de la práctica científica.

Pensamos que reflexionar ambiciosamente sobre este tema, pasa por revisar los significados y paradigmas que se le confieren a los términos que disciplinan el objeto de estudio; el sentido y la orientación de la investigación científica; el perfil del investigador; las condiciones materiales reales y necesarias para ejercer el oficio de investigador; la participación desde las comunidades en la investigación en salud pública; las redes de investigación; entre otros. Coincide esta invitación a reflexionar sobre nuestro objeto de estudio con el momento histórico actual de redefinición de la sociedad venezolana en todos sus ámbitos, políticos, sociales, económicos, culturales, jurídicos y científicos.

Respondiendo a esa convocatoria, este libro es entonces el producto de un conjunto de reflexiones que se presentaron como ponencias en las XIII Jornadas Científicas «Dr. Arnoldo Gabaldon» cuyo tema fue justamente «Retos de la Investigación en Salud Pública hoy».

Creemos que en este campo todo está por hacerse y nosotros, con nuestras capacidades, tenemos una gran alícuota de participación en el diseño de una propuesta seria y comprometida de política de investigación propia y para ser compartida. Con este libro deseamos contribuir en el aumento de la comprensión de los asuntos que influyen sobre la práctica investigativa en salud pública.

Queremos de paso agradecer la colaboración de la Sra. Haydee Mireles en la realización del mismo.

JDG

La investigación en salud pública

Reflexiones sobre la práctica científica

Introducción

Este texto es el producto de un papel de trabajo preliminar elaborado como documento problematizador en torno a la investigación en salud pública dirigido inicialmente al colectivo de docentes-investigadores del Instituto de Altos Estudios en Salud Pública “Dr. Arnoldo Gabaldon” del Ministerio de Salud de Venezuela con el objetivo de generar una sana reflexión en torno a nuestra práctica académico-científica. Reflexionamos sobre un conjunto de asuntos que son paradójicos y preferimos verlos como dilemas transversales de la práctica científica en general y de la investigación en salud pública en particular, sobre la concepción de la ciencia y de la salud pública, el sentido de las publicaciones, la relación docencia-investigación y sobre la dimensión política de la investigación en salud pública. Se pone en cuestión la concepción hegemónica dominante y naturalizada de la ciencia y la salud pública. Y por considerar su pertinencia para el debate crítico sobre el tema presentamos esta reflexión-revisión sobre asuntos generales relacionados con la investigación en salud pública.

En la documentación para la preparación de este texto, encontramos una amplia literatura cuyo tema central es justamente la reflexión sobre estas mismas preocupaciones que aquí exponemos. Encontramos que investigación en salud es una palabra clave, un descriptor usual en varios *thesaurus* bibliográficos, buscadores o bases de datos en los diversos centros de documentación especializados. Y es además, un objeto de estudio por derecho propio dentro de la salud pública como disciplina y ámbito de acción, a juzgar por ejemplo: por la cantidad de instituciones de salud pública existentes, si no en todos, en casi todos los Estados del mundo; por la producción estimulada y la red generada por el movimiento de la medicina y la salud pública basada en la evidencia (MBE), la biblioteca virtual de salud y otros buscadores de salud referenciales para la investigación; por la cantidad de convocatorias de congresos y jornadas sobre investigación en salud pública existentes; por el tema central de muchas investigacio-

* Sociólogo (UCV). Magíster en Administración Pública y Gobierno (Instituto Universitario Ortega y Gasset, Madrid). Docente-Investigador de Gestión en Salud Pública y para el momento Coordinador de Investigaciones del Instituto de Altos Estudios de Salud Pública “Dr. Arnoldo Gabaldon” (IAESP).
jdaniegonz2002@yahoo.com

nes y por la muestra bibliográfica consultada para la elaboración de este papel de trabajo. Investigación en salud pública es también una de las once Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) según la iniciativa de "La Salud Pública para las Américas" impulsada desde 1999 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), dirigida a aumentar el conocimiento que apoye la toma de decisiones por parte del Estado para poder medir las acciones y fortalecer las funciones rectoras del Estado en materia de salud pública; en especial, la función 10 que corresponde a la "Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública." Llama la atención la importancia asignada a la investigación en salud pública dentro de las funciones que en materia de salud pública un Estado debe cumplir.

El siguiente texto debe leerse como una reflexión sobre los asuntos que subyacen en el fondo de la práctica científica. No se trata de respuestas acabadas, ni de nuevos descubrimientos, se propone confrontar la concepción de la ciencia, la salud pública y la práctica naturalizada de la investigación científica aun hegemónica.

I. La naturaleza científica de la salud pública

Es sabido que, con la modernidad, la ciencia se erige como la única forma de conocimiento universalmente válido, objetivo y superior frente a cualquier otra forma de conocer la realidad. Los productos de la ciencia se presentan libres de valores y de influencias subjetivas toda vez que el método científico lo garantiza. La confianza en la ciencia es casi ciega, incluso como portadora del desarrollo y el progreso de las sociedades, tanto así como recientemente lo escribió en un artículo Manuel Castells (2006): "el poder, la riqueza y el bienestar de las sociedades dependen fundamentalmente de la ciencia y la tecnología. Lo cual no resuelve los problemas sociales del reparto desigual de esa riqueza o de los usos destructivos del poder. Pero el fundamento de la capacidad humana para mejorar nuestro nivel de vida y nuestra calidad de vida pasa por el conocimiento que se genere y las aplicaciones tecnológicas que se deriven del descubrimiento científico."

Aunque no es un tema reciente, desde la segunda mitad del siglo XX y sobre todo desde el último cuarto de siglo, la razón científica ha entrado en crisis y muchas críticas se han formulado cuestionando la univocidad de la ciencia en "su imperio universal sobre el mundo" desvelando sus pretensiones colonizadoras. Son conocidas estas críticas formuladas desde diferentes culturas y valores alternativos al pensamiento científico occidental nacido de la modernidad, calificado en general como: racional; burgués; eurocéntrico; positivista; explicativo; simplificador; causal; determinista; técnico; mecanicista; instru-

mental; fragmentado; descriptivo; predictivo; omnipotente; elitesco; especializado; enajenante; racista y colonialista. En el caso de la salud pública, es también sabido que su carácter científico ha tenido un marcado peso biologicista y medicalizado, en tal sentido, parcelado y reducido a un campo particular, descontextualizado de otras esferas de la vida y el saber.

Con mucha fuerza han nacido paradigmas emergentes basados en la *relativización* de todo lo existente; en la superación o ampliación de esa razón occidental; en la interpretación más que en la explicación; en lo cualitativo más que en lo cuantitativo; en los riesgos que esa ciencia produjo en la sociedad contemporánea; en los apoyos transdisciplinarios y la complejización de las causas; en el reconocimiento del otro u otros sujetos/actores como interlocutores válidos y necesarios para democratizar/socializar/transferir el conocimiento y establecer el “diálogo de saberes”. En el campo de la salud pública Edmundo Granda comenta que “los avances producidos en las ciencias sociales, la planificación estratégica, la etnología médica, el pensamiento andino en salud, reiteradamente reclaman la comprensión de ese sujeto, o más bien dicho, de esos sujetos capaces de producir nuevas verdades a través de su accionar, los mismos que no pueden ser interpretados con las formas de observación científica a las que estábamos acostumbrados.” (Granda, 1999: 47)

Reconocer esta crítica a la razón ilustrada, no significa proponer el abandono y desconocimiento de la ciencia; no es posible. Paradojalmente, como diría Fernando Mires, la crisis de la razón científica se afronta con la razón; en esto consiste *el “proyecto inconcluso”* de la modernidad, y el giro *reflexivo* de las ciencias sociales actuales, siendo la salud pública parte de ella. En el caso de la salud pública, no se propone desconocer el *status* científico, todo lo contrario, la búsqueda del saber y la búsqueda de la *verdad* que motiva la investigación científica debe ser lo más rigurosa y sistemática posible. Se propone reconocer e incorporar el cuestionamiento que desde la filosofía de las ciencias y desde las ciencias sociales, amén de otros ámbitos, se viene realizando a la ciencia en general e incluir tanto a otros objetos de estudio escindidos por la especialización de saberes, como a otros sujetos excluidos por la elitización de los estudios y las prácticas relacionadas con las ciencias de la salud, así como dotar a la investigación de sentido transformador.

¿Cómo reconocer entonces en qué y cuánto nos ha afectado esta crítica del pensamiento científico occidental? ¿Cuánto hemos heredado de esta tradición hegemónica y reproducimos acríticamente? Como señala Lander al inicio de su texto: “los patrones de conocimiento son una dimensión constitutiva medular de todo orden social.” (2006:1)

¿Hasta qué punto reproducimos los patrones de comportamiento social e intelectual de la ciencia occidental que cuestionamos? Nos toca soñar con los “monstruos” que ha producido nuestra racionalidad científica y luego interpretarlos.

Ser *reflexivo* sobre esto es fundamental para entender cómo se manifiesta en nuestro qué hacer y cómo ello impacta, como veremos más adelante, en la concepción que tenemos de la salud pública y la sociedad, en la investigación y formación en salud pública, en la forma como medimos y cuáles indicadores usamos para medir la investigación en salud pública. Recomiendo para esta reflexión el capítulo titulado “¿Cuál ciencia?” del texto *Pensar en salud* de Mario Testa: “Existe un malestar epistemológico en el ambiente científico, expresado en las polémicas que se sostienen entre estudiosos del tema, malestar que va más allá del terreno cercado de la ciencia, para alcanzar el terreno general de la vida de la sociedad –la sociedad civil– transformándose así en otra expresión del malestar en la cultura.” (1997: 23)

II. La noción de salud pública

Preguntándose sobre el concepto ¿qué es salud pública? varios autores inician la introducción de sus reflexiones sobre el tema, coincidiendo en que la pregunta no es de fácil respuesta (Navarro, 1997; Orozco, 2006). Otros señalan que el término está cargado de significados ambiguos y hasta contradictorios, pero casi toda la literatura coincide en algunas definiciones clásicas de salud pública:

Salud pública es la aplicación de los conocimientos médicos y científicos para asegurar condiciones sanas de vida al individuo miembro de una comunidad. (Frazer)

Salud pública es el arte y la ciencia de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad. (Winslow)

Salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud. (Terris)

Salud pública es la ciencia y el arte de impedir la enfermedad, prolongar la vida y fomentar la salud y eficiencia mediante el esfuerzo orga-

nizado de la comunidad para que el individuo en particular y la comunidad en general se encuentren en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y longevidad. (OMS) (citados por Maya, 2005)

Todas estas concepciones son atravesadas por una misma idea central: comparten una visión de la salud en oposición a la idea de enfermedad. Con relación a la definición como ciencia y arte, pareciera que –como dice Carlos Alvarez-Dardet– “cuando no hay evidencia positiva sobre algún problema, como ocurre en muchísimas ocasiones en Salud Pública se nos invitara a ser ‘artistas’.” (Alvarez-Dardet s/f:5)

En la editorial de una revista sobre el tema “Investigar y publicar en salud pública” –aunque refiriéndose al caso argentino– se señalaba que una posible explicación al hecho de que se investigue y se publique poco en salud pública “tiene que ver con la evolución del concepto de salud, desde una visión vinculada a las enfermedades y la muerte, a una concepción relacionada con las posibilidades de realización personal y colectiva de las poblaciones. Este desplazamiento descubre las limitaciones conceptuales, metodológicas y técnicas de los paradigmas dominantes y la necesidad de una reconceptualización de la salud pública.” (Ortiz, 2004:84)

De modo similar, en el año 1996, otros investigadores afirmaban que el campo de la salud pública estaba atravesando una profunda crisis paradigmática: epistemológica, teórica y metodológica; y un signo de esta crisis es su imposibilidad de referirse concretamente al objeto salud, punto ciego del paradigma dominante en el campo de la salud:

A nivel epistemológico, la reconstrucción de la salud pública pasa por superar las falsas oposiciones que rigen el problema del conocimiento en su campo: oposiciones entre teoría y práctica, objeto y contexto, individual y colectivo, persona y población, biológico y social, cuantitativo y cualitativo, descriptivo y analítico, concreto y abstracto. En un *plano teórico*, muchos autores señalan la importancia estratégica de la construcción del objeto de la Salud Pública. Este formaría parte de una nueva familia de objetos científicos, construido en cuanto objeto totalizado y complejo. En la *esfera metodológica*, finalmente, existen posibilidades interesantes de inseminación de las estrategias extensivas de investigación con técnicas cualitativas (hibridación metodológica). (Pellegrini, Almeida, y Trostle, 1996: s/p)

...creemos que la Salud Pública, en su etapa actual de desarrollo conceptual, no logra concretamente referirse al objeto salud... su objeto sigue siendo la enfermedad. En síntesis, el objeto “salud” ha sido un punto ciego de las investigaciones contemporáneas en el campo de la Salud Pública.

Autores como Carlos Alvarez-Dardet, Rubén Darío Gómez-Arias (2002) y la Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud (2005) señalan que la noción de salud pública es polisémica y que este hecho tiene implicaciones tanto para la academia como para la formulación y análisis de las políticas públicas: "las polisemias nos afectan: varias saludes, varias sociedades" dice Alvarez-Dardet (s/f:43). Coinciden en que la variedad de significados que se le atribuye al término de *salud pública* "es el producto de situaciones históricas que se imponen a la construcción de la noción, y configuran núcleos de poder alrededor de imaginarios donde anidan intereses opuestos." (2002:2). De acuerdo a estos, la noción de salud pública se entiende como saber, como quehacer (como profesión, como gestión de servicios médicos, como respuesta social organizada), y como hecho público. En general: como teoría, como práctica y como realidad social.

– *La salud pública como saber*: es entender la salud pública cómo una disciplina académica, escindida de otras disciplinas complementarias, más identificada históricamente con la medicina y el experimentalismo positivista (Alvarez-Dardet, s/f: 9). Un "saber reglamentado", regulador de discurso, que excluye otros saberes que no controla, legitimado por sujetos autorizados. "Concebir(la) como una disciplina conlleva serias implicaciones: la convierte en un lenguaje técnico de iniciados, la distancia del saber popular, la configura como un espacio más de poder y hace de sus conocimientos un bien que, como propiedad de un grupo, puede devenir en una mercancía sujeta a las influencias de la oferta y la demanda." (Gómez, 2002:5)

– *La salud pública como quehacer*: entendida como una práctica social. Este quehacer es a su vez diverso: como profesión u ocupación de los expertos en salud pública (salubristas); como gestión de los servicios médicos estatales; como gestión de políticas públicas relacionadas con la calidad de la vida; como respuesta social a las necesidades relacionadas con la promoción, protección, conservación, recuperación y rehabilitación de la salud. (Gómez, 2002: 9-12)

– *La salud pública como hecho público*: no sólo es una disciplina y un oficio sino también un hecho social. "La salud colectiva es también un hecho público (salud pública)". Como experiencia la salud configura una vivencia compleja que se resiste al fraccionamiento. (Gómez, 2002: 13)

En vez de salud pública algunos autores prefieren denominarla de modo paradójal "enfermología pública" (Granda, 2004, 2000) pues sus supuestos filosóficos, teóricos, metodológicos y prácticos se inspiran más en la enfermedad y la muerte que en la salud y la vida. Edmundo Granda prefiere usar la noción de *metáforas* (metáforas de

la vida, metáforas de la muerte) en sustitución del término *kuhniano* de paradigma, para referirse al “ordenamiento no sólo de ideas, sino también propuestas prácticas y políticas” (Granda, 2000: 87). La metáfora dominante que dio lugar a la “enfermología pública” conformó sus métodos y técnicas bajo los pre-supuestos filosóficos de la enfermedad y la muerte; entregó preeminencia al método positivista para explicar el riesgo de enfermar; y confió al poder del Estado la potestad de la prevención de las enfermedades (Granda, 2004; 2000)

Aún más, de acuerdo a Darío Gómez, tampoco es fácil precisar el origen de la noción de salud pública, “podría considerarse también una construcción moderna, y concretamente el producto de la concepción política europea del siglo XVIII, que perseguía el bienestar colectivo con fines utilitaristas y medicalizaba la familia y la ciudad desde la tradición teórica de la medicina occidental renacentista. Este origen explica que la noción de salud pública haya estado ligada, durante muchos años, al control de la enfermedad orgánica, categoría desde la cual se definía y atendía la salud, tanto en el campo individual como colectivo” (Gómez, 2002:4)

Este autor concluye que “el término “salud pública” no tiene un significado unívoco, y es muy posible que no llegue a tenerlo en el futuro inmediato, pues es el producto de procesos sociales de legitimación, sujetos a su vez a diferencias y conflictos entre los individuos y los grupos humanos” (2002:14) Pero también señala, que esta polisemia no es casual, detrás de cada una de las nociones hay intereses económicos y políticos: “el saber ‘salud pública’ no ha sido nunca neutral.”

José María Maya en su aproximación a la comprensión del concepto de salud pública señala que “el concepto de salud pública ha variado al igual que el concepto de salud, a través de la historia y en las diversas culturas y sociedades” (Maya, 2005: 6). Pero lo que explica esta variación es lo que Darío Gómez llama los procesos sociales conflictivos de significación y legitimación, que cargan las palabras con los intereses predominantes del momento. Igualmente para Vicente Navarro (1997) el concepto de salud pública ha ido evolucionando y ampliándose, al ir redefiniéndose la salud y el sujeto de intervención, afirmando a su vez que, la definición de lo que es salud y enfermedad no sólo es una cuestión científica, sino también social y política. Ejemplo de esta afirmación son el aborto y la homosexualidad, que en un tiempo fueron prácticas criminalizadas, luego vistas como un acto médico la primera, o una enfermedad la segunda, y por último aceptadas como normales e incluso como derechos humanos. La razón de esta evolución tiene que ver más con la presión ejercida por los movimientos sociales emancipadores de la época que con sesudas explicaciones científicas.

En la historia de la salud pública han convivido paralelamente y resistido otras aproximaciones y “metáforas” de comprensión holística que se han opuesto a la concepción hegemónica de la misma, por ser fragmentaria y descontextualizada de la vida cotidiana. Heredera de esa otra vertiente que, para este contraste, podemos llamar salud pública alternativa, son la epidemiología social crítica, la medicina social (Ecuador, Colombia), la salud colectiva (Brasil):

En contraposición a los enfoques medicalizados tradicionales, las aproximaciones holísticas consideran que la experiencia amplia de bienestar constituye un referente mucho más apropiado para valorar la dinámica del proceso vital, y que la naturaleza compleja e indivisible de la calidad de la vida obliga a la masa crítica a interesarse por sus dimensiones psicosociales y no solo por los condicionantes ambientales y orgánicos. A partir de 1960, el interés de las ciencias sociales y de los gestores de políticas públicas en la noción de “bienestar” se desplazó hacia la de “desarrollo” y el nuevo énfasis repercutió sobre las discusiones y compromisos teóricos de la salud pública; este cambio de énfasis originó movimientos importantes. Los enfoques de la nueva salud pública se propusieron superar las concepciones organicistas. El modelo canadiense de salud, la carta de Ottawa y las declaraciones de Yakarta y de Santafé de Bogotá fortalecieron el interés creciente en una concepción holística de la salud, cuyo límite se hace progresivamente más borroso y cuyo ámbito se identifica cada vez más con el proceso de desarrollo humano integral. (Gómez, 2002:6)

Los paradigmas holísticos emergentes o nuevas “metáforas” en salud pública arriba mencionadas parten de repensar su objeto de estudio: que más que objeto son sujetos; que en su cotidianidad producen su propia salud; que interactúan con el Estado y los saberes institucionales; basado en una metódica que reconoce las *verdades particulares* y diversas frente a la *verdad universal* del método positivista; una forma de ver que hace más *complejos* los métodos tradicionales; cuestiona la tradicional confianza en el *tiempo* y la *eternidad en las leyes* y desconfía del total dominio sobre el futuro y el destino; propone también una interpretación diferente del *espacio*, siendo lo local el lugar de referencia para el pensamiento y la acción; es *autopoiético* y no *alopoiético*; favorece la dimensión *social* del *colectivo* más que la concepción *individualista* que privilegia al *sujeto*; es un objeto *complejo* susceptible de un abordaje dialéctico, histórico y constructivista; con aportes *inter, multi y transdisciplinarios*. (Granda, 2004; 2000; Gómez, 2002).

Aunque no será tema aquí abordado, el abordaje de la salud pública desde una visión que intenta ampliar el concepto es el enfoque de sus determinantes. Algunos países como Canadá y recientemente Suecia

con su “nueva política de salud pública” han formulados sus políticas de salud basadas en esta visión.

III. Indicadores de investigación en salud pública

Son diversos los indicadores sobre investigación en salud pública. El campo de estudio que se dedica a medir la producción y productividad de los científicos, conocido como “cienciometría”¹, trabaja con indicadores de insumo y productos. La concepción medicalizada, tecnicista y utilitarista dominante de la investigación en salud pública, tiene también su corolario en el diseño de los indicadores de investigación en salud pública.

¹ “Los fundamentos conceptuales y metodológicos de los estudios de cienciometría han recibido una fuerte influencia de la corriente de pensamiento americana representada por el sociólogo Robert Merton. Según esta corriente, la ciencia está fundamentada en los valores de utilitarismo y empirismo, con una estructura normativa elitista en la que el reconocimiento por los “pares” es la mayor compensación a la que aspira un científico, quien actúa desinteresadamente, comprometido únicamente con ampliar el patrimonio universal de conocimientos” (Spinak E. (1996): “Los análisis cuantitativos de la literatura científica y su validez para juzgar la producción latinoamericana” en: *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana* 120(2):139–147). (Citado por Pellegrini (1997: 20)

² MEDLINE es la base de datos bibliográfica producida por la National Library of Medicine de los Estados Unidos que representa la versión automatizada de tres índices impresos y recoge las referencias bibliográficas de los artículos publicados en más de 4.500 revistas médicas (y otras como enfermería, odontología, veterinaria, salud pública y ciencias preclínicas) desde 1966.

³ LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Sa-lud) es la base de datos del Sistema Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud que comprende literatura científico técnica en salud, producida por autores latinoamericanos y del Caribe y publicada en los países de la América Latina y Caribe desde 1982.

¿Dónde prefieren publicar los investigadores de salud pública? ¿Cuáles son los criterios para valorar una investigación? Existen indicadores, convenciones y normas internacionales que pautan y permiten hacer seguimiento en el tiempo y el espacio a la producción científica divulgada por los investigadores; ejemplo de estos, son los índices de bases de datos más usuales: MEDLINE², LILACS³; el índice de impacto *Science Citation Index* que publica el *Institute for Scientific Information* (ISI) de Filadelfia que mide, cuántas veces los trabajos de unos, son mencionados o citados por otros autores. En estas bases de datos es posible obtener la proporción de la producción científica de un autor o un país con relación a sus pares en el resto del mundo.

A modo de ilustración, de acuerdo a los resultados, muy referidos (Ortiz, 2004; Rovere, 2004) del estudio de Pellegrini de 1993 sobre la investigación científica en salud, la participación de América Latina en la producción internacional de investigaciones en esta área arrojó un saldo muy bajo. De las analizadas, la mayoría de ellas (52%) fueron estudios clínicos y (43,5%) biomédicos, en contraste con el (4,5%) en el área de la salud pública. Señala Pellegrini que “esta alta concentración (por lo menos en la producción de excelencia registrada en la base del ISI) es particularmente grave, ya que la investigación en salud pública (que incluye la investigación epidemiológica y la de servicios de salud) debería estar ampliamente difundida, tanto por la gran diversidad de situaciones y problemas existentes como porque es un elemento fundamental para la definición de políticas.” (2000: 50)

Esta inclinación favorable hacia al enfoque biomédico dominante, se visualiza también en el hecho de la vocación de los investigadores latinoamericanos por publicar preferiblemente en revistas internacionales.

Los estudios bibliométricos son sin duda muy importantes en el mundo de la práctica científica, pues forman parte de la medición y evaluación de la actividad científica, en especial de la comunicación de sus

resultados y la valoración de los propios investigadores de dichos resultados como indicio de la repercusión, calidad y relevancia de sus investigaciones, así como de validación de las mismas. No obstante, estos estudios, han recibido diversas críticas⁴, porque no consideran el momento histórico y el contexto de las publicaciones que mide. El artículo científico publicado en una revista reconocida e *indexada* en una base de datos internacional es prácticamente el único producto de la actividad científica reconocido. Aunque pocos de nuestros países son los que ahí son registrados, de acuerdo al análisis comparativo internacional, y a pesar de que el artículo científico no es el único producto de la actividad científica, este mecanismo o algunos similares, siguen siendo el patrón de referencia y medición de la producción científica y excelencia académica de los investigadores: el modelo idealizado de la producción intelectual.

Sin cuestionar lo loable del desarrollo tecnológico en divulgación como el movimiento de acceso abierto (*open acces*) por la internet de artículos científicos recién editados, y como la biblioteca virtual Cochrane, que hace revisiones científicas de investigaciones en salud, pero en particular esta última, es un claro ejemplo, del marcado peso en las producciones científicas de la medicina experimental, más orientada a divulgar los resultados de las investigaciones o experimentos aplicados a la salud. Y esto no es casual en tanto que, fue Archibal Cochrane, como nos cuenta Alvarez-Dardet, "quien reforzó el experimentalismo en el siglo XX, sacando el experimento de los laboratorios y llevándolo a las salas de los hospitales y mucho más allá." (s/f: 12)

Las revistas científicas no son sólo el reservorio de información o conocimiento científico nuevo, de divulgación y transferencia de los avances científicos, o el lugar de la evidencia y confiabilidad en los resultados, según Lander "las revistas científicas juegan un papel medular... como sistemas de control internos a las diferentes comunidades científicas" (2006: 21). Con sus sistemas de evaluación y regulación, las revistas arbitradas son en este sentido, fomentadoras de una práctica elitista de la investigación y el conocimiento. Son útiles para esta reflexión, además del trabajo *Ciencia en pro de la salud* de Alberto Pellegrini (2000), el texto de Edgardo Lander *La ciencia neoliberal* (2006) referido a este asunto, donde señala además, cómo gran porcentaje de investigaciones que publican famosas revistas de divulgación científica son financiadas por las grandes corporaciones del complejo médico industrial, la industria químico-farmacéutica y la biotecnológica. Las implicaciones de esta asociación tienen incidencias, sesgos en sus resultados, relacionados con la promoción de las corporaciones que financian dichas investigaciones o como parte de la comercialización de sus productos y "nuevos" hallazgos.

⁴ "El indicador del número de citaciones, que se utiliza mucho en estos estudios, es el caso típico del establecimiento de un indicador sin que se tenga definido *a priori* qué es lo que se pretende que indique; por ello han sido varias las críticas sobre su idoneidad para medir calidad o impacto, que es como frecuentemente se utiliza el indicador." (Pellegrini, 2000: 21)... De la misma manera que el artículo científico no es el único producto de la actividad científica, las citaciones que recibe no son la única medida de su impacto, ni mucho menos de su calidad. Sin embargo, a pesar de sus limitaciones, este indicador tiene amplia aceptación como una medida aproximada del impacto de un artículo determinado en la comunidad científica". (Pellegrini 2000:49)

IV. Relación entre docencia e investigación en salud pública

Hemos dicho que reflexionar sobre los problemas relacionados con la investigación en salud pública es fundamental entre otras razones, porque ello incide en la enseñanza, en la formación y el perfil del personal en salud pública o *salubrista* que se desea. De igual modo ocurre con el binomio docencia-investigación ¿Cuál es la formación investigativa que se imparte en los postgrados? ¿Cómo se enseña el abordaje del objeto de estudio?

La relación entre docencia e investigación es un tema que atraviesa transversalmente la reflexión sobre el sentido de la investigación en salud pública, y es un tema más complejo que este abordaje, pero se quiere llamar la atención de la necesidad de reflexionar sobre esta relación, pues en ella se genera la reproducción de la concepción hegemónica de la práctica científica, es decir, la reproducción de los patrones conductuales, la noción de salud pública dominante y el modelo idealizado de la producción intelectual.

La existencia de los postgrados, históricamente hablando en las universidades e institutos de estudios superiores, está relacionada con la promoción de la actividad científico-técnica; de hecho, una de las razones de la elaboración de los trabajos de tesis como requisito para obtener el grado, tiene que ver con esta dimensión de la *investigación formativa* de un profesional. El número de titulados de especialización, maestría y doctorado es también un indicador que habla del fomento de la investigación.

Sabemos que, los supuestos teórico-epistemológicos del paradigma dominante de la ciencia influyen en las maneras de ver, conocer, pensar e incluso de enseñar el objeto o realidad que se estudia. Cesar Simón Lanz (2003) en un artículo sobre algunas premisas constitutivas de la formación científica en los estudios de postgrado en general, y útil para esta reflexión, nos recuerda que: “El ajuste incondicional a los criterios [del método científico]... hace que docentes y alumnos piensen y actúen de manera instrumental ya que en el proceso formativo prima un interés técnico que produce un pensamiento mutilado, reductor/unidimensional, disyuntivo que no se ocupa de las finalidades y objetivos de la acción, tampoco de los juicios de valor, ideales sociales y políticos implícitos en la actividad”. (Lanz, 2003: 125)

A la concepción positivista experimental de la salud pública le corresponde una concepción utilitaria y tecnicista de la educación. Se llega a decir que, en el modelo formativo tradicional, no sólo se impone una racionalidad instrumental sino que ello se traduce en una forma de dominio político; es decir, el control ejercido a través del método científico. (Lanz, 2005)

Todo lo anterior permite responder a la pregunta sobre cuál es el profesional que se quiere, parafraseando a Edmundo Granda (2000), la formación del salubrista adecuado para la metáfora de la *enfermología pública* se relaciona con una imagen del salubrista *interventor técnico-normativo*; mientras que la *metáfora de la vida* requiere un sujeto *intérprete-mediador* de las maneras cómo los actores individuales y sociales en su cotidianidad construyen sus saberes y desarrollan las acciones.

La reproducción acrítica de la noción de salud pública y del modelo de producción científica se expresa en los pensum de estudios como en la metodología de investigación o método científico que se enseña universalmente en casi todos los postgrados, y con el cual aprendemos a investigar, así como en el perfil del investigador y el salubrista que deseamos formar.

V. Investigación en salud pública y política

Una última referencia a otra de las dimensiones transversales de la investigación en general –y por extensión en salud pública– a la que queremos aludir para culminar esta reflexión, y que está ligada a las anteriores, es la que atraviesa a la sempiterna pretensión y exigencia de la ciencia de ser objetiva y libre de valores, de zafarse de sesgos e intenciones políticas. En párrafos anteriores ya nos lo decía César Lanz, se nos enseña un pensamiento técnico, mutilado, “que no se ocupa de los ideales sociales y políticos implícitos en la actividad.” Nos referimos al sentido y el fin de la investigación, y tiene que ver con la pregunta ¿para qué sirve investigar?

Existen tres respuestas a esta pregunta: a) una primera respuesta, es que investigamos para conocer, para saber más; b) otro punto de vista es que, investigamos para controlar y dominar –objetivo tradicional del conocimiento científico–; c) y otra es que, “investigar también puede servir para mejorar la vida colectiva, liberarnos, transformar la sociedad” (Minep, 2005: 17-18), recordando la tesis de Marx que reza “los filósofos (científicos) no han hecho más que interpretar de diversos modos el mundo, pero de lo que se trata es de transformarlo” (*Tesis sobre Feuerbach*); es decir, no basta con conocer la realidad, es necesario cambiarla.

En esta misma dirección, y en la línea de la epidemiología social, Benach y Muntaner en su texto *Aprender a mirar la salud* señalan que, “conocer ayuda a saber que hacer... La investigación no cambia la realidad pero puede mostrar caminos, sacar a la luz la realidad... Tener buen conocimiento es un requisito necesario para la acción.” (2005:137)

Es a esta vocación transformadora, a lo que llamamos, la necesidad de

reconocer la relación entre política e investigación en salud pública. No se trata sólo de la política (en tanto sistema político) como un determinante de la salud, sino de lo que ha falta de un mejor nombre podemos llamar una investigación comprometida. Reflexionar sobre esto no es accesorio porque, como bien plantean Benach y Muntaner “para ver esa otra realidad necesitamos buena información y mucha reflexión. Y eso cuesta. Informarse, pensar, comprender, no es tarea fácil. Sólo con capacidad crítica, tiempo y esfuerzo se aprende a mirar mejor y entender lo oculto, lo invisible.” (2005: 136)

Desde Virchow se nos recuerda que, la participación política generadora de democracia es la principal fuerza y “medicina” para transformar la situación de salud: “*democracia completa e irrestricta, educación, libertad y prosperidad*” (Rudolf Virchow). La salud es inseparable de la política, argumentan Benach y Muntaner: “Si la salud y la política son inseparables y ésta última significa sobre todo capacidad de conseguir lo que se quiere, es fácil entender como la salud y el poder se hallan indisolublemente unidos. Pero ¿quién tiene el poder? ¿Quién rige hoy en día las principales decisiones políticas en un planeta cada vez más pequeño e interconectado?” se preguntan también estos autores (Benach y Muntaner, 2005:116)

Más y más preguntas se desprenden de esta preocupación que dejamos para otro espacio sobre este asunto. ¿Qué papel y cómo puede la investigación en salud pública contribuir en la construcción de una ciudadanía democrática y participativa, de un nuevo sujeto social? Con certeza existen experiencias y escritos sobre esto, que serán insumos para futuras reflexiones sobre la práctica de la investigación en salud pública. Pero no podemos cerrar, sin antes concluir que, la opción política por una investigación en salud pública supone colocarse en un lugar de espectro de todos los otros puntos que hemos tratado aquí: de la concepción de la ciencia como único saber y verdad absoluta; de la noción de la salud pública o de la *enfermología pública*; del patrón idealizado de la producción científica; del perfil del investigador; en fin, del modelo de sociedad que se desee.

Referencias bibliográficas

1. BENACH, Joan y MUNTANER, Carles (2005): *Aprender a mirar la salud ¿Cómo la desigualdad social daña nuestra salud?*, Maracay: IAESP.
2. CASTELL, Manuel (2006): “El poder de la ciencia” [artículo en línea] Disponible: <http://firgoa.usc.es/drupal/node/28706>, [Consulta: 05 de septiembre de 2006]
3. GÓMEZ, Rubén D. (2002): “La noción de ‘salud pública’: consecuencias de

la polisemia", en: *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, Universidad de Antioquia, 20 (1): 101-116.

4. GRANDA, E. (1999): "Salud Pública: hacia la ampliación de la razón", en: Briceño-León, Roberto (compilador). *Ciencias sociales y salud en América Latina: un balance*. Caracas: Fundación Polar, Laboratorio de Ciencias Sociales: 47-72.

5. GRANDA, E. (2000): "La salud pública y las metáforas para la vida", en: *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, Universidad de Antioquia, 18 (2): 83-100.

6. Granda, E. (2004): "¿A qué llamamos salud colectiva, hoy? en: *Revista Cubana Salud Pública*, Universidad Nacional de Loja, 30(2): s/p

7. LANDER, Edgardo (2006): "La ciencia neoliberal", [artículo en línea] Disponible: en: www.ppi.org.ve/pdf/opiniones/edgardolander.pdf, [Consulta: 08 de agosto de 2006]

8. LANZ, César Simón (2003): "La formación científica en los estudios de postgrado. Algunas premisas constitutivas" en: *Espacio Abierto*, Maracaibo: 12 (1): p.121-136. [artículo en línea] Disponible: http://www.serbi.luz.edu.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-00062003003000005&lng=es&nrm=iso. ISSN 1315-0006. [Consulta: 20 de agosto de 2006]

9. ORTIZ, Zulma (2004): "Investigar y publicar en salud pública en la Argentina". En: *Medicina*, Buenos Aires, 64: 84-86.

10. PELLEGRINI F., Alberto (2000): *Ciencia en Pro de la Salud*, Publicación científica 578, Washington: OPS/OMS.

11. PELLEGRINI F., Alberto; ALMEIDA, Naomar y TROSTLE, James (1996): "La investigación en salud en América Latina y el Caribe" en: *Desafíos futuros para la investigación en Salud en América Latina* [Documento en línea]. Disponible: http://reseau.crdi.ca/es/ev-23055-201-1-DO_TOPIC.html [Consulta: 7 de septiembre de 2006]

12. ROVERE, Mario (2004): "La investigación en el campo de la Salud Pública; extendiendo su uso, diversificando sus perspectivas", en: Borrell, Rosa M. y Rovere, Mario (2004): *La formación de postgrado en salud pública: nuevos desafíos, nuevos caminos*. Buenos Aires: OPS/OMS: 159-188.

13. TESTA, Mario (1997): *Pensar en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

14. ALVAREZ-DARDET, Carlos (s/f): *La salud pública*, Universidad de Alicante, [Documento en línea]. Disponible: www.ua.es/dsp/matdocente/documents/mpysp/promocion/concsposvaldo.pdf

15. OROZCO A., J.M. (2006): *Evaluación de la aplicación de políticas públicas*

de salud en la ciudad de Cartagena [Edición electrónica]. Texto completo en: www.eumed.net/libros/2006c/199/

16. MAYA M., José María (2005): “Conceptos básicos de salud pública”, en: *Fundamentos de Salud Pública*. Tomo I. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas.

17. MARTÍNEZ NAVARRO, F., y otros (1997): *Salud Pública*. México: McGraw-Hill Interamericana.

18. MINISTERIO PARA LA ECONOMÍA POPULAR (2005): *La investigación en la práctica popular*, Caracas: Minep.

Entre la investigación y las políticas públicas¹

1. Introducción

Aquí nos proponemos presentar de manera sucinta y preliminar una vieja y recurrente preocupación en torno a los problemas implicados en la investigación y sus usos por parte de los decisores públicos o, lo que es lo mismo, el uso de los resultados de las investigaciones en la hechura o elaboración de las políticas y la toma de decisiones. La finalidad de esta reflexión, es conocer sobre uno de los retos de la investigación en salud pública y uno de los retos de nuestra institución como organización que produce conocimiento científico en el área, con una función específica de servicio público, sobre todo si estamos hablando de una institución académica de estudios de postgrado adscrita al Ministerio de Salud y no a una universidad, lo que la diferencia en gran medida, por su naturaleza y razón de ser, de otras instituciones pares o similares.

Las preguntas que inspiran la temática tienen que ver con los vínculos o puentes entre la investigación científica y las políticas públicas: ¿cuál es el punto de contacto entre la investigación y la política?, ¿cómo es la interacción entre una y otra?, ¿cómo se produce la transferencia de los resultados de las investigaciones a las políticas públicas? o ¿cómo transferir la información científica o los resultados de la investigación a los decisores?, ¿cómo influye, impacta o repercute la investigación en la hechura o elaboración de las políticas públicas?, ¿cómo la política suscita la investigación?, ¿cuál es la contribución de las investigaciones?, ¿pueden las investigaciones mejorar las decisiones?, ¿cómo aprovechar las investigaciones para mejorar la salud pública? Si existe dificultad en utilizar los resultados de investigaciones en la formulación de políticas ¿por qué existen esas barreras y limitaciones?, ¿cómo es la brecha entre la investigación y las políticas?, ¿cuáles son factores críticos de la interacción entre la investigación y el proceso de las políticas públicas? Inquietudes identificadas en la literatura consultada de la que expondremos algunas ideas resaltadas para esta conferencia.

¹ Conferencia introductoria de las XIII Jornadas Científicas "Dr. Arnoldo Gabaldon" *Los retos de la investigación en salud pública hoy* en el Instituto de Altos Estudios en Salud Pública "Dr. Arnoldo Gabaldon" (IAESP), Maracay, 11 al 14 de diciembre de 2006.

2. La orientación hacia las políticas públicas

En el año 1951, uno de los fundadores y propulsores de las ciencias de políticas, Harold Laswell, escribió un artículo, hoy clásico, donde planteaba la pregunta cómo utilizar los recursos intelectuales con la más sabia economía en la crisis. Decía que para ello “debemos resolver algunas preguntas: ¿Qué temas vale la pena investigar? ¿Qué recursos humanos y materiales deben destinarse a la investigación en las dependencias oficiales y las instituciones privadas? ¿Qué métodos son los que permiten una recolección e interpretación de datos relevante para las políticas? ¿Cómo se puede lograr que los hechos y sus interpretaciones influyan de manera efectiva en el proceso de tomar decisiones? (Laswell, 1951: 79)

Consciente del proceso de atomización del conocimiento, del ritmo de especialización de las ciencias, este autor consideraba que, se iba desarrollando una “orientación hacia las políticas” que atravesaría la fragmentación del conocimiento y permitiría aumentar la racionalidad de las decisiones en el proceso de elaboración de la política (*policy process*). Esta orientación se interesaría, por un lado, en desarrollar la ciencia de la formación y ejecución de las políticas, utilizando los métodos de investigación de las ciencias sociales; y por otro, en mejorar el contenido concreto de la información y de la interpretación disponible para los hacedores de las políticas. Para Laswell las ciencias de políticas incluyen los métodos de investigación del proceso de la política; los resultados de los estudios de las políticas; los descubrimientos de las disciplinas que pueden aportar contribuciones importantes. Planteaba que se debe mejorar la racionalidad del proceso político y que ello depende de técnicas de comunicación entre los investigadores, los consultores, los asesores políticos y los decisores finales. La función de inteligencia depende de su capacidad de anticipar exitosamente la necesidad de una política y esto implica el cultivo de ciertos patrones de conocimiento. (Laswell, 1951)

Este autor formuló hace más de cincuenta años, para justificar la necesidad de una ciencia de políticas, preguntas que hoy nos planteamos con relación a la vinculación entre la investigación y la hechura de las políticas. El tema no es nuevo, sin embargo, a la luz de hoy, la interacción entre los productos y actores de las investigaciones y las decisiones no parece ser fluida y armoniosa, ni tampoco completamente resuelta.

3. La vinculación entre la investigación y las políticas

Las preguntas formuladas por Laswell siguen teniendo vigencia hoy, en especial las que tienen que ver con cuáles son las investigaciones

importantes para determinadas políticas y cómo los resultados o evidencias de estas pueden influir de manera efectiva en el proceso de toma de decisiones. Estas mismas preguntas se las formulan nuestros investigadores una y otra vez cuando se dan cuenta de que los políticos toman decisiones y ejecutan políticas sobre asuntos donde la evidencia de la investigación ha sugerido una solución opuesta a la usual.

Carles Muntaner y Joan Benach en su texto *Aprender a mirar la salud* señalan que, “conocer ayuda a saber que hacer... La investigación no cambia la realidad pero puede mostrar caminos, sacar a la luz la realidad... Tener buen conocimiento es un requisito necesario para la acción.” (2005:137). Si asumimos a las políticas como los lineamientos que orientan la acción para transformar la realidad, y la investigación como la aplicación de un procedimiento y un método para comprender la realidad y la generación de propuestas para su transformación, como lo plantean Feo y Díaz Polanco (2001) en su reflexión sobre “la relación entre investigación-diseño de políticas-toma de decisiones en la reforma del sector salud de Venezuela”, encontramos una simbiosis lógica, racional, necesaria y complementaria.

Aunque la relación de complementariedad entre las investigaciones y las políticas parezca obvia, Rubén Darío Gómez-Arias nos dice que “las políticas y las investigaciones son el producto de procesos diferentes, regidos también por principios teóricos y metodológicos que les son propios y con frecuencia contrarios” (2002:1). La relación entre ambas es más bien un proceso complejo, no existe una sola manera de hacer investigación ni una sola manera de hacer ciencia, y su relación con el proceso de formación de la política es también variada.

Para referirnos a este tema sobre la interacción entre la investigación y las políticas y el grado de influencia de los estudios sobre las políticas, nos basaremos en las revisiones bibliográficas de los textos de Bronfman (et al)² y de Gill Walt³ realizados por Gómez-Arias (2002) y Celia Almeida y Ernesto Báscolo (2006)

Estos estudios sugieren que la clave para comprender la relación entre las políticas y las investigaciones radica en cuatro dimensiones: a) el contenido, b) los actores, c) el proceso, d) el contexto de cada una e implicados en la interacción entre ambas.

- a) El contenido de las investigaciones científicas no siempre es comprensible para los que toman decisiones en el campo de la elaboración de las políticas. Por otra parte, la rigurosidad metodológica de las investigaciones conspira con el proceso de elaboración de la política, pues las primeras requieren tiempo y las segundas demandan respuestas rápidas. El contenido de las investigacio-

² Bronfman, M., A. Langer y J. Trostle. 2000. *De la investigación en salud a la política: La difícil transición*. Mexico: Instituto Nacional de Salud Pública y Editorial El Manual Moderno.

³ Walt, Gill (1994): *Health policy: An introduction to process and power*. London and New Jersey: Witwatersrand University Press. Johannesburg. Zed Books,. Señala Ruben Darío Gómez en un resumen-traducción suyo que “Gill Walt es, con Nancy Milio, tal vez la experta de mayor influencia en el campo del análisis de políticas públicas de salud en el mundo. Egresada de la London School of Economics, dirige desde 1979 el Programa de Política Internacional en la London School of Tropical Medicine. Coeditora del Health Policy and Planning y consultora internacional.”

nes no siempre es prioritario con relación a la agenda pública y la capacidad de las investigaciones para influenciar en las decisiones está relacionada con "la inteligibilidad del informe, la oportunidad de la difusión, la aplicabilidad de las recomendaciones y la convergencia o contradicción entre conclusiones y políticas vigentes." (Gómez, 2002:3)

- b) Depende de los actores involucrados, tanto de los investigadores como de los decisores. Por un lado, los investigadores tienen prejuicios y estereotipos de los hacedores de políticas y de la política misma. Para estos, los políticos no son científicos, son ignorantes y corruptos; no están muy interesados en leer; sus acciones no se apoyan en datos fundamentados y su perspectiva es muy limitada. A su vez, los hacedores de políticas también tienen prejuicios y estereotipos de los investigadores, los cuales son vistos como tecnócratas, preocupados por publicar más que por aplicar sus resultados; sus estudios son lentos, no prioritarios o tienen poca pertinencia social; tienden al "snobismo" profesional y no aprecian los problemas reales.

Según estos autores, en el campo de las políticas de salud los intereses de los investigadores, su grado de organización, su prestigio, los conflictos de intereses, su imagen acerca de los tomadores de decisiones y su relación con estos últimos, influyen sobre el impacto de su producción en las políticas. Los decisores no obtienen su información científica de la revisión de las publicaciones ni de las revisiones sistemáticas ni de los foros, sino del personal y de consultas informales a expertos que consideran de su confianza. Además señala que no existen canales formales que permitan la comunicación entre investigadores y decisores, dificultando aun más esta interacción.

- c) La naturaleza del proceso de elaboración de la investigación y del proceso de la política, las características de los estudios, la definición de las preguntas de investigación, el abordaje del objeto del estudio, los métodos, las características de las investigaciones son determinantes en su influencia. En el caso de los investigadores, "estas características no siempre dependen de los investigadores, cuyas agendas varían de acuerdo con su vinculación institucional, las tendencias corrientes en su campo de conocimiento, las fuentes de financiación disponibles y las mismas políticas vigentes." (Gómez, 2002: 6).

El proceso de la política que va, en términos analíticos, desde "el problema de la definición del problema", pasando por la revisión de las diferentes alternativas de solución y la escogencia de la

mejor, su implementación y luego evaluación, requiere de la concurrencia interdisciplinaria y de diferentes tipos de investigación en cada una de las fases. Sin embargo, los tiempos del proceso de la política, que como dice Lindblom es “la ciencia de salir del paso”, contrastan con los tiempos del proceso de la investigación, y muchas veces, los resultados de la investigación no son técnica ni políticamente aplicables.

- d) Paradójicamente, los investigadores se encuentran condicionados por sus adscripciones a corrientes o paradigmas tanto académicas, como ideológicas y políticas. Esto es, no acatan solo a la racionalidad de la ciencia, sino que realizan su trabajo expuestos también a presiones ajenas al quehacer científico, depende del contexto académico, ideológico y político. “El investigador no es completamente libre ni neutral para elegir sus preguntas ni sus métodos, pues su contexto social, su experiencia personal y las demandas externas, se impondrán de forma consciente o no en sus elecciones y sus análisis” (Gómez 2002: 8). La influencia ideológica sobre la producción científica y en los hacedores de políticas es ilustrativa cuando se privilegian unos valores sobre otros, y a sí mismo cuando el conocimiento es tratado como una mercancía. También es cierto que el financiamiento de las investigaciones por parte de organismos privados puede condicionar los resultados de las investigaciones

4. Modelos explicativos de la relación investigación-políticas públicas

Uno de los trabajos pioneros que estudian la relación entre la investigación y la política, es el muy citado artículo de Weiss⁴ aparecido a finales de la década de los ’70 titulado “los significados del uso de la investigación” en su relación con la política pública donde plantea siete modelos explicativos. Tomadas las referencias de Celia Almeida y Ernesto Báscolo (2006) y Rubén Darío Gómez-Arias (2002) los modelos caracterizados de Weiss son:

- MODELO DE CONOCIMIENTO (*knowledge-driven*): que entiende el proceso de elaboración de políticas como un proceso racional haciendo uso de las investigaciones existentes.
- MODELO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS (*problem-solving*): entiende también la política como un proceso racional en la cual los que elaboran las políticas encargarán las investigaciones pertinentes para la solución de sus problemas.
- MODELO POLÍTICO (*political*): Las investigaciones son usadas como soporte o justificación de las decisiones de políticas

⁴ Weiss, C. (1979): The many meanings of research utilization. En: *Public Administration Review*, 39: 429-431 (citado por: Gómez-Arias 2002; Almeida y Báscolo 2006).

- MODELO TÁCTICO (*tactical*): Las investigaciones son usadas para postergar decisiones mientras se delibera.
- MODELO INTERACTIVO (*interactive*): Los investigadores interactúan de modo variado y complejo con los formadores de la política.
- MODELO DE LA ILUSTRACIÓN (*enlightenment*): Los resultados de la ciencia fluyen por diversos canales de comunicación para ser incorporados en la elaboración de las políticas.
- MODELO DE LA EMPRESA INTELECTUAL (*intellectual enterprise*): "Tanto las investigaciones como las políticas son influidas por otras tendencias intelectuales que se les imponen" (Gómez-Arias, 2002).

En la literatura sobre la utilización de los resultados de la investigación en el proceso de decisión, formulación e implementación de políticas, existen otras aproximaciones explicativas que van desde la visión tradicional del conocimiento científico como algo acumulable y del cual los decisores se surten de acuerdo a sus necesidades, visión aliada de una concepción simple del proceso de formación de la política como un proceso lineal de decisiones racionales; pasando por los estudios que exploran la complejidad de los factores involucrados (actores, procesos, contenidos y contextos) que hacen difícil predecir el "impacto" de tal interacción; hasta estudios que proponen reemplazar la categoría de "uso" de los resultados por una teoría de la "influencia": habilidades personales, poder, ubicación, momentos y "ventanas de oportunidad" influyen en la producción de investigación, en la difusión, en la aplicación y en el impacto sobre las políticas públicas.

5. Disminuir la brecha y superar las barreras

Existe consenso sobre la necesidad de fortalecer el vínculo entre la investigación y la política, pues el proceso de elaboración de la política sería mejor si se apoyara en la investigación, en virtud de la evidencia que apoyaría para la toma de decisiones. Se habla de una brecha entre el mundo académico de los investigadores y el campo de los que toman decisiones en políticas públicas. Esa brecha, ya lo hemos visto, tiene variadas dimensiones que tienen que ver con: cómo los implicados se ven a sí mismos y ven a su contraparte e interaccionan entre sí; el ámbito donde se desarrollan ambas actividades y los procedimientos que unos y otros utilizan y también con un contexto que subyace en ambas prácticas. Es una preocupación constante cómo disminuir esa brecha y cómo superar las limitaciones y barreras entre la investigación y las políticas, es decir, cómo mejorar ese vínculo.

Existen obstáculos identificados en la utilización de los resultados en

la formulación de las políticas relacionadas con las cuatro dimensiones comentadas anteriormente: el contenido, los actores, el proceso y el contexto. La manera de aplicar la terminología (contenido); la percepción de la utilidad de los estudios de cada uno; la falta de formación científica de los decisores o la toma de decisiones sin soportes científicos (actores); las presiones que ejercen grupos de interés sobre los decisores o resultados de investigaciones (contexto), y la falta de medios apropiados de difusión de los resultados de la investigación científica, son algunos de los obstáculos identificados de los textos antes comentados, factores críticos de “comunicación” entre la investigación y la política.

Es un reto de la investigación en salud pública crear mecanismos que faciliten la interacción y comunicación entre la investigación y las políticas. Se han creado instrumentos y estrategias en el campo de la salud como la Biblioteca Virtual en Salud de la OPS, la Colaboración Cochrane, la Colaboración Campbell como instrumentos para la formulación de políticas basadas en evidencias científicas. El movimiento de la medicina basada en la evidencia y la salud pública basada en la evidencia, más inspirados en la difusión y promoción de la investigación experimental y biologicista. Otro mecanismo ha sido el movimiento de acceso abierto (*open access*) que permite acceder vía Internet a artículos publicados en revistas especializadas indizadas en las bases de datos bibliográficas reconocidas. Otra alternativa es la creación de redes de conocimiento, entre investigadores e involucrados e las áreas temáticas que permite la construcción de conocimiento y creación de alianzas y comunidades académicas.

Para culminar, coincidimos en que es necesario romper las barreras entre los investigadores y las políticas. Es necesario conocer tanto los actores como sus intereses, los procesos de la política, los contextos de aplicación del conocimiento, así como el tipo de conocimiento que se produce.

Referencias Bibliográficas

ALMEIDA, Celia y Ernesto BÁSCOLO (2006): “Use of research results in policy decision-making, formulation, and implementation: a review of the literature”, en: *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22.

BENACH, Joan y MUNTANER, Carles (2005): *Aprender a mirar la salud, ¿Cómo la desigualdad social daña nuestra salud?*, Maracay: IAESP.

FEO, Oscar y DÍAZ POLANCO, Jorge (2001): “La relación investigación-diseño de políticas-toma de decisiones en la reforma del sector salud de Venezuela”, ponencia presentada en el foro *La reforma del sector salud en las*

Américas: Fortaleciendo los vínculos entre investigación y políticas, Montreal, 18 al 20 de abril.

GÓMEZ-ARIAS, Rubén Darío (2002): *Políticas de salud ¿Qué investigar?*, (Documento en línea) Disponible en:
www.ua.es/webs/opps/curso_concertado/archivos/investiga_politicas_de_salud.doc

LASWELL, Harold (1951): "La orientación hacia las políticas" en: Aguilar Villanueva, L. F. (1996), *El estudio de las políticas públicas*, México: Miguel Ángel Porrúa, pp. 79-104.

Los retos de la investigación en salud pública hoy**

Situación de la investigación en salud pública

En 1998, la Organización Mundial de la Salud, el Banco Mundial y la Fundación Rockefeller, preocupados por la situación sanitaria mundial y con el apoyo inicial de seis países (Canadá, Suecia, Noruega, Suiza, Irlanda y México) crearon en Ginebra el Fondo Global para la Investigación en Salud como una fundación independiente dirigida a promover la investigación en salud en todo el mundo. La fundación, dirigida actualmente por un Consejo internacional, considera que *si se quiere mejorar la salud mundial se requiere mucha más investigación*,⁽¹⁾ y a este respecto propone generar cambios en los criterios de priorización que hoy se aplican para asignar los recursos en salud, propiciar la destinación de recursos de investigación hacia áreas de la salud que actualmente están descuidadas y fortalecer la investigación en aquellos problemas que más aportan a la carga de la enfermedad y la discapacidad.

La iniciativa de crear el Foro Global fue el resultado de los análisis realizados por los organismos internacionales a fines de los 90 que mostraron un panorama precario en materia de investigación en salud.^(1;2)

Para el año 2000 los fondos destinados a investigar las políticas y los sistemas de salud eran francamente exiguos y representaban menos del 0.02% del gasto en salud.⁽³⁾ El problema no se reducía a una financiación insuficiente pues la asignación de los recursos mostraba serias asimetrías reflejando el interés particular de las agencias que financian las investigaciones. Para esta época, los estudios del Foro Global ponían de manifiesto que de los 73 mil millones de USD invertidos anualmente en la investigación en salud al nivel mundial, por parte de los sectores públicos y privados, el 90% se destinaba a resolver problemas en los países desarrollados y menos del 10% a la investigación de los problemas de salud que representan el 90% de la carga mundial de las enfermedades (medidos en DALYs), principalmente en países en desarrollo.⁽¹⁾ Los trabajos preparatorios de la Comisión en

* MD, MSP, DSP. Profesor Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia (Medellín-Colombia). Secretario Ejecutivo Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud.
rdgomez@guajiros.udea.edu.co;
rubengomez00@hotmail.com

** Los llamados entre paréntesis remiten al número de referencia bibliográfica detallados al final del artículo.

Materia de Investigación en Salud para el Desarrollo pusieron de relieve dicha diferencia, y la denominaron "brecha 10/90".

Esta brecha implica que las enfermedades de alta frecuencia en el mundo, responsables de la mayor carga de la enfermedad y discapacidad, como las infecciones respiratorias, la enfermedad diarreica, las enfermedades cardiovasculares, la salud mental, la tuberculosis, las enfermedades tropicales, las condiciones perinatales y el VIH/SIDA, reciben relativamente poca atención por parte de las investigaciones.

Cuatro enfermedades (Leishmaniasis, malaria, trypanosomiasis y tuberculosis) que representan más del 5% de la carga total de la enfermedad en el mundo, reciben paradójicamente menos del 1% de los fondos destinados a investigación.⁽¹⁾

La brecha 10/90 se acompaña también de otros desbalances. Los estudios promovidos en los últimos años por la OMS y el Foro Global muestran que las prioridades en investigación en salud se formulan tradicionalmente en términos de enfermedades y tecnología biomédica y no sobre los determinantes de la salud.^(1;2) Más del 70% de los recursos destinados a investigación se derivan a estudios en medicamentos y tecnología médica mientras el 30% restante se destina a investigación básica y al soporte y evaluación de políticas sanitarias.⁽¹⁾

En este último campo se observa en los últimos años un aumento en la cantidad y calidad de los estudios sobre las relaciones entre la salud de las poblaciones, las desigualdades en las condiciones de vida y el grado de desarrollo.⁽⁴⁾ El incremento en el número de investigaciones también se ha dado en relación con los sistemas de servicios de salud, que pasaron del 0.27% de las publicaciones indexadas en Medline en 1991 al 0.71% en 2000. Sin embargo esta proporción continúa siendo extremadamente baja y se concentra en los países industrializados expresando una inequidad mayor aún que la brecha 10/90.⁽³⁾ Un estudio que realizamos para la Red en 2003 encontró un aumento brusco de las publicaciones relacionadas con políticas y sistemas de salud, notorio desde el comienzo de los 90 y asociado con el tema de las reformas, que disminuye de nuevo a partir de 2000. El análisis de esta tendencia mostró adicionalmente que los intereses de las revistas y editoriales son muy heterogéneos y pudieran estar reflejando los cambios políticos más que incidiendo en ellos. Mostró también que la producción indexada relacionada con las políticas sanitarias se difunde principalmente en publicaciones de tipo biomédico dirigidas a profesionales clínicos, y predominantemente en lengua inglesa. En las condiciones descritas, puede argumentarse que la información publicada por los científicos difícilmente llega a quienes toman las decisiones.

El aumento en los estudios interesados por las políticas y los sistemas de salud no ha sido homogéneo. Los estudios de la década de los 70 se interesaron especialmente por el problema de las coberturas. A partir de 1978, bajo la influencia de la Declaración de Alma Ata y la importancia que esta conferencia concedía a la investigación, hubo un resurgimiento de las publicaciones interesadas en los sistemas de servicios de salud y su financiación. Desde 1987, y bajo la influencia del Banco Mundial, el interés de las investigaciones se centró en las reformas, la organización de los servicios y su financiación.⁽³⁾ Llama la atención el escaso interés de las publicaciones por los asuntos de equidad, los determinantes de la salud y los derechos sociales en este campo.

La brecha en la gestión social del conocimiento se expande también a la disponibilidad de recursos para la investigación.

Los países industrializados cuentan con casi tres veces más investigadores que los países pobres, hacen más inversión propia en investigación, tienen seis veces más computadoras por institución, están mejor conectados a la WEB⁽¹⁾ y generan un mayor número de publicaciones por año en relación con los sistemas de salud, y aunque los países pobres han aumentado su producción la brecha sigue siendo muy amplia.⁽³⁾

El Foro Global muestra que existe inequidad en el conocimiento que se publica, cuando más del 90% de las publicaciones de investigación en salud provienen de investigadores de países centrales (primer mundo).⁽³⁾

¿Sirven de algo las investigaciones?

La brecha 10/90 y el conjunto de inequidades que la rodean, constituyen por sí mismas una seria preocupación que debería mover a nuestros gobernantes hacia otras formas de conducir la investigación.

Sin embargo el problema no es solo del ámbito político y una pregunta que debemos hacernos desde la academia en relación con la investigación, es hasta dónde podemos confiar en que los estudios y conocimientos que generamos inciden de alguna manera en las decisiones políticas que afectan la salud. En otras palabras, quienes trabajamos desde la academia deberíamos preguntarnos seriamente... ¿sirven para algo nuestras investigaciones?

Los analistas de política aceptan con cautela la capacidad de las investigaciones para influenciar las políticas públicas, por considerar que éstas últimas son el resultado de procesos complejos de interacción política, donde la lógica académica y la evidencia científica sucumben ante la fuerza de los intereses predominantes en la organiza-

ción social,⁽⁵⁻⁷⁾ y que su formulación y aplicación obedecen más a procesos de conflicto y negociación entre grupos con intereses diferentes, que a criterios de tipo técnico o científico.^(8;9)

Adicionalmente, los mismos artífices de políticas pueden serlo sin ser conscientes de ello, ni sentirse obligados a tener en cuenta las investigaciones al momento de tomar sus decisiones.^(10;11) Aquellos analistas que confían en la influencia de la investigación sobre el proceso político, consideran que el valor de los estudios pudiera relacionarse con su capacidad para facilitar y racionalizar la toma de decisiones, y generar cambios socialmente benéficos,^(12;13) y llaman la atención sobre la necesidad de fortalecer la investigación al interior del proceso de gestión de las políticas.⁽¹⁴⁾

Los trabajos de Bronfman⁽¹⁰⁾ han puesto en evidencia que entre la investigación y la toma de decisiones existe otra brecha, compleja y difícil de salvar, e identifican varios aspectos que juegan un papel fundamental como factores críticos de éxito:

Para Bronfman, el tema central de las investigaciones influye de manera importante en su uso potencial, y el interés de los investigadores por aproximar sus preguntas de investigación a las necesidades prioritarias y a la agenda política, contribuyen al aprovechamiento de los estudios. De esta observación se desprende que los investigadores pueden contribuir a mejorar el valor y la importancia de sus estudios en la medida en que se interesen más por los problemas prioritarios para la gente y los adopten como objeto de sus análisis.

Otro factor crítico del éxito de las investigaciones se refiere a los métodos utilizados por los investigadores para realizar y presentar sus estudios. A menudo el lenguaje y las técnicas utilizadas por los académicos para dar cuenta de sus hallazgos son extremadamente complejos para la gente y con frecuencia ininteligibles para los políticos y tomadores de decisiones. Los investigadores investigan más para publicar en revistas extranjeras que para las personas afectadas por los problemas estudiados. A este respecto ya se ha descrito que privilegiar el rigor metodológico, e insistir en separar la investigación del proceso político, son prácticas que pueden bloquear más que contribuir al desarrollo de la investigación en políticas públicas.⁽¹⁵⁾ Lo anterior no implica que se descuide la rigurosidad de los métodos, pues también este también es un factor crítico de éxito para los estudios, máxime cuando en contextos controversiales los intereses contrarios al estudio se encargarán de desacreditarlo; en este caso el argumento técnico debe ser aún más contundente, pues no solo se enfrentará con la contraargumentación de los científicos sino también de los políticos y los medios.

Un último factor crítico que quiero someter a su consideración se refiere a los mutuos estereotipos que existen entre los investigadores y los políticos, un caso que ha sido bien estudiado por Bronfman y su grupo.⁽¹⁰⁾ Los investigadores suelen ver a los políticos como seres esencialmente corruptos, incapaces de comprender los argumentos de la ciencia y por lo mismo seres de segunda; la política, por su parte se asume como una actividad turbia en la que un científico serio no debe involucrarse. Desde su propia frontera, los políticos suelen percibir a los científicos como personas extremadamente rígidas, incapaces de ajustarse al mundo real, que dan respuestas a preguntas que nadie les ha pedido y ofrecen resultados cuando ya el problema se ha resuelto. La ciencia, por su parte, se percibe como un lenguaje incomprensible cada vez más lejano a los problemas reales de la sociedad. En este contexto de distanciamiento y mutua desconfianza es bien difícil que investigadores y tomadores de decisiones llegue a acuerdos socialmente productivos.

Los factores analizados ayudan a comprender por qué debemos tener una actitud realista frente al asunto. Las investigaciones pueden ayudarnos a mejorar las políticas, pero lograrlo no será fácil.

Tendencias mundiales en gestión de la investigación

Antes de examinar los retos y la forma de enfrentarlos, quiero invitarles a revisar algunas tendencias que vienen imponiéndose en el campo de la investigación.

La primera de ellas está bien representada por autores como Gibbons y Schwartzman^(16;17) quienes plantean que en la mayoría de las regiones del mundo la actividad científica ha configurado y fortalecido un modelo tradicional, que ellos denominan *Modelo I de investigación*. A grandes rasgos, este modelo se asume como una actividad eminentemente intelectual e individual desarrollada por científicos que operan desde sus campos disciplinares, firmemente convencidos de que la investigación es por sí misma válida. Los científicos del Modelo I se consideran a sí mismos neutrales y demandan de la sociedad el reconocimiento de dicha neutralidad. Asumen también que su responsabilidad ética se circunscribe a las exigencias del método y que su responsabilidad ante la sociedad termina con la publicación de hallazgos ciertos; lo que ocurra más allá es un proceso político que no es de su incumbencia.

Al examinar las tendencias mundiales Gibbons y Schwartzman concluyen que el modelo I de investigación es insostenible en las condiciones actuales y que es necesario propender por un *Modelo II de investigación*, que ya se observa en algunas empresas de los países indus-

trializados, donde los científicos trabajan articuladamente no desde sus disciplinas de origen sino desde "áreas problema", cuya naturaleza compleja demanda la acción transdisciplinaria. Los científicos del *Modelo II* reorganizan su trabajo alrededor de los intereses de la empresa y la sociedad, y asumen nuevas tareas que van desde la producción teórica hasta la actividad comercial. El cambio de modelo implica también un cambio de valores. Los investigadores del *Modelo II* dan mucha importancia a sus compromisos éticos y ya no se consideran responsables solo de informe técnico sino también de su aplicación, y de las consecuencias sociales y económicas de su actividad científica.

La propuesta de Gibbons y Schwartzman presenta varias coincidencias importantes con una segunda corriente, desarrollada desde los modelos administrativos de la empresa moderna que propone superar la noción tradicional de investigación por la de *Gestión del Conocimiento (Knowledge management)*,⁽¹⁸⁾ entendida como el conjunto de prácticas aplicadas por las empresas para identificar, producir, representar y difundir el conocimiento, con la finalidad de reutilizarlo y garantizar el aprendizaje de la organización. Los programas de la gestión del conocimiento desarrollados desde esta línea están típicamente ligados a los objetivos de la empresa y se piensan para conducir al logro de resultados específicos tales como inteligencia compartida, funcionamiento mejorado, ventaja competitiva, o niveles más altos de la innovación. En el fondo de estos discursos, la gestión del conocimiento está profundamente ligada a la utilidad económica y a la capacidad de la empresa para competir en los mercados.

Una tercera tendencia se observa en la Conferencia Mundial sobre la Ciencia para el Siglo XXI, convocada por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y el Consejo Internacional para la Ciencia (ICSU) y realizada en Budapest en junio de 1999. La Declaración de Budapest sobre Ciencia y uso del saber científico⁽¹⁹⁾ reconoció ampliamente la importancia de la actividad científica y de sus aplicaciones sobre el crecimiento económico y el modelo de desarrollo humano sostenible en el marco de un futuro humano que depende más que nunca de la producción, difusión y utilización equitativa del saber. La Declaración hizo también un especial énfasis en la necesidad de generar una gestión del conocimiento que mitigue la pobreza, y reconoció la necesidad cada vez mayor de conocimientos científicos disponibles para apoyar la adopción de decisiones, ya sea en el sector público o privado, teniendo presente la influencia que la ciencia ha de ejercer en la formulación de políticas de carácter normativo o regulatorio.

Retos y opciones

Reconociendo que los retos de la investigación en el campo de la salud pública son complejos, voy a llamar su atención sobre tres asuntos que en mi opinión revisten especial importancia a corto y mediano plazo.

El paradigma académico

El primero y tal vez más cercano a nuestra actividad cotidiana se refiere a los paradigmas que rigen nuestra vida académica en universidades y centros educativos. Los modelos tradicionales que forman académicos e investigadores, muy sólidos en los métodos científicos pero poco comprometidos con la sociedad y sus problemas, ya no son enfoques sostenibles desde ningún punto de vista. Ni los modelos de mercado ni los modelos políticos preocupados por los derechos sociales van a estar dispuestos a seguir apoyando a científicos que investigan solo para publicar. Es posible que la empresa privada acepte universidades y científicos del Modelo II, y lo hará en la medida en que vea en ello una posibilidad de aumentar sus utilidades. Pero esta opción tampoco va a resolver los problemas mundiales de pobreza e inequidad; y es más difícil aún que lo haga en el campo de la salud pública donde muchos de los riesgos están profundamente ligados a la dinámica del modelo económico. El contacto de los investigadores con su realidad social se revela como uno de los principales retos de las instituciones que promueven la gestión social del conocimiento en salud pública.

Para estar a la altura de las exigencias en salud pública, nuestras investigaciones deberán reconocer la complejidad de los determinantes de la salud, especialmente de los determinantes sociales. Ello implica que hagamos un mayor esfuerzo en el desarrollo de enfoques epistemológicos, teóricos y metodológicos capaces de dar cuenta de las dimensiones cuantitativas y cualitativas del proceso salud enfermedad y de las diferentes condiciones que determinan su curso. Nuestra decisión deberá cruzar también por las diferentes opciones que hoy orientan la comprensión e intervención de la salud pública, varias de ellas contradictorias, y nos exigirá tomar posición frente al debate. Debo insistir, si me lo permiten, en este punto. La solidez del conocimiento no depende solo del método. Implica ante todo una buena fundamentación epistemológica y conceptual que permita a los académicos y gestores del conocimiento dar sentido al dato y trascender las apariencias.

La gestión del conocimiento como proceso político

El reto en los países pobres es más complejo. La brecha 10/90 no es solo la expresión de la inequidad sino también de los mecanismos que la perpetúan. En el mundo globalizado la gestión del conocimiento es

un mecanismo político al servicio de las economías del núcleo. Por esta razón, y por muy doloroso que sea, debemos reconocer que la gestión del conocimiento que requiere nuestra sociedad no se reduce al mejoramiento de un proceso técnico de adaptación al modelo de producción, y que estaremos muy lejos de resolverlo si lo enfrentamos sólo como un problema de ajuste curricular o de aprendizaje de metodologías de investigación.

Para resolver los problemas relacionados con las inequidades en salud tendremos que desarrollar a corto plazo una gestión del conocimiento capaz de poner la mejor información disponible en manos de las comunidades más necesitadas y promover su aplicación. Más allá de la gestión del conocimiento, nosotros requerimos una "gestión social del conocimiento" que ponga el saber al servicio de la gente y haga del razonamiento y la investigación un componente esencial de las decisiones políticas.

Para quienes trabajamos en el ámbito académico, promover una gestión social del conocimiento implica trabajar arduamente en tres niveles.

Reformas técnicas

Transformar la investigación tipo I en modelos de gestión del saber socialmente más productivos exige efectuar reformas de tipo técnico, como la modificación de nuestros planes curriculares, con el propósito de fortalecer la capacidad de nuestros profesores y estudiantes para generar, procesar, aplicar y difundir información de óptima calidad al mejor nivel de los estándares internacionales. Las reformas técnicas implican hacer esfuerzos cada vez más intensos para que todos nuestros estudiantes tengan acceso a las telecomunicaciones y el Internet desde sus primeros años. Implican también integrar la docencia, la investigación y la extensión con el fin de que las actividades académicas de profesores y estudiantes ocurran dentro y para las comunidades. Las reformas de tipo técnico comprenden la promoción de un trabajo en equipo guiado por principios de solidaridad, cooperación y transdisciplinariedad más que por la competencia, la elitización y la sectorialidad. El cambio en el modelo nos exige también ajustar el perfil de los investigadores. Ante los retos de la salud pública y sus determinantes difícilmente podemos sostener la figura del investigador especialista que trabaja aisladamente en su despacho o su laboratorio. Los nuevos investigadores tendrán que responder a mayores exigencias. Deberán ampliar su repertorio de métodos cuantitativos y cualitativos y ser capaces de desempeñarse en equipos transdisciplinarios. Igualmente deberán desarrollar su capacidad gerencial para administrar el conocimiento como una empresa de interés social. Finalmente,

responder a nuestras necesidades en salud nos va a exigir el desarrollo de agendas que definan las prioridades y orienten tanto la asignación de los recursos como la distribución de responsabilidades.

Es evidente que estos ajustes pueden representar un gran esfuerzo para la academia... Pero quizá la mayor dificultad de nuestros centros educativos no radique en los aspectos técnicos sino en la tarea de concertar los principios éticos de una nueva cultura del conocimiento y los compromisos de los académicos frente al poder y las necesidades de las comunidades.

Reformas en la relación ciencia-política

Un segundo reto se refiere romper las barreras entre la academia y el poder político. Un asunto más difícil y espinoso donde debemos prever callejones sin salida. Una opción, en mi concepto equivocada, puede consistir en promover la adhesión acrítica de los académicos a los sistemas políticos. Formar investigadores *políticamente correctos* no es ningún avance. De hecho ha sido una práctica muy extendida en el mundo y la modalidad de los científicos neutrales es una de sus manifestaciones. La libertad de pensamiento y la capacidad para interpretar y criticar la realidad social son propiedades de la academia que deberíamos defender a toda costa.

Romper la brecha entre investigadores y tomadores de decisiones implica hablar lenguajes comunes donde los estudios adquieran un significado social para los involucrados. Más que insistir en que los tomadores de decisiones se ajusten a nuestros rituales metodológicos como si se tratara de un proceso de colonización científica de la sociedad, podríamos promover la generación de espacios de interacción donde investigadores, comunidades y tomadores de decisiones podamos compartir información de doble vía y donde la academia pueda contribuir a aclarar la dinámica de los problemas y proponer las mejores alternativas de intervención.

El saber como factor de empoderamiento de las comunidades

El último punto se refiere a la apropiación del conocimiento por las comunidades y especialmente por aquellas que están más afectadas por la inequidad. La novedad de la gestión social del conocimiento no radica en los métodos para obtener y procesar el dato sino en su capacidad para incorporarse a la cotidianidad de la gente como un recurso que las personas puedan controlar y utilizar de manera consciente para su propio beneficio. Este nivel de trabajo implica generar y mantener espacios de interacción entre los centros académicos, los investigadores y las organizaciones comunitarias donde la gente tenga acceso adecuado a la información y mejore sus competencias para valorar y

aplicar el conocimiento. A este respecto emergen de nuevo las formas de interacción social como el espacio más apropiado para superar las brechas: opciones como las redes de investigación, los observatorios y la conformación de grupos de interés se perfilan a su vez como estrategias especialmente valiosas que han mostrado su utilidad en varios frentes.

Conclusión

En un mundo donde la globalización ha profundizado pobreza, inequidades y exclusiones, pero donde la misma globalización constituye una oportunidad nunca antes vista de compartir esfuerzos y solidaridades, la gestión del conocimiento se revela como un factor esencial del desarrollo humano. Pero no cualquier modelo de gestión, sino una gestión social del conocimiento que contribuya al mejorar el grado de poder de los grupos humanos para comprenderse a sí mismos y para dirigir sus destinos con autonomía y responsabilidad. En el fondo, el problema del conocimiento es el problema del poder... No es entonces un asunto que se resuelva solo desde la técnica ni exclusivamente para alimentar el modelo de producción vigente. Es un asunto que toca con los valores éticos y los compromisos políticos de los diferentes actores sociales y muy especialmente de los académicos y los investigadores a quienes la sociedad ha confiado la delicada misión de salvaguardar este recurso.

Referencias

- (1) *The 10/90 Report on health research*. Geneva: World Health Organization; 1999.
- (2) World Health Organization. *Investing in health and development. Report of the ad hoc committee on health research relating to future intervention options*. 1996. Geneva.
- (3) Alliance for Health Policy and Systems Research. *Strengthening health systems: the role and promise of policy and systems research*. 2004. Geneva, Global Forum for Health Research.
- (4) OPS. *Ciencia en Pro de la Salud. Notas para la actividad científica para el desarrollo de la salud en América Latina y el Caribe*. Organización Panamericana de la Salud; 2000.
- (5) WEBER M. *El político y el científico*. 8 ed. Madrid: 1994.
- (6) HOBBS T. *Leviatan*. 2ª ed. Madrid: 1979.
- (7) SEGURA A. "La influencia de la investigación en las políticas de salud y en la práctica sanitaria". *Rev. Esp. Salud Pública* 2000; 74(Monográfico).

- (8) WALT G. *Health policy: An introduction to process and power*. Johannesburg: Witwatersrand University Press; 1994.
- (9) STONE D, MAXWELL S, KEATING M. *Bridging Research and Policy. An International Workshop*. 16-7-2002. UK, Department for International Development Warwick University.
- (10) BRONFMAN M. De la investigación en salud a la política: la difícil traducción. Instituto Nacional de Salud Pública, editor. 2003. México D.F, Manual Moderno.
- (11) WEISS C. "The many meanings of research utilization". *Public Admin review* 1979; 39:426-431.
- (12) MILIO N. "La contribución de la investigación". En: Ciudades Sanas: la Nueva Salud Pública y la investigación que necesitamos. 3, 155-167. 1993. Revisión en salud Pública.
- (13) FOX D. "Health policy and the politics of research in the United States". *J Health Polit Policy Law* 1990; 15(3):481-499.
- (14) KLARMAN H. "Observations on health services research and health policy analysis". *Milbank Mem Fund Q Health Soc* 1980; 58(2):201-216.
- (15) Withelaw A, Williams J. "Relating health education research to health policy". *Health Educ Res* 1994; 9(4):519-526.
- (16) Gibbons M, Limoges C, Nowotny H, Schwartzman S, Scott P, Trow M. *The new production of knowledge: the dynamics of science and research in contemporary societies*. 1994. London, Thousand Oaks, Calif.: SAGE Publications.
- (17) *Nuevas formas de compromiso de la ciencia con la sociedad*. Puebla. Mexico: 2003.
- (18) SENGE P. *The fifth discipline: The art & practice of the learning organization*. New York: 1990.
- (19) *Conferencia Mundial sobre la Ciencia para el Siglo XXI: Un nuevo compromiso. Declaración de Budapest*. Declaración sobre la Ciencia y el uso del saber científico. <http://www.campus-oei.org/salactsi/budapestdec.htm> [1999 Accedido Nov 1 de 2005]

Retos de la investigación en salud pública hoy

Nuestro país hoy hace denodados esfuerzos para emerger de la condición de desigualdad socioeconómica que ha transitado a lo largo del siglo XX, especialmente en cuanto a educación y salud pública concierne, tras enredarse en un nudo gordiano o círculo vicioso donde no es posible una superación sin saber a cabalidad el qué hacer, por la carencia de concepciones políticas que respondan a las necesidades de su población mayoritaria, periférica y marginada de los centros de poder.

Problemas como los de educación y de salud solamente pueden ser abordados y resueltos con el desarrollo y aplicación de ciencia y tecnología con compromiso social.

Se trata de problemas que solamente pueden ser resueltos primero con voluntad política, y segundo mediante investigación científica y tecnológica social, a través de la formación de recursos humanos para el desarrollo de innovación, de su concepción, planeamiento, gerencia y evaluación. Siempre, repetimos, con compromiso con la mayoría poblacional desposeída.

El planteamiento del principal problema de salud pública de la actualidad fue definido claramente por el recientemente fallecido Doctor Gilberto Rodríguez Ochoa en un breve y conciso ensayo: la salud en Venezuela se habría convertido en mercancía, en actividad comercial privatizada y reducida solamente, para quienes detentan poder económico. A la par, una inmensa mayoría desasistida, esperaría del Estado, programas incompletos de saneamiento como dádivas para paliar situaciones de crisis.

Excepción a esta generalizada situación, fue el control, por ejemplo, de la endemividad malárica que impedía la extracción y manejo de recursos materiales estratégicos, como la explotación de yacimientos de petróleo y hierro, indispensables, como fueron para los países hegemónicos que han dirimido la supremacía mundial. Es importante señalar, llegados a este punto que debemos advertir que la nación

* PhD. Parasitólogo, C.I. 89328.

venezolana pudo disponer para entonces de inteligencia, capacidad, diligencia y recursos humanos para acometer tan importante empresa. La gesta emprendida a partir de 1940 por el Doctor Arnoldo Gabaldón, desde este mismo enclave que hoy nos convoca, fue sin duda el programa social más trascendental realizado en el país. Sus logros, extendidos a toda la población rural en la segunda mitad del siglo pasado, permitió la elevación de la tasa de sobrevivencia del venezolano, disminuyó la mortalidad rural e hizo posible un incremento demográfico que pudo haber sido pivote para el desarrollo nacional en este siglo. Lamentablemente durante esa excepcional campaña, la mayoría de la población beneficiaria fungió beneficiada sin activa participación. No obstante, los beneficios económicos de la explotación petrolera comenzaron a sentirse en la población de los propios campos y sus inmediaciones, se extendieron al resto del país en la medida en que aumentó el circulante monetario y el país se convirtió en consumista, a la vez que desarrolló una clase media voraz cultivada en las universidades nacionales.

Es preciso reconocer que el ejército llamado "Malariología", amenazado de extinción tras concretar la erradicación de la malaria y la enfermedad de Chagas en los llanos y pie de monte de los sistemas cordilleranos nacionales, acometió bajo la égida de su Estado Mayor un programa de saneamiento rural que lamentablemente no fue aprovechado para el desarrollo de fuerzas productivas agrícolas y pecuarias. Autopistas y obras sanitarias, con el extenso abastecimiento de energía eléctrica, terminaron por forjar el cuadro demográfico y económico de la actualidad.

La expresión demográfica de ese modo de crecimiento puede formularse como incremento poblacional desde 3,3 millones de habitantes en 1930 hasta 24 millones en 2000, y la reducción progresiva del porcentaje desde 77,3 hasta 14,2 en la población rural, con la consecuente aglomeración de habitantes circundando las principales ciudades, muchas de ellas en estrechos y limitados valles, sin posibilidad de facilitar el ejercicio de su única destreza para supervivencia... sembrar en conucos!

Este dramático desbalance ha dado origen a nuevos factores que condicionan la epidemiología de trastornos o enfermedades que ya no son de individuos sino de colectividades: patologías sociales. Patologías que se van expresando cada vez más, con mayor crudeza: desnutrición, desempleo, hacinamiento, violencia, etc.

El fenómeno no es exclusivamente nuestro, es el devenir de los países llamados subdesarrollados o más eufemísticamente, "en vías de desarrollo"... en pos de un afán consumista que ya hace crisis en la nación que lo propugna con su modo de producción capitalista, depredador

del medio ambiente, contaminador y fundamentalmente atentatorio de los recursos hídricos y destructor de la ecología. No es un juego. Es una nueva epidemiología que pudiera definirse como epidemiología de transición.

Todo esto es un recuento necesario para valorar las acciones que actualmente se proponen desde el Ministerio de Salud.

La epidemiología de transición está condicionada por mayor hacinamiento demográfico y menor capacidad de respuesta en ambientes y paisajes con crisis de agua potable, de deposición de excretas y acumulación de desechos sólidos. Expresiones de extremada pobreza higiénica y social.

Comenzamos a trajinar en nuevos horizontes. El concepto de salud pública, hoy, se abre hacia nuevos paradigmas para el cambio de la atención individual por la atención colectiva. Tore Godal, ex-Director de la Organización Mundial de la Salud, planteó recientemente la oportunidad y necesidad de “inmunización contra la pobreza”, destacando la importancia contemporánea de acelerar los proyectos de investigación y desarrollo de vacunas y programas de vacunación, mejorando sus servicios, expandiendo los que actualmente existen con la producción de vacunas seguras, efectivas y de bajo costo. Esta necesidad no puede ni debe ser cubierta por donaciones al estilo de Bill y Melinda Gates, sino como tarea esencial del Estado (Tore Godal, *Trop. Med. & Intern. Hlth.*, 5:160-166, 2000).

Al lado de este esfuerzo de bioética médica individual, es preciso concienciar que la problemática de salud pública contemporánea no es un problema de sanitarismo tradicional sino debe contemplar otras áreas de conocimientos, particularmente en ciencias sociales, pensando en instaurar nuevas relaciones y prácticas en el campo de la salud a través de políticas de policía sanitaria, comunicación social, educación continua, productores culturales, entre otras. (Palm, J. & del Almeida, N., *Rev. Saude Publica*, 32: 299-316, 1998).

El concepto de epidemiología de transición debe ser elaborado. Hasta el presente, la concepción de la salud ha sido esencialmente biomédica y restringida a trastornos o alteraciones producidos por “agentes patógenos”, virus, bacterias, protozoos y helmintos, todo bajo la concepción de Louis Pasteur y Roberto Koch complementada por Paul Ehrlich y Simon Flexner, que condujeron a la formulación del concepto de Epidemiología por Theobald Smith, en la época en que A. Gabaldón inició su gesta sanitaria.

Pero en países con más reciente evolución, de los llamados “en desarrollo”, la concepción de la salud involucra conocimientos y actitudes

de mayor relevancia y actualidad. Nuestra aproximación, en el trajín epidemiológico, se vincula a la concepción de otro inminente trujillano recientemente desaparecido, al Dr. Hernán Méndez Castellano, iniciador y propulsor del "Proyecto Venezuela". Desde FUNDACREDESA que echando mano del método de análisis social Graffar-Méndez Castellano, "sociedad sana", toma de Erich Fromm, una precisión calificadora: "una sociedad sana desarrolla la capacidad del hombre para amar a sus prójimos, para trabajar creadoramente, para desarrollar su razón y objetividad, para tener un sentimiento de sí mismo basado en el de sus propias capacidades productivas... "una sociedad insana es aquella que crea hostilidad mutua y celos, que convierte al hombre en un instrumento de uso y explotación para otros, que lo priva de un sentimiento de sí mismo, salvo en la medida en que se somete a otros o se convierte en un autómatas". Son definiciones que nos conciernen para el análisis de eso que pretendemos como INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA HOY. Y sin temor a que nos consideren "neocastristas", no vacilamos en sugerir la lectura de ensayo "El Partido Único de la Revolución" del Profesor Juan Carlos Monedero, de la Universidad Complutense Madrileña, aparecido en la última entrega de *Question* (Nº 48, Octubre, 2006).

Estamos obligados a analizar nuestros errores para revitalizar la jornada del Libertador de la Demografía, como acertadamente califica a Gabaldón un colega de la Universidad de Yacambú. Buscamos caminos para devolver o fomentar la salud en el cuerpo social.

Sabemos diagnosticar y tratar enfermedades de los individuos. Richard Guerrant, desde la Escuela de Medicina de la Universidad de Virginia (Amer. J. Trop. Med. & Hyg., 59: 3-16, 1998), nos alerta sobre los retos en Medicina Tropical que enfrenta la metrópolis mundial, pero no menciona los terribles males que afligen a nuestra sociedad. Los que señala Forattini, desde la superpoblada Sao Paulo (Rev. Saude Publica, 34: 211-213, 2000). Le transcribo "a lo largo del siglo XX se dio mayor valor a los determinantes biomédicos. Descuidase atender la influencia de fenómenos sociales y sus variantes como las administrativas, educacionales, económicas, políticas y otras. Ellas deberían acarrear alteraciones substanciales en los cuadros epidemiológicos en los cuales se basa la salud pública. Sus dimensiones éticas deberán merecer mayor atención porque no se trata de individuos sino cuerpos sociales corporativos". Eloi García, desde la Fundación Oswaldo Cruz (Mem. Inst. O. Cruz, 95, Suppl. 1:5-7, 2000), pone énfasis en el imperativo ético: "nosotros, científicos y tecnólogos somos responsables de nuestro país. Debemos luchar por el mantenimiento y mejoramiento de nuestras instituciones científicas y tecnológicas para que garanticen la satisfacción de las demandas, especialmente las del pueblo más necesitado".

Para satisfacer esas necesidades en salud pública en la actualidad se dan acciones de extraordinaria importancia. La Asamblea Nacional con fecha de 06 de Abril de este año en curso, promulga la Ley de los Consejos Comunales (Gaceta Oficial N° 5806, Extraordinaria, 10 de Abril de 2006) como instancias de participación, articulación e integración entre las diversas organizaciones comunitarias, grupos sociales y ciudadanos... organizados para ejercer directamente la gestión de las políticas públicas y proyectos orientados a responder a las necesidades y aspiraciones de las comunidades en la construcción de una sociedad de equidad y justicia social... a través de corresponsabilidad, cooperación, solidaridad, transparencia, rendición de cuentas, honestidad, eficacia, eficiencia, responsabilidad social, control social, equidad, justicia e igualdad social y de género. Prevé la estructuración de comités de trabajo tales como comités de salud, de alimentación, mesas técnicas de agua, vivienda, hábitat e infraestructura y define como comunidad, las agrupaciones entre 200 y 400 familias en el área urbana y a partir de 20 familias en el área rural.

En adición a los Consejos Comunales se promueve y adelanta el programa Barrio Adentro para atención primaria de salud integral y también la ejecución de Misiones para el desarrollo educacional y cultural. Esto es, se han echado las bases para la ejecución de programas de desarrollo en salud.

Cuando nos inmiscuimos en la necesidad de promover la investigación en salud hoy, consideramos que existen bases legales para su fomento, pero percibimos las dificultades para introducir novedades dentro del estilo y conformismo de lo viejo. La investigación es intuición y lógica, pero debe romper con los viejos esquemas del populismo para fomentar la participación y generar los líderes del proceso de transformación.

Tenemos la vivencia de algún Ambulatorio Rural: presentes la médica de Barrio Adentro, la enfermera y la Presidenta del Comité de Salud... solitarios, diligentes pero... los problemas de higiene, educación sanitaria y de salud, están fuera, fuera de las paredes del ambulatorio. Al lado del Consejo Comunal, burocráticamente estructurado, pareciera que faltase algo. Lo nuevo convive con lo viejo que persiste.

No hay fórmulas, ni manuales para definir lo que es la investigación de la salud pública de hoy. Desde Trujillo, desde la entidad federal con mayor mortalidad infantil, con alta mortalidad materna, con desnutrición demostrada por FUNDACREDESA (40% de los niños menores de cuatro años, de los estratos sociales IV y V que forman el 82% de la población, exhiben desnutrición acentuada por debajo de la norma de los estratos I + II + III).

Se nos ocurre proponer un ensayo de estudio comunitario. La ejecución de este proyecto podría medir la fortaleza prospectiva de un Consejo Comunal, la capacidad de agresión sanitaria de una médica convertida en sanitarista, la receptividad doméstica y sobre todo la posibilidad para integrar o consolidar un Comité de Salud. Al lado de este proyecto que padeció un cuadro de parálisis desde el instante mismo de su consideración por el poder médico tradicional, quedan otros tres o cuatro que atañen a la salud comunitaria. Tal vez puedan merecer lectura para no decir estudio y promover la crítica de todos nosotros, participantes, ojalá.

Apuntes sobre los retos de la investigación en salud pública hoy en Venezuela

Contexto

El debate sobre la salud pública en Venezuela no está desarticulado de un contexto global caracterizado por una profunda crisis social y ambiental que afecta el cotidiano de nuestras vidas.

Al contrario de lo esperado, como promesa de la modernidad, hoy tenemos un mundo con más pobreza, cada vez mayor concentración de riqueza, incremento de la violencia de toda naturaleza, mayor contaminación y deterioro ambiental que amenazan en corto plazo la capacidad misma de reproducción social.

Todos estos problemas, que de una manera o de otra afectan a todos los seres humanos en el planeta, tienen como telón de fondo la globalización de un sistema económico que los reproduce y profundiza. El crecimiento económico de los países de América Latina en los últimos 20 años no ha resuelto el problema de la pobreza, pero sí ha profundizado la diferencia entre ricos y pobres con todas las consecuencias sociales, económicas y culturales reflejadas en los indicadores de desarrollo humano.

La existencia de gran cantidad de recursos en pocas manos al lado de un aumento constante de la pobreza genera, como dice Boaventura de Sousa Santos (Santos, 2000) tal indignación que nos obliga a “interrogar críticamente sobre la naturaleza y calidad moral de la sociedad y a buscar alternativas teóricamente fundadas para las respuestas que demos a tales interrogantes.”

En este panorama nuestros marcos conceptuales, nuestras referencias afectivas, nuestras bases epistemológicas resultan limitadas o insuficientes. Tenemos la necesidad y la obligación de replantearnos aquellas bases referenciales de forma que podamos elaborar sustentos teóricamente aceptables que desnaturalicen el profético fin de la historia en el capitalismo globalizado. Y nos permitan abrir caminos que, cuestionando los cimientos de esta perspectiva hegemónica, nos lleven a la de construcción real y posible de alternativas de sociedad.

* Representante de la Organización Panamericana de Salud (OPS) en Venezuela.

Los profundos cambios que vive hoy la sociedad venezolana, intentan ser la búsqueda de respuesta a esta crisis. De manera que el contexto del socialismo del siglo XXI y del proceso bolivariano se convierten en un marco privilegiado para esa búsqueda y construcción de referenciales diferentes.

**Concepto de salud:
la necesidad de insistir en un abordaje integral**

El continente latinoamericano ha sido particularmente fértil en su producción teórico-conceptual sobre los aspectos de salud y enfermedad de la población.¹ No es motivo de esta exposición ni puede agotarse tan simplemente el abordaje de este enorme aporte hecho a la salud pública por los grupos y movimientos sociales vinculados a las luchas por el derecho a la salud en todo nuestro continente, cuyo articulador más significativo ha sido la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES). Pero es necesario mencionarlo porque, sin duda, toda esta valiosa producción latinoamericana cobra particular importancia en la actualidad como referencial para el debate y la implementación de la política de salud en el contexto venezolano.

Esta producción aportó desde un inicio el cuestionamiento a una perspectiva biomédica del proceso salud-enfermedad que como dice Madel Luz (Luz M., 1988) "tiende a reducir al ser humano a un conjunto de órganos, fluidos, tejidos, moléculas, y, más recientemente, de genes, conjunto objetivable por la investigación científica más intangible en cuanto totalidad que sufre, desea, siente y actúa como unidad individual, esto es en cuanto sujeto".

De hecho, con la influencia definitiva de Descartes y Newton, y la consolidación de la verdad científica como pilar de la cultura occidental, se produce la ruptura de la perspectiva integral de la salud articulada a las condiciones de vida. Este paradigma Cartesiano-Newtoniano orientó el enorme desarrollo tecnológico de los últimos tiempos y ha sido totalmente funcional al desarrollo del capitalismo globalizado constituyéndose en el llamado "complejo médico industrial cuya producción de bienes y servicios es uno de los mayores conglomerados de actividad económica en todos los Estados modernos" (Evans, 1996.) En la práctica, esta perspectiva sigue siendo determinante a la hora de la definición e implantación de las políticas de salud.

Por otro lado, el gran aporte de ALAMES ha sido discutir el proceso de salud-enfermedad como un fenómeno socialmente determinado, no solamente en el sentido de que los procesos sociales dan origen a una determinada constelación de riesgos que se expresan en un determinado perfil de mortalidad, sino con su carácter social en sí mismo. (Rodríguez, 1994)

¹ Referirse a la gran cantidad de publicaciones de ALAMES a lo largo de los últimos 20 años.

Curiosamente, en los últimos tiempos este debate ha vuelto al escenario internacional con el trabajo de la comisión de la OMS sobre determinantes sociales de la salud.²

De cualquier manera, considero pertinente insistir en la necesidad de recuperación de este acumulo, no solamente teórico-conceptual, sino también práctico³, en el contexto de la construcción de la salud pública bolivariana y del sistema público nacional de salud de Venezuela.

Algunas premisas para el debate de la investigación en salud pública en Venezuela

Las propuestas estratégicas para el desarrollo de la ciencia y la tecnología del gobierno bolivariano permiten entender un modelo integrado de desarrollo basado en las comunidades, su territorio y sus condiciones concretas, así como en la profundización de procesos de participación social que se expresan como “La explosión del poder comunal: el quinto motor de la revolución” y que implican “Alcanzar la justicia social y profundizar la democracia social, fortaleciendo el sentido de lo público... anteponer el interés colectivo por sobre los intereses individuales, a través del ejercicio del principio de corresponsabilidad entre el Estado y la sociedad como legítimo y efectivo poder ciudadano de participación y protagonismo... incorporación de nuevos actores para formulación, evaluación, y rendición de cuentas de las políticas públicas” (Ministerio de Ciencia Y Tecnología)⁴

En el marco de esta política de ciencia y tecnología, me permito sugerir algunos elementos para el debate desde la salud pública. Para ello, asumo la perspectiva de lo que Boaventura llama la teoría crítica del posmodernismo de oposición (Santos, 2003)

Yo plantearía la hipótesis, entonces, de que para un desarrollo de la salud pública en el marco del proceso bolivariano de Venezuela se hace necesario:

1. Identificar otras formas de conocimiento que han resultado marginadas, suprimidas y desacreditadas por la ciencia moderna.

Esta premisa parte de la constatación de que la racionalidad científica es totalitaria, niega el carácter racional a todas las formas de conocimiento que no se pautan por sus principios epistemológicos y por sus reglas metodológicas.

El desarrollo moderno silencio otras formas de conocimiento sobre la salud y la enfermedad. “La destrucción de esos conocimientos produjo silencios que tornaron impronunciables las necesidades y aspiraciones de los pueblos y grupos sociales cuyas formas de saber fueron objeto de destrucción” (Santos, 2000). Un ejemplo de esto son todos

² Revisar la producción de la comisión de determinantes sociales de la salud: http://www.who.int/social_determinants/en/

³ El ejemplo mas significativo es el producido por movimiento sanitarista brasileño, que fue capaz de defender su reforma sanitaria, reflejada en el Sistema Unico de Salud (SUS) de Brasil.

⁴ Ver <http://www.mct.gob.ve/publico/home/home.php>

los conocimientos tradicionales de salud de nuestros pueblos que, a pesar de la persecución y desvalorización permanente durante más de 500 años, hasta hoy se mantienen.

Hoy día vivimos en un escenario multicultural, que hace necesario el paso del "universo" al "multiverso" como diría Maturana (Maturana, 2001), es un escenario que constantemente apela a una hermenéutica de la sospecha frente a totalidades o universalismos que se presumen a si mismos como tales (Santos, 2003).

En el caso de la salud, es el salto de esa perspectiva objeto biomédico a sujeto. En el conocimiento posmoderno conocer es reconocer al otro como sujeto, es elevar al otro del status de objeto al status de sujeto. Es una "...forma de conocimiento en el que conocer es reconocer y progresar en el sentido de elevar al otro de la condición de objeto a la condición de sujeto... el conocimiento solidario nos torna capaces de reciprocidad a través de la construcción y del reconocimiento de la intersubjetividad" (Santos, 2000).

Esto en salud tiene repercusiones claras a la hora de la investigación y de la intervención porque como dice Ayres: "...parece claro que la búsqueda de respuesta social (a la salud) coloca en el centro de la arena de las prácticas preventivas no más al sujeto técnico, con su saber y recursos especializados, mas si aquellos capaces de aprender mejor a lidiar con los obstáculos a su salud, los propios sujetos sociales afectados." (Ayres, 2003)

Esto implica en la perspectiva de la salud pública lo que yo llamaría un salto epistemológico en el entendimiento de la participación en salud. Se trata de una construcción colectiva del conocimiento entre la población y el personal de salud, sea este de los servicios de punta o de la academia.

2. Reconocer que no existe una forma única de dominación y que los rostros de la dominación y la opresión son múltiples

En la medida en que se reconoce que el otro puede ser conocido solo si se lo acepta como productor de conocimiento, no se puede aceptar la imposición de la razón de una clase, de una raza, de un género. Hay necesidad de desarrollar lo que Boaventura llama una sociología de las ausencias que permita identificar los silencios y necesidades impronunciados y que permite el entendimiento del manejo del poder en los diferentes espacios de lo cotidiano como manifestaciones de lo hegemónico y lo contrahegemónico, que permita entender las jerarquías y los espacios creados por las jerarquías (Santos, 2003). Para ello, podríamos utilizar la propuesta de los seis espacios estructurales

de producción de poder en una sociedad capitalista (Santos, 2000): el espacio doméstico, el de la producción, el del mercado, el de la comunidad, el de la ciudadanía y el espacio mundial.

En estos diversos espacios, entonces, se expresan múltiples rostros de dominación, que a su vez tienen como contrapartida múltiples formas de resistencia. Y son estas formas de resistencia las que tienen mayor potencial para generar esas relaciones emancipatorias. Por tanto, en un proceso de liberación estas formas de resistencia deben ser apoyadas para dejar de ser formas de resistencia y pasar a ser formas de realización (Santos, 2003).

Y en esta realización se desarrolla el potencial emancipatorio que se expresa en otras formas de relación con la naturaleza, formas de solidaridad y convivencia, es decir, la realización de aquellos valores que estimula la propuesta bolivariana. Se pueden encontrar también en esas formas de resistencia, potenciales propuestas productivas que apuntan al desarrollo endógeno y sustentable.

De manera que el desafío del proceso bolivariano, más que el desarrollo de una teoría común, lo que requiere es “una teoría de la traducción capaz de hacer mutuamente inteligibles las diferentes luchas, permitiendo de esta manera que los actores colectivos se expresen sobre las opresiones a las que hacen resistencia y las aspiraciones que les movilizan” (Santos, 2003).

Igualmente, este reconocimiento va a tener claras repercusiones en la salud pública a la hora de abordar el aspecto de la participación de la población y del “poder popular”. Pues va a exigir el análisis de cuánto y como las manifestaciones organizativas como comités de salud, consejos comunales realmente generan condiciones para la realización del potencial emancipatorio de las comunidades y rompen las estructuras de poder en los diferentes espacios estructurales de la sociedad capitalista.

En esta perspectiva preguntas como: hasta dónde los comités de salud no reproducen las estructuras de dominación en el nivel comunitario, hasta dónde la dinámica de los consejos comunales no desestructura iniciativas propias de las comunidades para someterlas a una dinámica controlada desde el Estado, son legítimas y necesarias de hacerlas.

3. Tener claro que la industrialización no es la partera del desarrollo

Boaventura insiste en que ante la crisis de la modernidad la búsqueda no debería ser de un desarrollo alternativo, sino de alternativas al desarrollo, porque es la concepción misma de desarrollo lo que hay que cambiar o en otras palabras, de lo que hay que emanciparse. Como lo señala Amin “no hay nada más fácil que poner a la gente a pensar que

el aumento en la eficiencia productiva implica necesariamente avance en el orden social, mayor libertad, y un mayor nivel de humanitarismo en general, no solamente en términos materiales” y pregunta luego, “...en relación a la influencia del efecto tecnológico, quien puede decir con absoluta certeza que los efectos sociales del automóvil, la televisión, el cine, el telefono celular, o el Internet han sido totalmente deseables?” (Amin, 2006).

De hecho, los debates sobre desarrollo muestran como resulta hegemónica la perspectiva de desarrollo que nos viene del norte. El paradigma de desarrollo es aquel cuyos indicadores han sido definidos desde una perspectiva de los países ricos llamados desarrollados y que se sustenta principalmente en el crecimiento económico. (Amin, 2006).

En la salud pública podemos citar varios ejemplos de esas consecuencias no deseables del desarrollo económico. Como lo indica la OMS en su Informe Mundial del 2002, la epidemiología muestra que los factores de riesgo para las mayores cargas de enfermedad hoy en el mundo están articuladas a la lógica de consumo y a indicadores de desarrollo. (OMS, 2002) Particularmente en lo que se refiere a los llamados estilos de vida no saludables, entre ellos tabaquismo, mala alimentación y sedentarismo. La relación entre los cambios de hábitos alimentarios producidos por la homogenización de las dietas, que a su vez esta orientada por el interés de lucro de las transnacionales de la alimentación (WHO, 2002). El sedentarismo en relación con la planificación urbana que ha privilegiado el incremento enorme de transporte individual motorizado con otras consecuencias adicionales para la salud (Jacoby, 2006). La lucha de años de la salud pública con la industria del tabaco ha sido entre un argumento basado en las ventajas económicas de esa industria para las finanzas nacionales y las evidencias epidemiológicas de muerte y enfermedad relacionadas con el consumo de tabaco.

En un proceso de transformación social, la salud pública tiene que aportar desde su perspectiva para la revisión de los indicadores de desarrollo por aquellos en los que se privilegie la calidad de vida y la salud de la gente y no el crecimiento económico y el lucro. De ahí la importancia de la participación de salud pública en el debate sobre la agenda del desarrollo en el proceso bolivariano mas allá de la atención a la enfermedad, puesto que la perspectiva que ella trae (salud pública) no solo que es compatible con los enunciados del gobierno bolivariano sino que hace un aporte sustantivo en el debate sobre el modelo de desarrollo que se pretende construir en la Venezuela bolivariana del siglo XXI.

Referencias Bibliográficas

- AMIN, G. (2006) *The Illusion of Progress in the Arab World: a critic of western misconstruction*. The American University in Cairo Press. Cairo.
- AYRES, J. et. Al. "O Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios". En Czeresnia, D y Machado, C. (2003) *Promoção da Saúde: Conceitos, reflexões, Tendências*. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro.
- EVANS, R. et al. (1996) *¿Por qué alguna gente está sana y otra no?* Ediciones Diaz de Santos, Madrid.
- JACOBY, E. et. al. (2006) "Transporte, Desarrollo Urbano y seguridad Ciudadana en América Latina: su importancia para la salud pública y una vida activa". En FREIRE, V. (2006) *Nutrición y Vida Activa: del conocimiento a la acción*. Organización Panamericana de la Salud. Washington.
- LUZ, Madel. (1988) *Natural, racional, social; razão médica e racionalidade científica moderna*. Campus. Rio de Janeiro.
- MATURANA, H.(2001) *Congnição, Ciência e Vida Cotidiana*. Editora UFMG, Belo Horizonte.
- OMS, (2002) *Informe Mundial de la Salud 2002*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra.
- RODRIGUEZ, M. I.(1994) *Lo Biológico y lo Social: su articulación en la formación del personal de salud*. OPS. Washington.
- SANTOS, B. S. (2000) *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*, Cortez Editores, São Paulo.
- SANTOS, B.S. (2003) *La Caída del Angelus Novus: Ensayos para una teoría social y una nueva práctica política*. ILSA, Bogota.
- WHO (2002) *Globalization, Diets and Noncommunicable Diseases*. Ginebra.

El análisis de la situación de salud

Procedimiento con fines asistenciales, docentes y de investigación

Introducción

En el año 2000, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobó la iniciativa “La salud pública en las Américas” en la cual se definen las once funciones esenciales de la Salud Pública, siendo la primera de ellas el *Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud*.

En consonancia con esta iniciativa continental y con las políticas del gobierno nacional, en los programas de Postgrados de Gestión en Salud Pública y de Epidemiología del Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon” desarrollamos el módulo de aprendizaje sobre el Análisis de Situación de Salud (ASIS), instrumento fundamental para mejorar el estado de salud y calidad de vida de la población.

Este módulo de aprendizaje sobre el Análisis de Situación de Salud ha formado parte de los postgrados de Gestión en Salud Pública del Instituto desde sus inicios; aplicándose conocidas metodologías como la Guía de Observación CENDES/OPS y la del Flujograma Situacional.

A partir del presente año (2006), bajo un nuevo diseño curricular y una nueva modalidad es incluido el módulo de aprendizaje sobre el Análisis de Situación de Salud en el Eje Curricular Común del Postgrado de Epidemiología, el cual tiene tres menciones: Epidemiología de Enfermedades Metaxénicas, Epidemiología Integral, y Manejo de Vectores y Reservorios en Salud. Anteriormente solo dictaba el de Enfermedades Metaxénicas.

Abordar la salud desde la óptica gerencial o epidemiológica para garantizar los principios reflejados en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela amerita un recurso humano capacitado en el uso de este instrumento científico metodológico, principal estrategia para el cambio con la adecuación de los perfiles de egresados a los requerimientos sociales, epidemiológicos y de los servicios de salud. Canalizando la *Formación de recurso humano en salud pública* y la *Investigación en salud pública*; también funciones esenciales de la salud

pública, ambas competencias del Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon", hacia la determinación de necesidades asistenciales y comunitarias mediante el Análisis de la Situación de Salud.

A través de la metodología para la construcción del ASIS utilizada en los programas de postgrado de nuestro instituto durante el año académico 2006-2007, la cual se describirá más adelante, se identifican y priorizan las necesidades con los actores sociales comunitarios; de esta manera, vinculamos el ASIS con otra de las funciones esenciales de la Salud Pública, la participación de los ciudadanos, elemento característico y prioritario de nuestro proceso revolucionario bolivariano.

Esta participación se da desde la identificación de los problemas hasta la búsqueda de alternativas de solución, mediante líneas estratégicas para la acción intersectorial articulada que garanticen las respuestas institucionales a las necesidades de los ciudadanos y ciudadanas, de forma que el ASIS nos permite identificar los actores sociales pertinentes que deben participar en la negociación para la construcción de la respuesta social organizada a fin de enfrentar eficaz y eficientemente los factores que fortalecen o debilitan la salud individual y comunitaria.

En la experiencia hemos visualizado como es posible la solución a problemas comunitarios desde el mismo momento en que se comienzan a realizar las asambleas con los ciudadanos, de manera que este ejercicio de investigación que deben cumplir los participantes de los diferentes postgrados, ha dejado de ser un simple ejercicio académico para convertirse en un hecho político de construcción de la nueva ciudadanía que requiere el país.

Marco conceptual

Salud y ASIS

La concepción de salud ha evolucionado desde una mayor vinculación con las enfermedades y la muerte, hasta concepciones más relacionadas con las posibilidades de realización personal y colectiva, la salud y enfermedad son inherentes a la vida y expresan la forma como vive cada persona y cada población. Salud, enfermedad, vida, son procesos y cada estado de salud en realidad es un instante en dichos procesos y por lo tanto cambia, mejora o empeora, se transforma permanentemente.

Las condiciones de vida de cada individuo y población expresan en su cotidianidad su inserción (individual y particular) en los procesos más generales de la sociedad.

Según Bergonzoli (1994) históricamente se ha dado un interesante desarrollo epistemológico sobre el concepto de la salud como Producto

Social, con este desarrollo epistemológico del concepto de salud, entendemos ésta como la resultante de la acción de la sociedad en su conjunto; por lo tanto la producción social de salud y bienestar en los espacios-población es, ahora, responsabilidad de todos los actores sociales. Entendiendo de esta manera a la Situación de Salud como la “realidad descrita y explicada por un actor social que pertenece a ella” y tomando en cuenta que la salud es un “producto social resultante de las acciones y estrategias que con relación a la promoción, prevención, curación y rehabilitación realizan, no solo el sector salud, sino también los individuos, la familia y la comunidad en su conjunto para desarrollar y mantener las capacidades de las personas y de las poblaciones”.

Esta nueva concepción de salud exige de metodologías innovadoras para ser utilizadas en la construcción de los Análisis de Situación de Salud, pero metodologías que, además, de superar los enfoques tradicionalmente fragmentados o reduccionistas, presenten suficiente consistencia entre el marco conceptual multifactorial y polidimensional en la producción de salud.

A partir del ASIS identificamos los problemas de salud sobre los cuales se deberá intervenir, definiendo al problema de salud como “la brecha existente entre lo que un determinado actor social espera encontrar y lo que en realidad existe”.

Los términos “diagnóstico de salud” y “análisis de la situación de salud” suelen manejarse como sinónimos, sin embargo las autoras del presente documento estamos de acuerdo que más bien representan diferentes etapas del mismo procedimiento epidemiológico para enfrentar los problemas de salud, el primero es la fase descriptiva de su desarrollo, mientras que el segundo es el elemento conclusivo para la solución de esos problemas.

Podemos además señalar que existen básicamente tres tipos de ASIS, el institucional, el cual se maneja desde las instituciones prestadoras de servicios, el ASIS con información y participación de las comunidades y el ASIS realizado con la integración de los dos anteriores. Pudiéndose realizar el ASIS en los tres niveles del sistema de salud, nacional, estatal y local, es recomendable ajustar la metodología a cada uno de estos niveles.

Para realizar un Análisis de Situación de Salud se requiere conocimientos técnico-teóricos y prácticos, que se van perfeccionando poco a poco con la ejercitación constante por parte del equipo de salud, vinculando íntimamente esta herramienta científico metodológica al trabajo asistencial y docente, la cual se enriquece con todos los conocimientos populares de las comunidades.

De manera análoga al planteamiento de la teoría de las redes, en el ASIS, no pueden existir relaciones hegemónicas; en este trabajo no hay un centro de poder, clásicamente lo fue el sector salud; pero sí existen varios centros de conocimiento y de poder, lo que hace que esta herramienta se caracterice por ser de carácter transdisciplinario y transectorial, orientador de la toma de decisiones y de las políticas de salud que darán pie a intervenciones integrales y movilización de recursos, así como nos permitirá evaluar el impacto en aquellos grupos expuestos a la acción de los servicios públicos.

Hoy en día el ASIS es imprescindible en la formación del recurso humano en salud, ya que el mismo se le reconoce como un instrumento útil y probo para la identificación de los problemas y las soluciones a los mismos en los diferentes niveles de intervención, que permite una amplia participación social y de todos los sectores. De allí su necesidad de inclusión en los diseños curriculares de nuestros cursos de postgrado.

Históricamente, los servicios de salud siempre han procurado la construcción del Análisis de la Situación de Salud mediante el empleo de diferentes metodologías y con varios enfoques conceptuales.

Estos enfoques han ido evolucionando desde la década de los sesenta en la que se preconizaba el uso de la Guía CENDES/OPS, la cual incluía un enorme número de información, sin ajuste a los niveles en que se aplicaba, y lo que la llevo a convertirse en un mero ejercicio rutinario.

En la década de los años setenta el enfoque se realiza bajo el estudio de los determinantes de la salud, en esta época destacan los aportes de Morris (1968) el cual se basa en un modelo socioecológico; Lalonde (1974) con el modelo conocido como Campo de la Salud y sus elementos y Blum (1974) con su esquema sobre la teoría del campo social.

En los ochenta, Dever (1980) nos enseña sobre el modelo epidemiológico para el análisis de las políticas de salud, también basado en los determinantes del campo de la salud; Breihl-Granda y Castellanos orientan el análisis de la situación de salud hacia el estudio de las condiciones de vida como mediadores entre la inserción social y la situación de salud.

Finalmente, en la década de los noventa, Victoria y Bergonzoli (1994) considerando a la salud como un producto social, resultante de la acción de la sociedad en su conjunto, basan en este enfoque el análisis de la situación de salud, proponiendo contribuir a la recuperación de la excelencia técnica y política del sector, mediante el desarrollo de la capacidad para construir y analizar la situación de salud.

Actualmente, se concibe dentro de las características del ASIS un carácter dialéctico, en el cual no está acordado el regirse por esquemas rígidos o recetas preconcebidas; considerándose muy importante en lugar de ello, la necesidad de una orientación metodológica, variable, según el nivel donde se realice el ASIS, seleccionada por el grado de complejidad del territorio a estudiar y por la aceptación que tenga la metodología por el equipo de salud y la comunidad para poder ser aplicada y entendida.

El ASIS con enfoque poblacional se realiza en un territorio-población definido y en un período de tiempo determinado, país, estado, municipio o sector, con fines asistenciales, docentes y de investigación; esta integración es indispensable para demostrar nuestro compromiso social para el cambio. En su construcción, el ASIS, debe avanzar en la tendencia a realizarlo considerando los riesgos de los diferentes grupos poblacionales, de manera de anticiparse para evitar o disminuir el daño, y no construirlo de manera retrospectiva como usualmente ocurre.

En lo asistencial, los beneficios que podemos obtener con la realización de un ASIS es mejorar la calidad de la atención de salud y sus resultados, con el trabajo del equipo de salud, en el cual debe necesariamente estar incluida la comunidad.

En la docencia, de la misma manera que en nuestra práctica clínica como médicos aprendemos, ejercitamos y mejoramos progresivamente la elaboración de una Historia Clínica, la construcción del Análisis de la Situación de Salud requiere el desarrollo de competencias, de forma que el procedimiento se asimile en forma activa, consciente, creadora, independiente y con rigor científico, por lo que se hace necesario iniciar la instrucción del recurso humano en formación en salud desde los cursos de pre-grado, práctica que actualmente solo se contempla en toda su amplitud en el programa de formación del recurso humano en Medicina Integral Comunitaria.

El aporte del ASIS a la investigación es innegable, ya que a través del mismo encontramos nuevos conocimientos sobre alguna(s) variable(s) de la situación de salud de la población estudiada, de allí que el ASIS se le considere un trabajo de investigación en el campo social que bajo un enfoque holístico emplea los métodos epidemiológicos, clínico, sociológico y también se vale de la planificación para las estrategias y acciones, permitiendo la vinculación de la investigación y la práctica, con la finalidad de que la definición de políticas de salud y la toma de decisiones, sean más pertinentes y oportunas.

Metodología aplicada en la construcción del Análisis de la Situación de Salud

Como señalamos con anterioridad no debemos caer en la tentación de realizar los ASIS bajo esquemas rígidos, sin embargo con fines académicos y de organización del trabajo de investigación se acepta que existen una serie de pasos en la construcción del Análisis de la Situación de Salud.

Inicilamente debemos realizar una revisión documental de toda la información disponible para la caracterización del contexto, y a continuación seguimos los siguientes pasos o fases:

1. Identificación de Problemas.
2. Priorización de Problemas.
3. Análisis causal y Búsqueda de alternativas de solución.
4. Elaboración del Plan de Acción.
5. Vigilancia y Evaluación.

Para el desarrollo de estos pasos hemos adaptado al contexto venezolano una guía metodológica desarrollada por docentes de la Escuela Nacional de Salud Pública de La Habana en el año 2002, y estamos en el diseño de una guía ampliada para la construcción del ASIS fundamentada en el conocimiento actual que se tiene respecto a las diferentes metodologías de abordaje del ASIS y en nuestra experiencia como país y como grupo de trabajo con este instrumento.

Para la *revisión documental y la caracterización del contexto* hemos recomendado a los participantes de los postgrados tomar en cuenta para la confección del ASIS los siguientes elementos:

- Caracterización geográfica, histórica, político-administrativa, socio-económica y demográfica.
- Identificación de los determinantes del ambiente físico, psicosocial y de la biología humana y su relación con los factores de riesgo presentes en el territorio de estudio, como por ejemplo:
 - En cuanto al *ambiente físico*: situación de viviendas, electrificación, aguas servidas, residuos sólidos, aguas negras, contaminación ambiental, vectores y alimentos.
 - Para el *ambiente psicosocial*, investigación de aspectos relacionados con estilos de vida (hábitos, costumbres y conductas).
 - En relación a *factores biológicos*: genéticos, metabólicos, nutricionales, del crecimiento y desarrollo e inmunizaciones.

- Y el *estado de salud*: valoración de la mortalidad, morbilidad y discapacidad.

Las fuentes de información son la observación, encuestas, entrevistas, investigaciones realizadas previamente, historias clínicas, servicios de epidemiología, activistas de salud, comunidad (consejos comunales, comités de salud, etc.), registros del sector salud y de otros sectores, instituto nacional de estadística, archivos históricos, bibliografía, etc.

La información es recogida con criterio multidisciplinario e intersectorial y siguiendo un enfoque, más que una guía, dicho enfoque debe servir no sólo para la descripción de los daños y riesgos, sino también para facilitar la determinación causal de los mismos.

En el marco del Análisis de la Situación de Salud, la metodología que hemos utilizado comprende cinco (5) fases; en la primera fase se realiza la *identificación de los problemas*, ésta puede realizarse a través de diversas metodologías, como son la observación, la revisión de informes estadísticos, encuestas, aplicación de técnicas de trabajo en grupo, por ejemplo, informantes claves, juicio grupal ponderado, grupos focales y la técnica de la lluvia de ideas. Esta última opción es la que hemos sugerido a los participantes para su utilización, ya que este ejercicio se desarrolla con la exposición libre de ideas por parte de los integrantes del grupo sobre los problemas que perciben en la realidad que se analiza.

Al final, luego de registrar todas las ideas, se procede a la reducción del listado al unificar ideas que poseen un sentido similar, con lo que queda conformado en listado de los principales problemas que identifica el grupo.

Luego de la identificación de los problemas, se sigue con segunda fase que es la *priorización de los problemas*, en los ASIS que construyen los participantes de los Postgrados del IAESP se ha trabajado con el Método de Hanlon, este se basa en cuatro componentes esenciales:

1. Componente A: Magnitud del problema
2. Componente B: Severidad del problema
3. Componente C: Resolutividad del problema
4. Componente D: Factibilidad de la intervención

Existiendo una escala para la valoración de cada uno de los cuatro componentes en relación a cada uno de los problemas y una fórmula para el cálculo del grado de prioridad del problema, influenciado fundamentalmente por su capacidad de resolución y factibilidad de intervención.

Para la tercera fase, el primer paso es el *análisis causal y explicación de los problemas* que se construye a través de la trama causal basada en los determinantes del modelo de campo de la salud de Lalonde, la cual han utilizado los participantes de los postgrados en la construcción de los ASIS, relacionando los problemas identificados con los determinantes de estilos de vida, medio ambiente, biológicos y de organización de los servicios de salud y sus factores de riesgo y daños (enfermedad y muerte).

El segundo paso de la tercera fase del ASIS es la de *exploración o búsqueda de alternativas de solución*, en este caso utilizamos la Matriz DOFA, FODA O DAFO. Para lo cual realizamos un análisis de las fuerzas actuantes dentro (fortalezas y debilidades) y fuera (oportunidades y amenazas) del sector y que tienen influencia en el logro de la visión que nos proponemos alcanzar. Estas fuerzas son identificadas mediante la técnica de lluvia de ideas.

La cuarta fase consiste en el *Plan de Acción* tomando en cuenta los cuatro niveles de intervención en salud: Promoción, prevención, curación y rehabilitación. En este se establecen las medidas y las acciones a desarrollar en función de los problemas identificados en la comunidad objeto de estudio. Elementos que lo integran: problemas, acciones a desarrollar, responsables, ejecutores y plazos de solución.

Finalmente, la quinta fase consiste en la *Vigilancia y Evaluación* de la situación de salud y el impacto de las intervenciones establecidas en el plan de acción.

*Experiencias en la construcción del ASIS
en los Postgrados del Instituto de Altos Estudios
de Salud Pública Dr. "Arnoldo Gabaldon"*

Dentro del marco de la reforma sectorial de salud y la política de extensión de cobertura del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MS), el análisis de la situación se convierte en una herramienta esencial para proponer y aplicar estrategias, planes de acción, proyectos, para mejorar la calidad de vida y trabajo de la población Venezolana.

En tal sentido, el Instituto de Altos Estudios en Salud Pública "Dr. Arnoldo Gabaldon" impulso, en el año académico 2006-2007, la construcción de ciento cuarenta y un (141) ASIS, realizados mayoritariamente por municipio en los estados Aragua, Amazonas, Barinas, Delta Amacuro, Guárico, Yaracuy, Sucre y Anzoátegui.

Varios de los problemas identificados y priorizados se repiten en los territorios estudiados, evidenciando la existencia de problemas que se expresan en territorios completamente distintos, pero igualmente se

identificaron problemas muy particulares y propios en ciertos territorios.

Así en el primer caso, por ejemplo, encontramos en alta frecuencia problemas como el déficit de suministro agua potable, inadecuada disposición de los residuos sólidos, déficit de viviendas y la carencia de sistemas de recolección de aguas negras y aguas servidas, los cuales están relacionados con los determinantes ambientales; la inseguridad social, el desempleo, la escasa participación y capacitación comunitaria y alto consumo de alcohol y drogas vinculados con los estilos de vida; déficit de centros de salud y de recursos (humano y material) e inadecuado funcionamiento de los servicios de salud, que tienen que ver con la organización de los servicios; y predisposición a enfermedades respiratorias y diarreicas, fundamentalmente, y a otras enfermedades endemoepidémicas como el paludismo y dengue, así como también predisposición a enfermedades crónicas como las cardiovasculares y endocrinometabólicas, principalmente diabetes mellitus, dentro de los problemas relacionados con determinantes biológicos.

En el caso de problemas que dibujan un perfil particular de los territorios estudiados, es importante resaltar el caso de los estados Sucre, Delta Amacuro y Amazonas, tanto por la magnitud o severidad del problema como por su repercusión social, siendo reflejo de la situación de pobreza en que vive un porcentaje importante de la población de estos estados, con el agravante de que en dos de ellos la población es mayoritariamente indígena, por lo que preocupa su vulnerabilidad ante estos riesgos adicionales a los ya bien conocidos producto de la penetración hábitos, costumbres y conductas no propias de los pueblos autóctonos y por las dificultades para el acceso a sus comunidades.

Así destacamos en función de los tres criterios antes señalados (magnitud, severidad y trascendencia) el tráfico de drogas ilícitas en la mayoría de los municipios del estado Sucre; en Delta Amacuro, la falta de apoyo de la totalidad de las alcaldías a las misiones sociales que el gobierno nacional ejecuta en procurar del equilibrio social, entre las mas afectadas Misión Barrio Adentro y Misión Madres del Barrio. Ocasionado en el primer caso, retraso en la construcción de las obras de infraestructura destinadas a la atención sanitaria de la población y en el segundo caso, la suspensión del programa en el estado presuntamente por hechos de corrupción; además del problema de las dificultades de acceso a las comunidades, debido a que la principal vía es la fluvial y los recursos son escasos (lanchas y combustible); este último problema se repite en Amazonas, estado en el que además se presenta con una mayor magnitud que en el resto de los territorios estudiados el déficit del servicio eléctrico.

Conclusiones

La metodología descrita para la construcción del ASIS demostró a través de su aplicación en diferentes contextos sociales, urbano y rural, pueblos indígenas o no, barrio, parroquia o municipio, su utilidad para el estudio de la situación de salud de la población, lo cual fue favorecido por su flexibilidad ante diferentes grados de complejidad del territorio a estudiar y por la aceptación de la metodología por parte del equipo de salud, comunidad y representantes de diversos sectores de la sociedad (educación, iglesia, gobiernos locales, etc).

Como herramienta de investigación el ASIS permitió generar conocimiento sobre las necesidades de la población desde su propia percepción, pudiéndose constatar que la situación de salud de cualquier grupo de población está estrechamente ligada al estilo, modo y condiciones de vida.

Es necesario la capacitación de la totalidad de los equipos de salud e implementar su uso del ASIS y su perfeccionamiento como instrumento asistencial, debido a que éste es un elemento fundamental para lograr cambios a partir del conocimiento de las realidades sociales, a fin de cumplir con el objetivo de mejorar el estado de salud de la población y la calidad de vida.

El análisis de la situación de salud propiciado por los programas académicos del IAESP permitió un amplio espacio para el debate de la problemática de la comunidad y la propuesta de sus soluciones desde sus propios protagonistas y los organismos públicos. De esta manera se favorece el empoderamiento y la participación comunitaria en la salud.

La construcción del ASIS beneficia la integración intersectorial y basado en ellos se generan proyectos de intervención que contribuyen a disminuir las brechas sociales existentes. Se espera que los entes gubernamentales respondan a las demandas comunitarias.

Los problemas identificados y priorizados se repitieron en algunas de las los territorios estudiados, evidenciando la existencia de problemas que se expresan en territorios completamente distintos, pero igualmente se identificaron problemas muy particulares y propios en ciertos territorios.

Bibliografía

BERGONZOLI, G. (2001). *Sala Situacional. Instrumento para la Vigilancia de Salud*. OPS/OMS. Guatemala. San José.

BERGONZOLI G. y DIEGO V.(1994) *Rectoría y Vigilancia de la Salud*. OPS/ OMS. Costa Rica. San José.

CASTELLANOS, P.L. (1992) *Pobreza y Desigualdades en Perfiles de Mortalidad*. OPS.

CASTELLANO, P.L. (1998). *Los Modelos Explicativos del Proceso Salud – Enfermedad: Los Determinantes Sociales*. Mc Graw – Hill. Madrid. España.

CONTITUCIÓN DE LA REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. (1999).

EVANS, R. , BARER, M. y MARMORT. (1996) *¿Por qué alguna gente está sana y otra no?.* Madrid. España.

FEO, O. (2003). *Repensando la Salud*. Universidad de Carabobo. Caracas. Venezuela.

MARTINEZ, S. (2006). *Análisis de la Situación de Salud*. Editorial Secretaría de Salud Estado de Tabasco, México.

RAMOS, B. (2006). “Enfoque conceptual y de procedimientos para el diagnóstico o análisis de la situación de salud”. *Rev. Cubana Salud Pública*; 32:(2).

Agenda para la investigación en salud pública con participación ciudadana

Introducción

Vivimos tiempos de transformaciones, rémoras y resistencias a los cambios, pero eso afortunadamente, no detiene la dinámica social, muy a pesar de aquellos que piensan e imaginan que viven en un mundo tranquilo y estable, la realidad nos señala que lo único estable en la sociedad mundial actual, es el cambio.

Todo cambio así sea para bien, genera resistencias de las fuerzas más conservadoras de la sociedad, de las comunidades científicas y académicas y de la ciudadanía en general.

El dinamismo social existe por la presencia de fuerzas transformadoras y de fuerzas conservadoras en constante tensión, pero lo real es que, la sociedad no se detiene o no deja de transformarse por la quejencia de unos o de otros, la sociedad cambia porque la inteligencia humana no se detiene y empuja siempre en el sentido del asombro y la problematización, para que el ciudadano con su creatividad, innove y transforme la naturaleza y el entorno social, en la búsqueda del bienestar colectivo.

Así como para Marx, el motor del cambio social es la historia, la historia necesita de conocimientos y los conocimientos surgen de la duda y de la capacidad creativa e investigativa de los ciudadanos, también socialmente hablando, entre el conocimiento y la falta de conocimientos, se generan tensiones.

La falta de conocimiento como tal no existe socialmente hablando, más bien lo que existe, es la negación al acceso a la información y al conocimiento, la no socialización de los conocimientos por parte de élites académicas, científicas y políticas, a la ciudadanía en general; esas élites, se apropian y secuestran información y conocimientos que benefician a la humanidad con fines mercantiles, ideológicos y políticos.

Son estas algunas de las razones por las cuales, el pueblo soberano no se puede apropiarse de conocimientos o no es estimulado a producir

¹ Coordinador de la Escuela de Nueva Ciudadanía del IAESP “Dr. Arnoldo Gabaldon”. Ministerio de Salud.

conocimientos en áreas del quehacer humano que le son consustanciales.

Los científicos e investigadores que se consideren revolucionarios, tienen que de la mano de la ciudadanía, producir conocimientos que sean socializados y utilizados para beneficio social de la humanidad y no para intereses individuales o corporativos.

Es ese el desafío de producir conocimientos e investigar en tiempos de revolución.

Lo que está en juego son dos modelos de sociedad, cada una sustentada en una concepción del hombre, de la economía y del desarrollo y quien debe ser el organizador de la sociedad, si el mercado y la ley de oferta y demanda, o la relación Estado / Ciudadanía bajo el principio de la corresponsabilidad.

¿Por qué incorporar a la ciudadanía a la investigación en salud pública?

Las Declaraciones de Alma Ata de 1.978 y de Ottawa en 1.992 promovieron la horizontalización y descentralización de las acciones en salud, la diversificación de actores sociales e institucionales y la participación comunitaria, como estrategias para alcanzar una cobertura de salud equitativa y sostenible para todos los sectores de la sociedad.²

Desde la década de los 90, las Agencias Financieras Internacionales, las Organizaciones Internacionales de Salud (OPS/OMS), los Gobiernos, las Autoridades de Salud Nacionales y la propia ciudadanía, vienen señalando la importancia de la participación en la viabilidad social y política de programas y proyectos sociales y de investigación en salud, dirigidos a las comunidades, en particular los que tienen que ver con temas como: Promoción de Salud y calidad de vida, Prevención y Control de enfermedades y riesgos, salud, ambiente y desarrollo, construcción de capital social entre otros.

Podemos decir, que hay consenso alrededor de la participación, pero por otro lado, la participación ciudadana en salud, no es nueva, desde la década de los 50, muchos programas de Prevención y Control de enfermedades han contado con el componente participativo, entonces surge el interrogante: ¿Porqué la poca sostenibilidad ciudadana de muchos de estos programas? ¿En dónde se ubican las debilidades de participación? Algunas respuestas las podemos encontrar en:

- La concepción de la participación.
- Las metodologías empleadas para movilizar a los ciudadanos y ciudadanas.

² Salomón, O.D. Aspectos de prevención de la enfermedad de Chagas con participación de la comunidad. Mesa Debate: "Prevención Primaria de la Enfermedad de Chagas, 2.002.

- La deficiente e insuficiente información dada por los técnicos responsables de los programas a los ciudadanos y ciudadanas.
- El temor y desconfianza de los profesionales y técnicos en la participación ciudadana.
- Insuficiente conocimiento de la percepción que tienen los ciudadanos y ciudadanas sobre el problema que se desea atacar.
- La desconfianza de los ciudadanos y ciudadanas en las acciones de las Instituciones de Salud Pública.

Lo cual se traduce en la práctica, en la escasa motivación y efectividad de la participación de los ciudadanos y ciudadanas en los Programas de Promoción de Salud, Prevención y Control de enfermedades, Investigación sobre Ambiente y Desarrollo.

La participación ciudadana, tiene que ver con los deseos y expectativas individuales o colectivas de participar por parte de los ciudadanos y ciudadanas por un lado y por el otro, la voluntad política del Estado por abrir canales de participación.

En los últimos ocho años en el país, la participación se ha puesto de moda y el Estado venezolano ha creado la plataforma constitucional y legal para la participación ciudadana, al aprobarse mediante referéndum consultivo en diciembre de 1.999, la Constitución Bolivariana, que consagra la participación ciudadana como un derecho constitucional y responsabilidad cívica, posteriormente se han aprobado un conjunto de leyes que viabilizan la participación en la gestión pública y transfieren competencias y poder a los ciudadanos y ciudadanas organizados.

Desde que se implementó y desarrolló la Misión Barrio Adentro, se ha ido fomentando la participación de ciudadanos y ciudadanas a través de los Comités de Salud, constituidos alrededor primero, de los Consultorios Populares y más recientemente, en los Centros Diagnóstico de Alta Tecnología y los Centros de Rehabilitación Integral.

Hoy día la participación de los ciudadanos y ciudadanas a través de los Comités de Salud, es una vigorosa legión de venezolanos y venezolanas, que suma 9.500 Comités de Salud en el ámbito nacional, registrados en el Ministerio de Salud, donde participan organizadamente unos cien mil (100.000) compatriotas.

Con la creación de la Misión Ciencia, se han creado las redes comunitarias de saberes integradas a los Consejos Comunales, 350.000 personas registradas y 120.000 egresadas del programa de alfabetización tecnológica, cuyo objetivo es suministrarle habilidades y destrezas a

los ciudadanos para que puedan cambiar su entorno y calidad de vida; 4.000.000 de usuarios beneficiados de la red de Infocentros creadas por el Gobierno para que los sectores populares accedan a las nuevas tecnologías.³

Nos encontramos entonces, en un tránsito y cambio cultural, desde una cultura democrática representativa, a una cultura democrática participativa.

El Estado reconocerá el interés público de la ciencia, la tecnología, el conocimiento, la innovación y sus aplicaciones y los servicios de información necesarios para ser instrumentos fundamentales para el desarrollo económico, social y político del país, así como para la seguridad y soberanía nacional. (Artículo 110 de la CRBV)⁴

El enunciado de este artículo de nuestra Constitución, invita a promover y fomentar una sociedad del conocimiento democrática, participativa, no elitista, ni cientificista.

Una sociedad del conocimiento para la inclusión social, realización de derechos políticos, sociales, económicos, culturales y preservación de la paz, y ello requiere de una ciencia y saberes para un proyecto político, democrático, participativo, justo y solidario, un proyecto socialista democrático, bolivariano, indígena y cristiano como sostuvo el Presidente Chávez la noche del 3 de diciembre de 2.006, con motivo de su reelección desde el Balcón del Pueblo del Palacio de Miraflores.

Sumir en el desconocimiento al ciudadano o ciudadana de a pie (como coloquialmente decimos), en tiempos de revolución, de construcción del poder popular, es una omisión imperdonable, es coartar la construcción de un verdadero poder popular, es un atentado al desarrollo endógeno local, es negar el *derecho al desarrollo*, que a veinte años de su aprobación por la Asamblea General de las Naciones Unidas, continúa siendo tan solo una aspiración para los países que lo aprobaron.⁵

Justo es decir que, en Venezuela se han dado pasos firmes en tal sentido, con un marco constitucional que consagra la participación ciudadana como un derecho constitucional y una responsabilidad republicana, un marco legal que fomenta la formación ciudadana y crea mecanismos expeditos de participación de los ciudadanos y ciudadanas en la gestión pública y particularmente una Ley de Consejos Comunales, que da piso jurídico para el protagonismo de la ciudadanía organizada en la construcción del desarrollo local desde sus propias comunidades, ampliando de paso el espacio de lo público.

Lo anterior, deja la mesa servida para que quienes estamos en ejercicio de la función pública, en la docencia y en la investigación, nos avoquemos a promover y formar a la ciudadanía en las competencias

³ Hugo Prieto. *Últimas Noticias*, Domingo 10 de diciembre de 2.006. Entrevista a la Ministra de Ciencia y Tecnología, Yadira Córdova.

⁴ *Constitución de la República Bolivariana de Venezuela*. Ministerio de la Secretaría. Según G.O. No 5.453, 24 de marzo de 2.000. Imprenta Nacional, p. 115.

⁵ ONU. *Asamblea General*, resolución 41-128 del 4 de diciembre de 1.986.

básicas y suficientes para participar en proyectos de investigación aplicada en el ámbito local, que contribuya a que el ciudadano y su salud, sea el centro del desarrollo y a evitar los determinantes sociales de la enfermedad, ya que, no hay salud y tampoco desarrollo, si no son garantizados los derechos que fortalecen la salud integral.

Investigar requiere la inversión de considerables recursos humanos y financieros, pero la razón más importante para investigar es que, la ignorancia y el sufrimiento humano son más caros que el conocimiento.

La investigación en salud pública con participación ciudadana que proponemos, pasa por considerar los principales protagonistas de dicha investigación como lo son:

1. El Estado (Gobierno)
2. Universidades (Educación Superior)
3. La Ciudadanía Organizada (Consejos Comunales)
4. Exterior.

Dicha propuesta requiere de un modelo bidimensional,⁶ cuyas dimensiones son las siguientes:

- Tipos de bienes producidos (públicos o privados)
- Relación con el conocimiento (usuario o productor)

Si partimos que la producción de conocimientos en salud pública, es una producción de bienes públicos, es decir, es un bien que una vez producido, no es exclusivo, sino que puede ser consumido por un gran número de personas, sin agotarse, a diferencia de los bienes privados, que son exclusivos, porque una vez consumido por una persona, se agota, no puede ser consumido por otra persona.

El Estado a través del gobierno produce bienes consumidos por la sociedad, produce bienes públicos, que muchas veces no son tan fáciles de identificar como los bienes privados. Por lo general, los bienes que no son rentables, son bienes que no produce el sector privado, sino el Estado, entre esos bienes, se encuentra los bienes producidos por y para la salud pública, aunque muchos de dichos bienes son apropiados por el sector privado y mercantilizados.

La universidad, los centros de educación superior y los centros de investigación, son los productores por excelencia de conocimientos, mediante la investigación, la enseñanza y la extensión, las universidades públicas como parte del Estado producen bienes públicos, pero también producen bienes privados las universidades privadas y los

⁶ Nos hemos inspirado en el modelo propuesto por Edson Kenji Kondo en: *Desarrollo de indicadores estratégicos en ciencia y tecnología: principales problemas*. Seminario sobre Evaluación de la Producción Científica. Sao Paulo, marzo de 1.998.

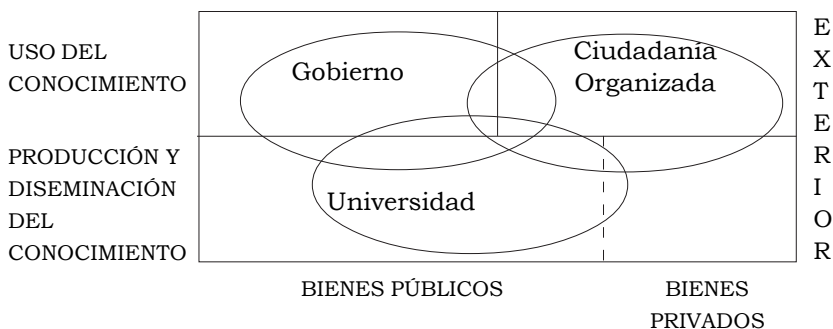
centros de investigación privados y los públicos con alianzas con el sector privado.

La Ciudadanía que por lo general en otros gobiernos era ignorada, ahora también es protagónica en la producción de bienes, que por su carácter de beneficio colectivo, son bienes públicos, su participación en la producción de conocimientos en salud pública, tiene ese carácter.

Los gobiernos extranjeros mediante convenios de cooperación científica y asistencia técnica, transfieren ciencia y tecnología útil para el bienestar social y el desarrollo.

Lo expuesto anteriormente, lo podemos sintetizar gráficamente como sigue:

Investigación en Salud Pública con Participación Ciudadana



Revisión sobre Participación en Salud

Los estudios sobre participación en salud en el ámbito internacional, dan cuenta que, en diversos países, cuando la ciudadanía participa en la creación de conocimientos aplicables en sus localidades, disminuyen los costos en salud y atención médica, por una mayor participación en la solución o mantenimiento de la salud.⁷

La experiencia internacional señala también que:

- La escasa participación ciudadana es debida a una reducida percepción de riesgo por parte de los ciudadanos y ciudadanas.
- Desconfianza del trabajo que realizan los trabajadores de la salud en las comunidades.
- La falta de habilidad de los trabajadores de la salud, para involucrar a los ciudadanos y ciudadanas en los programas,

⁷ OMS / OPS. *Salud Mental en el Mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. 1.997, Cap. 12, p. 449.

- La concepción de participación que manejan los ciudadanos y ciudadanas es de un “actuar colaborativo en cumplimiento de orientaciones”, “cumplimiento de lo establecido”, una participación pasiva, y no una participación activa, es decir, la incorporación de la ciudadanía organizada desde la identificación de los problemas hasta la evaluación de los programas.
- Falta de conciencia ciudadana.
- Los ciudadanos y ciudadanas no participan en los programas, porque tiene otras prioridades más apremiantes.
- Los problemas identificados por el personal de salud, a veces no coinciden con los que identifica la ciudadanía.

Facilidades para que los Ciudadanos Participación e investiguen en Salud Pública

Por lo general los ciudadanos identifican menos facilidades de participación, mientras que los obstáculos siempre son más numerosos. En el país en la actualidad existen condiciones que facilitan la participación ciudadana en salud pública tales como:

- Marco Constitucional y Legal de la participación en el país.
- La creciente motivación y entusiasmo de participar en los Comités de Salud y desde abril de este año, luego de aprobada la Ley de los Consejos Comunales, la organización y participación ciudadana a través de los Consejos Comunales.
- La disposición favorable del personal de salud a la participación de los ciudadanos.

Dificultades para que los Ciudadanos Participen e Investiguen en Salud Pública:

1. *Relacionada con los Ciudadanos:* Nuestra experiencia y los estudios señalan entre los obstáculos y dificultades para la participación ciudadana en investigación en salud pública los siguientes:
 - *Insuficiente cultura de participación*, sustentada en la herencia de una cultura partidista clientelar de la participación, que solo se acordaba de invitar a participar a los ciudadanos en épocas de campañas electorales, esta cultura se traduce en: falta de interés, apatía y desmotivación a participar. Aunque cada vez más, esta cultura está siendo desplazada por una cultura más participativa y con conciencia cívica.

- *Falta de conciencia cívica*, por desconocimiento, falta de información y formación sobre la salud como derecho, del mandato constitucional de la participación ciudadana para la construcción del Sistema Público Nacional de Salud, y de ciudadanía como derecho y responsabilidad cívica.
- *Actitudes de sumisión, timidez, miedo* a la participación con el personal de salud, por considerar que estos últimos como expertos son los que saben y ellos no tienen mucho que aportar.
- *Factores estructurales* como: la pobreza espiritual y económica, la insuficiente formación académica y de información, que se traduce en desorganización comunitaria, débil liderazgo, actitudes individualistas y egoístas a la hora de enfrentar los problemas comunitarios.

2. *Relacionada con las Instituciones.*

- *Falta de apertura institucional* y centralización de los programas.
- *Burocratismo.*
- *Conflicto de intereses institucionales* que obstaculizan la participación ciudadana.
- *Escasa promoción institucional* de los mecanismos constitucionales y legales de participación.
- *Falta o débil respuesta institucional* a los problemas de salud de la ciudadanía.
- *Actitud y conducta del personal de salud:* Falta de formación del personal de salud para atender a los ciudadanos y ciudadanas, desconocimiento de los preceptos constitucionales.
- *Discriminación* a los ciudadanos y ciudadanas.
- *Adopción de prácticas institucionales clientelares.*

La experiencia internacional acumulada y las lecciones aprendidas

Estudios realizados en Brasil, Argentina, Cuba, entre otros, dan cuenta de lo siguiente, en cuanto a participación en salud⁸ :

1. Participación en salud como actuación individual:

- Participación en los programas o servicios de salud como colaboración a través del trabajo voluntario de ciudadanos y ciudadanas.

⁸ Toledo, M.E, et al. Participación comunitaria en la prevención del dengue: un abordaje desde la perspectiva de los diferentes actores sociales. *Rev. Salud Pública de México*. Vol 48, no 1, enero-febrero de 2.006.

Vásquez Navarrete, Luisa, et al. Visión de los diferentes agentes sociales sobre la participación social en el Sistema de Salud en el Nordeste de Brasil. Una aproximación Cualitativa. *Revista Española de Salud Pública*. 2.000

- Participar es intercambio de información, dar información sobre salud a los usuarios de los servicios, por parte del personal de salud, los ciudadanos y ciudadanas, como receptores pasivos de información.
- Emisión de opiniones y críticas sobre los programas y servicios de salud.

2. Participación en salud como actuación colectiva:

- Movilización, discusión y organización de los ciudadanos y ciudadanas en la búsqueda de la solución a los problemas de salud y desarrollo de su comunidad.
- Contraloría Social por parte de los ciudadanos y ciudadanas de los programas y servicios de salud.
- Canalización de las quejas de los usuarios de los programas y servicios de salud, por parte de las organizaciones de ciudadanos.

3. Participación en Salud como derecho y deber ciudadano:

- La salud como derecho y responsabilidad cívica.
- Derecho de los ciudadanos y ciudadanas a opinar y decidir sobre políticas, programas y servicios de salud.
- La participación como obligación y compromiso ciudadano que contribuya a mejorar y fortalecer las políticas, programas y servicios de salud.
- La participación como solidaridad y deber cívico y moral.

4. Participación en salud como usuarios de los Programas y Servicios de Salud.

- Facilidad de acceso a los programas y servicios de salud.

Recomendaciones para enfrentar el desafío de la diversidad y la participación ciudadana en las investigaciones en salud pública

Las diferencias étnicas, de género, de clase social y urbano rural entre las comunidades de nuestro país, según experiencias nacionales e internacionales, requieren de la observancia de ciertos principios generales, que hacen la investigación más pertinente y sostenible en el ámbito local.⁹

⁹ OMS / OPS. *Salud Mental en el Mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. 1.997, p. 453.

1. *Realizar estudios etnográficos*, donde se tomen en cuenta los saberes y prácticas populares y las observaciones empíricas ancestrales de los ciudadanos que residen en las comunidades,

deben preceder a las investigaciones e intervenciones epidemiológicas con el fin de proveer un panorama descriptivo de los problemas y perspectivas locales, las realidades sociales y los recursos. Los estudios etnográficos serán, a la larga, costo-efectivos pues son relativamente baratos de llevar a cabo y aportan información esencial para que las investigaciones sean culturalmente más apropiadas.

2. *Los métodos de intervención* más productivos son los basados en la comunidad, apoyados en las instituciones, tradiciones y valores locales.
3. *Los ciudadanos e investigadores* de las áreas estudiadas deben tener considerable control sobre el proceso de la investigación propiamente dicha, desde el establecimiento de las prioridades hasta la ejecución de los proyectos. La inversión y el apoyo locales son elementos críticos para la investigación.
4. *La pertinencia cultural* de las nuevas tecnologías y tratamientos deberá evaluarse mediante el uso de información etnográfica sobre los valores, patrones de utilización, recursos y prioridades locales. De esta manera, los enfoques prometedores pueden adaptarse para su utilización en otros lugares.
5. *Las cuestiones éticas* en la investigación en salud deben vigilarse desde el inicio, desde la perspectiva local e internacional. La consideración de los problemas desde ambas perspectivas pueden habitualmente ayudar a resolver los conflictos y a establecer fundamentos más válidos para la mediación.
6. *La investigación de carácter interdisciplinario, intercultural y participativa* es más útil, que la basada en la perspectiva de una sola disciplina.

Enfoque de la investigación en salud pública con participación ciudadana

La investigación en salud pública con participación ciudadana debe realizarse desde un enfoque de derechos y de determinantes sociales de la salud.

Desde la aprobación en referéndum consultivo y posterior promulgación de la Constitución Bolivariana, la democracia venezolana es participativa, protagónica, plural de mandatos revocables (artículo 6 de la CRBV); la salud es un derecho asociado a la vida (artículo 83 de la CRBV) y la participación ciudadana es un derecho constitucional y una responsabilidad republicana, (artículos 62 y 84) amén de que la

educación (artículo 102 de la CRBV) , el trabajo (artículo 87 de la CRBV), la vivienda (artículo 82 de la CRBV), el tener una familia (artículo 75 de la CRBV), la recreación (artículo 111 de la CRBV), son derechos constitucionales. Al igual que los derechos de los pueblos y comunidades indígenas (artículos 119 al 126)

No debe quedar duda de que las Políticas Públicas del Estado venezolano, y entre éstas, las políticas de investigación, deben estar enfocadas en derechos, aunque por resistencias político institucionales y costumbre, todavía no tengamos un avance importante desde este enfoque, en muchas acciones del Estado.

Está más que confirmada la determinación social de los procesos de salud / enfermedad, en cuanto a la adecuada dotación y distribución de agua potable, saneamiento básico, alimentación, nutrición, vivienda, salud ocupacional y condiciones medioambientales, educación, trabajo, servicios de salud entre otros, todos ellos, derechos constitucionales, por lo que es un requerimiento constitucional, político y de compromiso internacional priorizar el enfoque de derechos en la investigación en salud pública, el no hacerlo, es hacerle un flaco servicio a la ciudadanía, a la democracia y al desarrollo.

El enfoque de Derechos se refiere a:

- La manera de superar y rebasar los enfoques tecnocráticos y burocráticos (enfoques de riesgos o de necesidades), al introducir valores a la determinación de los medios a utilizarse y dejar de lado los supuestos criterios de “neutralidad” técnica, tan caro a ciertas categorías profesionales.
- Superar el sectorialismo, por una concepción integral que busca aplicar el principio de indivisibilidad de los derechos y la relación indisoluble de derechos, democracia y desarrollo.
- Como articular y ordenar las intervenciones para transformar la realidad.
- El enfoque de derechos se sustenta en: Ciudadanos como sujetos sociales de derechos exigibles y refrendados jurídicamente (Derecho Constitucional y Derecho Internacional).
- La visión integral de los derechos, que supone que no existen ni rangos ni jerarquías entre los mismos y que todos los derechos deben realizarse de manera simultánea en el contexto de los procesos democráticos y del desarrollo.

Los elementos a considerar en el marco de un enfoque de derechos tenemos:

1. Inclusión para la universalidad, por tanto, la investigación en salud pública, es de interés social y debe incluir la participación ciudadana activa y protagónica en el diseño, toma de decisiones y desarrollo de la investigación en el ámbito local.
2. Aplicación del principio constitucional de corresponsabilidad, distinguiendo claramente que los ciudadanos y ciudadanas son sujetos de derechos, mientras que el Estado y sus instituciones son actores de obligaciones y responsabilidades en la garantía de derechos.
3. Predominio de la esfera pública y la deliberación democrática (Consejos Comunales) para contribuir en la resolución de problemas tales como: derechos vulnerados, conflictos de convivencia, incidencia y prevalencia de enfermedades.
4. Primacía de lo local en el ejercicio y la realización de los derechos.

Agenda de investigación en salud pública con participación ciudadana

Con la conformación y consolidación de los Consejos Comunales, es crucial el desarrollo de indicadores que no solo midan la eficacia económica, sino también el bienestar social, para así tener una base de datos de investigación pertinente y específica para la determinación de prioridades que orienten el diseño de proyectos que contribuyan con la construcción del Sistema Público Nacional de Salud desde abajo, desde la ciudadanía organizada y el diseño y la formulación de políticas públicas saludables y políticas públicas de salud con un enfoque de derechos y donde los ciudadanos y ciudadanas tengan poder de decisión.

La agenda de investigación en salud pública con participación ciudadana, debe superar los límites artificiales que separan las políticas sociales de las de salud.

Las políticas sociales tienen profundas consecuencias para la salud y los problemas de salud tienen origen social y afectan a la ciudadanía como colectivo.

La investigación local con participación ciudadana deberá dar como resultado, estudios culturalmente bien documentados que produzcan información altamente específicas sobre comunidades determinadas; que sirva de base para la toma de decisiones que favorezcan la salud ambiental y la salud humana para que el desarrollo local endógeno sea, sustentable y sostenible en el tiempo.

Otros aspecto que debe considerar la investigación en salud pública

con participación ciudadana, es la diversidad histórica, étnica, cultural, de género, ideosincrática y social de nuestras comunidades.

Obviar estos aspectos, pueden traer conflictos a la hora de establecer prioridades entre las instituciones que investigan y los ciudadanos integrantes de esas comunidades, y que en el pasado fueron la razón de los resultados exiguos o contraproducente en la implantación y desarrollo de programas de salud y desarrollo, ya que, los ciudadanos los sentía extraños, por no corresponder con sus conocimientos y necesidades percibidas, o no haber tenido voz, ni decisión en su formulación.

En nuestro trajinar por todo el territorio nacional en los dos últimos años, la observación empírica, lo que manifiestan los ciudadanos y ciudadanas, algunas instituciones del Estado venezolano y nuestra percepción profesional sobre los problemas más urgentes a investigar en nuestras comunidades, están los siguientes:

1. Recopilar una base de datos locales culturalmente fidedignos, que permitan establecer prioridades, conocer derechos humanos y constitucionales vulnerados, para establecer áreas prioritarias de intervención.
2. Investigación sobre servicios públicos y en particular servicios de salud, para identificar las ausencias, deficiencias y establecer políticas públicas y planes de creación o mejora de servicios públicos locales, que impacten la salud y por ende, favorezcan el desarrollo local endógeno.
3. Investigaciones sobre violencia colectiva e interpersonal, es sabido que los casos de violencia son atendidos por organismos policiales, los que se atienden en los establecimientos de salud, no son por lo general registrados como violencia colectiva o interpersonal, sino como traumatismos o heridas, por lo que hay un subregistro y toda una información subterránea que es fundamental para la comprensión e intervención de este fenómeno social contemporáneo.
4. Problemas por consumo de alcohol y drogas ilícitas que llevan a comportamientos violentos y son registrados como traumatismos, heridas, o accidentes de tránsito por el sector salud o catalogados como delitos de orden público por los organismos policiales, lo que enmascara este serio problema social que afecta muchas comunidades del país.
5. Problemas de salud: respiratorios, alérgicos o digestivos, infecciosas y parasitarias cuya causa es el deficiente saneamiento básico,

la contaminación ambiental y la transmisión de enfermedades por vectores.

6. Salud materno infantil: Alta incidencia de morbimortalidad materno infantil, por falta de control de embarazo, desnutrición materna fetal, inadecuada atención del parto, embarazo en adolescentes y en muchas ocasiones asociadas a las causas enumeradas en los párrafos anteriores.
7. Investigación sobre la efectividad de programas de promoción de salud y prevención de riesgos y daños, ya que son escasas las investigaciones sobre el impacto y la efectividad de dichos programas.
8. Investigaciones sobre el impacto emocional, especialmente en niños y adolescentes y ancianos de situaciones de desastres mal llamados "naturales", muy frecuentes por los cambios climatológicos y las precarias condiciones de habitabilidad y vivienda de muchos ciudadanos producto de la falta de políticas de poblamiento territorial, viviendas y de nuevos asentamientos humanos, que no fueron adecuada y oportunamente atendidos por los gobiernos de turno.

Para finalizar, la invitación es a desarrollar una propuesta que:

1. Contribuya a crear una cultura de investigación en salud pública desde la Ciudadanía Organizada (Consejos Comunales), que permita la construcción de un Sistema Público Nacional de Salud desde abajo y en definitiva una sociedad democrática, justa, de equidad e inclusiva.
2. Que incorpore a los ciudadanos y ciudadanas organizados en Consejos Comunales, en todo el proceso investigativo sobre problemas de salud pública.
3. Con la finalidad de:
 - Formar ciudadanos y ciudadanas organizados en los Consejos Comunales, en competencias básicas en investigación aplicada en salud pública, para fortalecer el desarrollo local endógeno y la construcción de una nueva sociedad.
 - Contribuir a elevar la calidad de vida y mejorar las condiciones de vida de los ciudadanos y ciudadanas organizados en Consejos Comunales, a través de la participación y Promoción de la Salud.
 - Formular Políticas Públicas Saludables y Políticas Públicas de

Salud con participación y decisión ciudadana y así fortalecer la corresponsabilidad Estado / Ciudadanía.

Referencias Bibliográficas

COLMENAREZ SILVA, Simón. *Reingeniería Socioeconómica & Desarrollo endógeno sostenible. Un Programa Macroeconómico alternativo para el desarrollo*. Cuarta Edición. 2.003.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Ministerio de la Secretaría. Gaceta Oficial No5.453. 24 de marzo de 2.000. Imprenta Nacional.

Comisión Andina de Juristas. *Las Políticas Públicas: Un Nuevo Enfoque desde los Derechos Humanos y el Derecho al Desarrollo*. S/F.

CUBIL GRAU, N. *Participación Ciudadana. Dilemas y perspectivas para la democratización de los estados latinoamericanos*. CLAD. Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo. 1.991.

KENJI KONDO, Edson. *Desarrollo de indicadores estratégicos en ciencia y tecnología: principales problemas*. Seminario sobre Evaluación de la Producción Científica. Sao Paulo, marzo de 1.998.

Ley de los Consejos Comunales. Gaceta Oficial No 5.806 Extraordinario 10 de abril de 2.006.

Ley del Poder Público Municipal. Gaceta Oficial No 38.204. Extraordinario del 8 de junio de 2.005.

ONU. *Asamblea General, resolución 41-128* del 4 de diciembre de 1.986.

OMS / OPS. *Salud Mental en el Mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. 1.997

OMS / OPS. *Marco referencial y estratégico de la cooperación técnica en Salud y Desarrollo Local*. Unidad de Entornos Saludables. Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental. 2.005.

PRIETO HUGO. *Entrevista a la Ministra de Ciencia y Tecnología, Yadira Córdova*.

Últimas Noticias, Domingo 10 de diciembre de 2.006.

SALOMÓN, O.D. *Aspectos de prevención de la enfermedad de Chagas con participación de la comunidad*. Mesa Debate: "Prevención Primaria de la Enfermedad de Chagas, 2.002.

TOLEDO, M.E, et al. *Participación comunitaria en la prevención del dengue: un abordaje desde la perspectiva de los diferentes actores sociales*. Rev Salud Pública de México. Vol 48, no 1, enero-febrero de 2.006.

VÁSQUEZ NAVARRETE, Luisa, et al. *Visión de los diferentes agentes sociales sobre la participación social en el Sistema de Salud en el Nordeste de Brasil. Una aproximación Cualitativa.* Revista Española de Salud Pública. 2.000.

Reflexiones sobre la investigación con las comunidades en Barrio Adentro 1

1. El Proceso de Producción de la vida humana material y espiritual

Se ha dicho que los seres humanos nos hemos creado a nosotros mismos a partir de un sustrato biológico, mediante las relaciones sociales¹. ¿Cómo dicen que probablemente se dio este proceso?

Al principio los protohumanos no habían inventado las comunidades, ni el lenguaje, ni la laringe que hoy tenemos, ni tampoco el pensamiento abstracto o la idealización². Estos seres, nuestros antecesores, actuaban por la compulsión genética dirigida a la preservación de la especie. Y en este punto de partida “el sistema cognitivo tiene que ser el sirviente del sistema regulador y no al revés”³.

Parece que este ser humano primitivo era muy frágil para sobrevivir sólo o en pequeños grupos, vista la potencia de la selección natural que debía enfrentar, y debió crear algún nivel de cooperación traducido en una común-idad, llamada por algunos “Comunidad Primitiva”. Grupos de salvajes o semi-salvajes sobrevivían más y mejor en las labores de caza, recolección y pesca en su peregrinación por distintos nichos ecológicos. En algún momento dominamos el fuego, la agricultura y la ganadería, y pudimos establecer comunidades más estables⁴.

Esta construcción en acto, sin saberlo y sin quererlo al principio, pero seguramente queriéndolo y sabiéndolo cada vez más, ha permitido a la Biología Teórica sostener que nuestra especie *Homo sapiens* posee dos sistemas por medio de los cuales ha operado la evolución: el biológico con la información genética y el sociogenético con los procesos de enseñanza aprendizaje social⁵.

Waddington⁶, también expone que este proceso sociogenético supone que los seres humanos debieron estar colocados en una “posición en la que ‘abrigue creencias’”. Samaja⁷ comenta y amplía esta perspectiva sosteniendo que “el salto evolutivo de la especie *Homo sapiens* debió estar posibilitado por la constitución de una función capaz de pro-

*Adjunto Coord. Nacional de Atención Primaria en Salud Barrio Adentro 1.

¹ MARX, C. y ENGELS, F. (1971). *La Ideología Alemana*. Ediciones Pueblos Unidos. Montevideo, p.32.

² ENGELS, F. *El Origen de la familia, la propiedad privada y el Estado*.

SAMAJA, J. (1997). *Epistemología y Metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica*. Eudeba

³ Norman, D. (1987). *Perspectiva de las Ciencias Cognitivas*. Paidós, pp. 323-324. Citado por Samaja, ob. Cit.).

⁴ ENGELS, F. *El Origen de la familia, la propiedad privada y el Estado*.

Disponible en:

<http://www.marxists.org/espanol/m-e/1880s/origen/index.htm>

⁵ WADDINGTON, C. /1963). *El animal ético*. Eudeba. Citado por Samaja, ob. cit.).

⁶ Idem.

⁷ Samaja, ob. cit., p.315.

ducir acuerdo entre individuos...una *función eticizante*". Para el autor, lo fundamental del proceso es que el humano receptor debe creer que lo que se le transmite debe ser válido, para que la función eticizante se traduzca en "capacidad de admitir autoridad".

En esta capacidad de admitir autoridad se juega la vida del organismo social, porque su cohesión depende de que los individuos no actúen según su ser individual, sino limitados o regidos por las normas de constitución del grupo. Samaja⁸ lo expresa en la fórmula lógica que dice "el ser del organismo social, da cuenta del *deber ser* del individuo".

Ahora bien, esta comunidad primitiva, cuya existencia se basa en todos estos supuestos, prosigue su evolución sociogenética basada, según Marx⁹ en última instancia en la forma en que se producen los bienes materiales, a los cuales van a corresponder unas formas de representación mental o ideal, o sea, una normatividad social. Así pues, inventamos en miles de años que a los excedentes de producción de la comunidad le surgieran dueños, que ya no necesitaron trabajar para sobrevivir y los cuales inauguraron y le dieron sentido a esa categoría social llamada propiedad privada, no de las cosas de uso particular, que ya existía en la práctica, sino de las antaño propiedades comunes o de la colectividad¹⁰. Asimismo, aprendimos que resultaba más productivo no matar a los miembros de otras comunidades gentilicias a las que atacábamos para arrebatárle sus productos, sino que era mejor esclavizarlos, y así inventamos las clases sociales propiamente dichas y cuando se generalizó la esclavitud como componente esencial del modo de producción de la época, inventamos el Estado como instancia social que aparece como neutral, garantizando nada menos que las condiciones generales para la reproducción de la sociedad existente y previniendo los cambios mediante la aceptación ideológica de sus miembros y, en última instancia, por el uso legitimado de la fuerza¹¹.

Con el Estado, también inventamos la política como articulación de saberes y haceres para que una o varias clases dominen en cada período histórico al resto de la sociedad con el uso de diversos recursos de poder, empezando por el poder en la economía.

Pero, esas construcciones en acto social, fueron también una reconstrucción de nosotros de seres biológicos a seres sociales, integrando lo biológico en un organismo más complejo: el grupo social. Las pulsiones biológicas, con su gran motivación intrínseca (instintiva, hormonal, enzimática, bioquímica), se traduce en una norma social que expresa la posibilidad de expresarse en el grupo esas pulsiones biológicas individuales, ya no es lo que existe, sino además lo que es posible y aceptado que exista, para que el grupo se reproduzca, es una norma jurídica, es decir, prescribe para el grupo lo que debe hacer cada quien y lo que debe exigir cada quien que se haga (o sea, el deber y el

⁸ Samaja, ob. cit., p. 316.

⁹ MARX, C. y ENGELS, F. (1971). *La Ideología Alemana*. Ediciones Pueblos Unidos. Montevideo, p. 32.

MARX, C. (1974). *El Capital*. Edit. Cartago, Buenos Aires.

¹⁰ ENGELS, F. *El Origen de la familia, la propiedad privada y el Estado*.

Disponible en:

<http://www.marxists.org/espanol/m-e/1880s/origen/index.htm>

¹¹ Idem.

derecho). Esta construcción real, porque es lo que hace el grupo, no se puede percibir en cada individuo a través de los sentidos, porque sólo puede ser una realidad en el pensamiento y, entonces, emerge lo ideal, lo conceptual y lo teórico para poder recoger estas realidades del pensamiento. Así creamos la razón.

en toda teoría están las huellas de experiencias ya conquistadas, y de las cuales se han extraído por reflexionamiento los elementos invariantes que permiten anticiparla, como si dijéramos, *a priori*. En toda reconstrucción lógica hay una fuerza demostrativa porque... toda lógica es un *ri-corsi* (en términos de Vico) de un *corsi* protagonizado con anterioridad y en el cual la propia subjetividad se ha constituido. Por eso, “comprender” y “aceptar como evidente” significan lo mismo: “rehacer la coordinación general de experiencias siempre posibles”.¹²

Samaja¹³ expresa que para Durkheim “el Mito, las Religiones y la Ciencia son esencialmente lo mismo: formas de la conciencia social; representaciones sociales”. Y su función es la misma: “posibilitar la constitución de la vida social y preservarla”. Ellos no expresan directamente lo real sino la “verdad social” de lo real, es decir, la “realidad social” que deben expresar.

Samaja cita al respecto lo que dice Durkheim:

La sociedad no puede tomar conciencia de sí sin alguna relación con las cosas. La vida social exige que las conciencias individuales estén de acuerdo. Para que ellas se den cuenta es preciso que cada una de ellas exprese lo que experimente. Ahora bien, no puede hacerlo más que con la ayuda de las cosas tomadas como símbolos. Es porque la sociedad se expresa por medio de las cosas que es llevada a transformar, a transfigurar lo real.¹⁴

Recapitulando la evolución del pensamiento, bajo ese contexto de producción y reproducción de la vida material y espiritual del ser humano, el paso de las funciones biológicas a las funciones intelectuales es explicado por Samaja articulando hipótesis de Piaget, Waddington y Marx, de la siguiente manera:

- En el *sujeto orgánico*, en el *organismo*, la *asimilación* transforma los componentes del *medio* ambiente en integrantes de su corporeidad viviente; mientras, la *acomodación* transforma las *pulsiones orgánicas* forzándolas a ser congruentes con la estructura del *medio* y sus objetos.
- En el *sujeto práctico*, la *validación* de las pulsiones del organismo individual se convierten en deseos socializados cuando las reglas del *grupo* son las condiciones de la acción de los *individuos*. El

¹² Samaja, ob. cit., p. 134.

¹³ Samaja, ob. cit., p. 129.

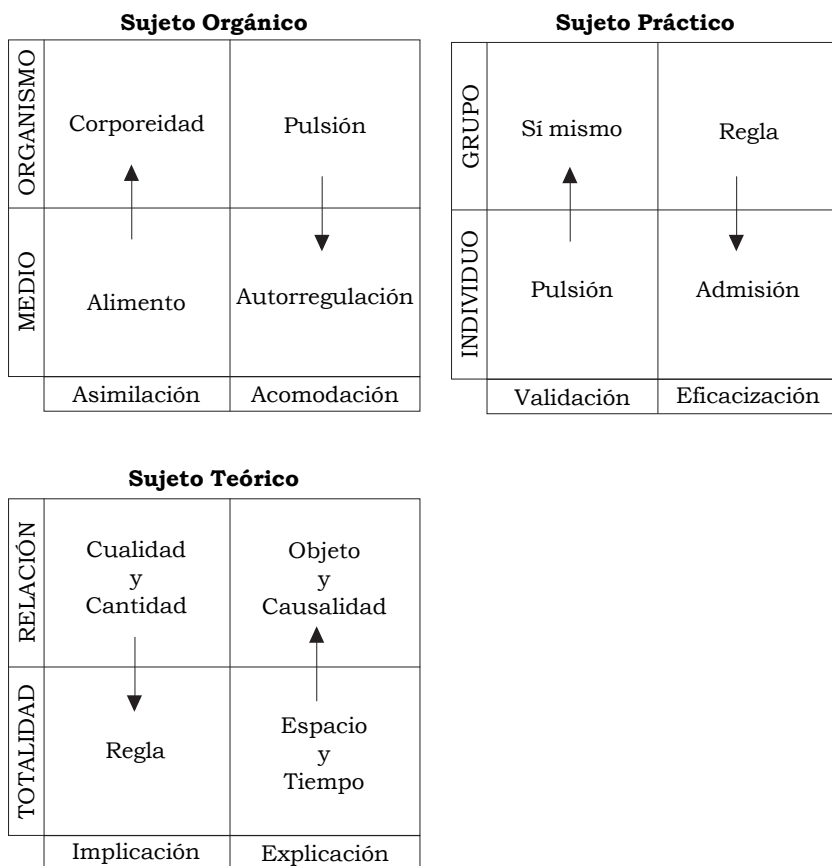
¹⁴ DURKHEIM, E. s/f. *Pragmatismo y Sociología*. Ed. Shapire. Citado por Samaja, ob. cit.

individuo en el grupo se transforma en un sujeto de la cultura, un sí mismo. La *eficacización* transforma las reglas del *grupo* en conductas reales admitidas como pautas de integración, porque son congruentes con las necesidades de los *individuos*.

- En el *sujeto teórico*, la *implicación* transforma en la *relación*, las cualidades y cantidades en los dos instrumentos básicos de la inteligencia, es decir, las *reglas* lógicas y matemáticas de la *totalidad*. La *explicación* transforma las formas puras de espacio y tiempo, de la *totalidad*, en la regulación de la experiencia con los objetos y sus vínculos causales, desde la relación.

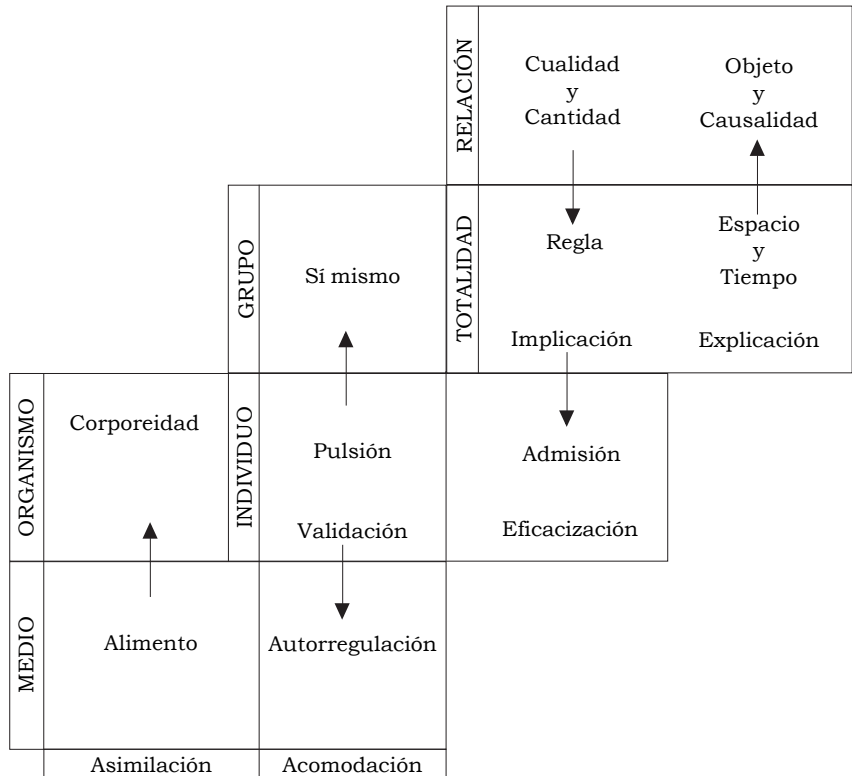
Samaja¹⁵, lo representa gráficamente, de la siguiente manera:

Samaja los articula en niveles ascensionales de la Complejidad Humana, de la siguiente manera:



¹⁵ Samaja, ob. cit., pp. 323-324.

Esta propuesta samajiana recoge el paso del sujeto orgánico al sujeto teórico, es decir, el paso del sujeto que se adapta sólo biológicamente



al que construye formas de adaptación para una nueva naturaleza que brota de la relación social. En este camino, el organismo primitivo partiendo de lo animal construye la cultura y las facultades teóricas que van a regir lo humano. La explicación que brinda Samaja es que se produce una descentración del grupo y una “recentración en la perspectiva de la legitimación ideal que debe operar la sociedad política o Estado”¹⁶. Pasar de un aparato cognitivo primitivo al servicio de la regulación biológica a uno al servicio del conocimiento objetivo “es una proyección, sobre las cosas, del sujeto social-institucional a cuyo servicio está dicho conocimiento”¹⁷.

Entonces, como colectivo humano hemos creado las facultades cognitivas humanas y todos ejercemos algún grado de estas facultades. Pero, ha sido algo consustancial con la dominación desde la aparición del Estado y la política, que las clases dominantes monopolicen tam-

¹⁶ Samaja, ob. cit., p. 324.

¹⁷ Samaja, ob. cit., p. 325.

bién la producción de conocimientos y su utilización. La división del trabajo, desde tiempos inmemoriales, entre trabajo manual y trabajo intelectual ha marcado esta construcción social humana.

2. El proceso de la División Social del Trabajo en la sociedad

Según Carlos Marx¹⁸ la verdadera división social del trabajo va a originarse a partir de la escisión entre el trabajo manual y el trabajo intelectual. Desde ese momento las tareas de concepción, la interpretación del mundo, el ejercicio sistemático del pensamiento, se separaron de las tareas manuales, de las tareas de ejecución. Esto se expresa en la aparición de los filósofos, los investigadores, los sacerdotes, los artistas, separados de las tareas productivas y dedicados al cultivo del intelecto, buscando comprender la naturaleza, el hombre, la sociedad. También, en el otro polo, aparecen los típicos trabajadores manuales, dedicados a la producción directa, conocedores de su sencillo oficio. Inexorablemente, aparece la dominación de los primeros sobre estos últimos.

Esta división social del trabajo va a profundizarse con el desarrollo social hasta que, con el capitalismo, arribaremos a la creación de un modo de producción que despoja a los trabajadores directos de todo saber integral vinculado a la producción, dejándoles un saber fraccionado controlado política y técnicamente por la clase dominante.

En su obra magna, *El Capital*, Carlos Marx explica el itinerario de este despojo, producto de las contradicciones de las relaciones sociales capitalistas:

Los conocimientos, la inteligencia y la voluntad que el campesino y el artesano independientes despliegan en pequeña escala, más o menos como el salvaje practica todo el arte de la guerra en forma de astucia personal, ahora sólo hacen falta para el conjunto del taller. La capacidad intelectual de la producción se desarrolla en un solo lado, porque desaparece en todos los otros. Lo que pierden los obreros parcelarios se concentra frente a ellos en el capital. La división manufacturera les opone la potencia intelectual de la producción como propiedad ajena, y como poder que los domina. Esta escisión empieza a crecer en la cooperación simple, en la cual el capitalista representa, respecto del trabajador aislado, la unidad y la voluntad del trabajador colectivo. Se desarrolla en la manufactura, que mutila al trabajador, hasta el punto de reducirlo a una parcela de sí mismo. Se completa, por último, en la gran industria, que hace de la ciencia una fuerza productiva independiente del trabajo y la enrola al servicio del capital.¹⁹

Durante el siglo XX dominaron la división del trabajo capitalista fundamentalmente tres métodos: el taylorismo, el fordismo y el toyotismo.

¹⁸ MARX, C. y ENGELS, F. (1971). *La Ideología Alemana*. Ediciones Pueblos Unidos. Montevideo.

¹⁹ MARX, C. (1974). *El Capital*. Edit. Cartago, Buenos Aires, tomo I, p. 354.

Néstor Collazo y Andrés Romero²⁰ llaman la atención sobre la importancia que adquiere el hecho de que la lucha por liberarse de la dominación o por imponer nuevas reglas de dominación, comience en el ámbito de la producción, sin dejar de lado la relevancia de los factores político-jurídicos que acompañan esos hechos, y que se expresan en lo económico como técnicas o métodos de producción. Resumiendo la explicación de estos autores, se puede expresar:

- Al comienzo del capitalismo, los patrones eran dueños de la materia prima, de máquinas y herramientas, de la comercialización y del dinero, pero los trabajadores de oficio conservaban “el saber hacer” del trabajo, con lo cual ponían límites y cuestionaban la sumisión real de la fuerza laboral al capitalista. Taylor descompuso los trabajos calificados en trabajos simples que pudieran ser realizados, mediante herramientas adecuadas, en forma repetida, estandarizada y controlable por los capitalistas. Ford adicionó la cadena de producción, obligó a los trabajadores a seguir el ritmo de las máquinas y minimizar los desplazamientos físicos del operario. Con esto se produjo un salto en la productividad capitalista y, simultáneamente, un enorme debilitamiento del poder de los trabajadores que emanaba de su “saber hacer”.
- El fordismo de las grandes fábricas, basado en la descomposición del trabajo en tareas simples que ejecutaban trabajadores sujetos a la velocidad de la cadena de producción, generó una unidad objetiva de la clase trabajadora sobre la cual se soportó el poder relativo de los trabajadores en el proceso de producción. Este poder de la clase obrera y de los trabajadores en general, limitaba la libertad del patrón para imponer sus particulares y unilaterales intereses; el patrón sentía como rigideces los convenios colectivos de trabajo, así como el poder institucionalizado en los sindicatos, en los delegados y comisiones internas de las empresas. Los dueños de las empresas reconocieron institucionalmente el poder relativo del trabajo, como una táctica para desviar la ola revolucionaria que recorría el mundo en las primeras décadas del siglo XX y también porque estaba conmovida y debilitada por la crisis de los años '30. Las llamadas leyes sociales, la Seguridad Social, el derecho a huelga y la jornada de 8 horas, fueron conseguidas por las luchas mundiales del movimiento de los trabajadores y, como ya se ha dicho, fueron reconocidas por la burguesía mundial de mala gana ante la posibilidad de que el movimiento social, encabezado por los obreros de las grandes fábricas, avanzara por la vía de la revolución socialista.
- El poder de los trabajadores bajo el fordismo residía no en el “saber hacer” del trabajador calificado agrupado en los sindicatos

²⁰ COLLAZO, N. y A. ROMERO. Disponible en:

http://www2.cddc.vt.edu/digitalfordism/fordism_materials/ichiyo.htm

por oficio del período anterior, sino en el desarrollo de la unidad obrera masiva, gestada bajo la dictadura de la cadena de producción y las nuevas formas laborales que acercaban objetivamente al trabajador calificado al sin oficio, incorporando incluso a las masas de trabajadores inmigrantes.

- Esa política burguesa de concesiones al poder de los trabajadores, fue conocida como keynesianismo y consistía en pactar con la dirigencia burocrática del movimiento obrero que los conflictos se limitarían al plano sindical, principalmente el salarial, buscando evitar que los trabajadores se propusieran cambios de fondo en la producción material y espiritual de la sociedad, buscando erradicar la explotación y la dominación de todo tipo. El keynesianismo surgió como política anticrisis en el crac de octubre de 1929, cobró fuerza después de la II Guerra Mundial y se sostuvo hasta los años '70, cuando hizo crisis, algunas de cuyas expresiones fueron la caída de la tasa de ganancias del capital, crisis del modelo monetario basado en el dólar, el Mayo Francés y el aumento de los precios petroleros del 73'.
- En el Japón se desarrolló una nueva táctica para controlar el poder obrero desde las mismas bases objetivas que lo soportaban, es decir desde la producción, para evitar que su desarrollo pusiera en peligro a todo el sistema capitalista. Se trata del llamado Toyotismo, presentado como Just In Time, Calidad Total, Racionalización o flexibilización, pero cuya esencia es un objetivo económico-social-político fundamental para la burguesía: la destrucción de la unidad del movimiento de los trabajadores y mantener e incrementar las ganancias capitalistas. Para esto se apoyó en una experiencia práctica que durante tres décadas sin competencia interna había servido al avance capitalista de Japón.

El empobrecimiento intelectual de los trabajadores y de la mayoría de los ciudadanos se traduce en enriquecimiento intelectual de la producción general, pero dominada por los capitalistas, los intelectuales a su servicio y en los medios de producción, a costa del trabajador manual. Este empobrecimiento debe leerse en el sentido relativo de lo que la humanidad ha acumulado como saber, es decir, ¿cuánto se sabe actualmente respecto a todos los procesos de la realidad y cuánto de ello saben la mayoría de los ciudadanos, más allá de ser operadores de tecnologías o, más bien, ser operados por las tecnologías?

3. El papel de los Intelectuales (léase investigadores)

En este orden de ideas, donde se verifica, especialmente durante el capitalismo, una tendencia a la división social entre las actividades

fundamentalmente intelectuales y las fundamentalmente manuales, vinculado a la propia dominación social de sectores minoritarios de la sociedad sobre sectores mayoritarios de la misma, Antonio Gramsci replantea la necesidad de estudiar en el capitalismo industrial del siglo XX las nuevas e importantes funciones que asumían los sectores sociales vinculados a la producción, reproducción y circulación del conocimiento²¹.

Jorge Acanda²² subraya la propuesta de Gramsci del intelectual orgánico, surgida bajo el capitalismo, donde se integran los trabajadores del intelecto como productores y diseminadores de la racionalidad instrumental en función de disciplinar el cuerpo, la mente y la estructura de los sentimientos para reproducir y sostener los poderes existentes.

En este orden de ideas, es necesario reconocer que el pueblo llano del cual formamos parte ha surgido y se retroalimenta de las condiciones materiales y espirituales existentes, es decir, de la sociedad capitalista, creada por la burguesía y direccionada por su hegemonía cultural. Entonces, el modo de apropiación de la realidad que tienen las clases sometidas bajo esa hegemonía cultural es el dominante en la sociedad actual, con su subordinación cognoscitiva, asimilación acrítica de las ideas que circulan por diversos medios controlados por quienes detentan el poder económico y político, la interpretación instrumental del saber, los métodos pedagógicos verticalistas y repetitivos, la persistencia del mesianismo y la modelación unilateral de los procesos del pensamiento²³.

Por eso, lo nuevo, lo revolucionario en este campo no podría surgir aparentemente de los intelectuales tradicionales ni del pueblo tal cual existe en las relaciones de dominación capitalistas, sino de una articulación o integración problematizadora, con diálogo de saberes y haceres dirigidos a la consecución de la mayor suma de bienestar para el colectivo, empezando por llenar las enormes brechas de desigualdad.

Habría que repetir con Gramsci que se trata de concretar “una concepción del mundo convertida en norma de vida”²⁴. Pero, ¿de qué concepción del mundo estamos hablando? No es de la concepción capitalista del mundo, que tiene alrededor de 300 años y que ha dominado el mundo en los últimos 200 años. Tampoco estamos hablando de las grandes líneas recogidas en el proyecto político bolivariano y en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Porque, no se trata de una concepción del mundo elaborada sobre la base de los intereses y perspectivas de una minoría que controla, entre otras cosas, el trabajo intelectual y, luego le insufla su manera particular de ver a toda la sociedad. La nueva concepción del mundo, si va a representar los intereses de la inmensa mayoría de la población y va a edificar un

²¹ ACANDA, Jorge.(2002). *El malestar de los intelectuales*. Revista Temas, La Habana, N° 20, abril-junio 2002.

²² Idem.

²³ Idem.

²⁴ GRAMSCI, A. *El Materialismo Histórico y la Filosofía de Benedetto Croce*.

nuevo orden basado en la justicia y la equidad, parece que sólo podría gestarse desde la universalización del pensamiento crítico, la democratización del saber y del conocimiento y de los métodos para generarlos y utilizarlos, unido a una problematización de la ética y la moral ciudadanas, todo ello desplegado en una praxis transformadora de lo existente.

Dicho de otra manera:

La burguesía logra su hegemonía porque hace pasar sus intereses como intereses generales, de toda la sociedad. Obtiene un consenso que puede considerarse pasivo, pues es sólo ella, como sujeto excluyente de la reproducción social, quien fija el orden cultural existente en consonancia con lo que le sea de provecho. Pero la hegemonía liberadora sólo puede construirse si todas las clases y grupos empeñados en la subversión del modo de apropiación capitalista poseen las capacidades materiales y espirituales necesarias para plantear sus propios intereses y, en conjunto, establecer los puntos de encuentro.²⁵

4. La Ontología de la Complejidad en Salud y la tolerancia epistemológica

Conocer epistémicamente es aplicar el proceso de la ciencia para conocer un objeto como examen comprobable intersubjetivamente en una comunidad de saberes, no importando la dimensión de la realidad a la cual pertenezca ese objeto, es decir, la naturaleza (cosas), el espíritu o la cultura (sujetos), y también lo formal, como la lógica y la matemática (reglas).

Los sujetos, las reglas y las cosas conforman el mundo. Ninguno creó al otro. Surgieron en un proceso genético y estratigráfico de complejización creciente. De un mundo de cosas, mundo físico, inicialmente caótico fue surgiendo un "orden" que agrupó cosas constituyendo una realidad superior, en la cual lo anterior persistía en una nueva relación con otros que engendraba nuevas cosas; aparecen los objetos de la química, luego los de la bioquímica, después los biológicos y de su evolución los sujetos. En el funcionamiento actual de los sujetos, las cosas y las reglas se resume la historia del mundo y donde los sujetos hemos participado como creadores/creados igual que las reglas y las cosas.²⁶

El sujeto que conoce lo hace mediante estructuras que son similares a la complejidad que lo rodea y de la cual forma parte en un todo, por lo que las reglas y las cosas que están "afuera" de él en realidad están también "adentro", y por eso le parece familiar, lógico o con sentido

²⁵ ACANDA, ob. cit.

²⁶ SAMAJA, J. (1997). *Epistemología y Metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica*. Eudeba.

SAMAJA, J. (2000). *La salud y las dimensiones de la complejidad (Pasos para una Ontología Transdisciplinaria)*. En Módulo Epistemología y Lógica. Postgrado de Metodología de la Investigación Científica, Universidad de Entre Ríos, Argentina. Mimeografiado.

MORIN, E. (1994). *Epistemología de la Complejidad*. En nuevos paradigmas, cultura y subjetividad. Paidós.

que las reglas prescriban un algo y no otro, que las cosas tengan una estructura y unas relaciones y no otras.²⁷

Este modelo estratigráfico, propone una serie de estratos que se van conteniendo uno dentro del otro, de tal manera que, por ejemplo, un ser humano puede ser estudiado hacia abajo como sistemas, órganos, tejidos, células y elementos de las células, y hacia arriba como individuo, miembro de una familia, de una comunidad, de una región, de un estado, de un país, de un continente o del planeta. Es la misma persona, pero no es la misma, y desde el punto de vista de la investigación debe ser abordada en las funciones que el nivel de organización que se decida tomar para anclar la investigación lo exija. El nivel de anclaje es decidido por el planteamiento del problema y las interrogantes de investigación, lo cual es plasmado en los objetivos específicos de la investigación.

Este enfoque complejo, que se ha desarrollado fundamentalmente de las elaboraciones y las propias discusiones dentro de la ciencia desde el siglo XX, parece indicar que

no existe un enfoque epistemológico que sea mejor que los demás, o sea, no hay tal cosa como “el enfoque epistemológico a seguir”... no podemos aceptar imposiciones ni proselitismos en torno a ninguno de los enfoques epistemológicos para la investigación, ya que no se trata de convencer a nadie ni de definir parcelas al modo de los partidos políticos o las religiones... todos los enfoques epistemológicos pueden coexistir (la célebre “tolerancia epistemológica” de Rudolph Carnap) y, aun más, podrían asociarse en el sentido de comparar los resultados que se obtienen por una y otras vías en desarrollos paralelos.²⁸

5. El deber ser de la investigación con las comunidades en el proyecto de la Revolución Bolivariana

La Revolución Bolivariana desde sus inicios ha sido clara en sus propósitos de luchar por alcanzar la justicia y la equidad para todos, empezando en consecuencia por la gran masa de los pobres y más necesitados. No ha sido una frase hueca el compromiso con los pobres o aquella expresión de Martí: “con los pobres de la tierra, quiero yo mi suerte echar”.

El Presidente Chávez lo ha declarado:

Nosotros le estamos devolviendo el poder al pueblo venezolano. Le habían quitado al pueblo el poder; el Gobierno Bolivariano llegó para devolverle el poder a todo el pueblo venezolano, sin excepción ninguna. Al mundo hay que decirle: si queremos acabar con la pobreza,

²⁷ Idem.

²⁸ PADRÓN, J. (2001). *El problema de organizar la Investigación Universitaria*. Disponible en:

http://padron.entretemas.com/Organizar_IU.htm

démosle poder a los pobres. No se trata de pañitos de agua tibia para un cáncer. No, eso no se arregla así, vamos a darle poder a los pobres: es la única manera de que ellos mismos acaben con la pobreza, porque son ellos mismos los que van a derrotar la pobreza, no somos nosotros.²⁹

Con la Revolución Bolivariana el chorro de la renta petrolera ha fluido mucho más hacia el pueblo llano que en procesos políticos anteriores, desde que comenzó la explotación petrolera en el país. Y ese chorro petrolero se ha manifestado especialmente como políticas sociales que se han presentado como Misiones, por su propia dinámica de emergencia como nueva institucionalidad. El Presidente Chávez las ha definido de la siguiente manera:

Las Misiones son componentes fundamentales del nuevo Estado social de derecho y de justicia. Los que estaban excluidos ahora están incluidos, junto a todos: estudiando, capacitándose, organizándose, trabajando con una nueva cultura, con una nueva conciencia. Porque las Misiones están generando una nueva realidad, incluso en el orden cultural, en el orden psicológico, en el orden ideológico y en el orden filosófico, además de la realidad concreta y práctica que están generando: en lo social, en lo económico, en lo educativo.³⁰

Son las Misiones fundamentales³¹ que se han desarrollado hasta ahora bajo la inspiración de la Revolución Bolivariana:

1. Misión Árbol
2. Misión Barrio Adentro
3. Misión Ciencia
4. Misión Cultura
5. Misión Guaicaipuro
6. Misión Hábitat
7. Misión Identidad
8. Misión Madre del Barrio
9. Misión Mercal
10. Misión Milagro
11. Misión Miranda
12. Misión Negra Hipólita
13. Misión Piar
14. Misión Ribas
15. Misión Robinson I
16. Misión Robinson II
17. Misión Sucre
18. Misión Vuelvan Caras
19. Misión Zamora
20. Misión Villanueva

²⁹ Citado en: Ministerio de Planificación y Desarrollo. *Las Misiones Bolivarianas*. Disponible en:

www.sisov.mpd.gov.ve/estudios/143/Las%2520misiones%2520bolivarianas.pdf

³⁰ Idem.

³¹ *Misiones*. Disponible en:

<http://www.gobiernoenlinea.ve/miscelaneas/misiones.html>

Como se puede apreciar, la Revolución Bolivariana ha articulado una batería de políticas sociales, llamadas misiones por su sentido instituyente, las cuales pretenden generar una nueva realidad concreta y práctica, tanto en lo ideológico-cultural-filosófico, como en lo económico y social, dándole poder al pueblo, es decir, a la mayoría que muy poco poder ha tenido.

Pero, la Revolución Bolivariana, desde el año 2005 y más intensamente en los últimos meses del año 2006, se ha venido proponiendo pasar a una etapa superior, fijando posición respecto a la opción dominante en el mundo hegemonizada por los Estados Unidos de América, que postula el capitalismo globalizado e imperialista. Nuestro Presidente, Hugo Chávez, lo ha expuesto con mucha claridad:

Si queremos salvar a nuestro pueblo de la pobreza, de la miseria, de la explotación y contribuir a la salvación del mundo de la destrucción de la vida en el planeta, cambiemos el capitalismo. No hay otro camino. Se han intentado otros caminos mixtos, intermedios, que si capitalismo humano. Esa es una gran farsa: capitalismo humano no hay, es como decir del diablo que hay un diablo santo o un santo diablo. El único camino que tiene nuestro pueblo para salir de la fosa en la que desde hace siglos nos enterraron, es el camino del socialismo, que debemos inventar nosotros aquí: el socialismo a lo venezolano y adecuado al tiempo que estamos viviendo.³²

Para la Revolución Bolivariana, entonces, no hay camino futuro en el capitalismo, porque la experiencia nos dice que, bajo sus esquemas, la inmensa mayoría de la población es excluida de buena parte de su modelo de desarrollo, pero, además, ese modelo civilizatorio amenaza actualmente con acabar con el mundo existente. El Socialismo que se propone como opción no es el “socialismo real” llamado así por el Eurocomunismo, el mismo que fracasó a finales del siglo pasado.

Pero, ¿Qué es el Socialismo? y ¿Qué relación o coherencia debería tener con las formas de investigación que deberíamos desarrollar con las comunidades?

El creador del Socialismo Científico, Carlos Marx, escribió que

Entre la sociedad capitalista y la sociedad comunista media el período de la transformación revolucionaria de la primera en la segunda. A este período corresponde también un período político de transición, cuyo Estado no puede ser otro que la *dictadura revolucionaria del proletariado*.³³

De esta cita textual hay que puntualizar varias cosas para mejor entender la propuesta teórica del autor, a saber:

³² Citado en: Ministerio de Planificación y Desarrollo. *Las Misiones Bolivarianas*. Disponible en:

www.sisov.mpd.gov.ve/estudios/143/Las%2520misiones%2520bolivarianas.pdf

³³ MARX, C. *Critica del Programa de Gotha*. Disponible en:

<http://www.marxists.org/espanol/m-e/1870s/gotha/gothai.htm>

- Establece Marx dos sociedades diferenciadas, cada una opuesta y distinta a la otra. Está claro que al plantear un periodo de transición está subrayando el hecho histórico de que dentro del capitalismo no se ha desarrollado ni se puede, aparentemente, desarrollar un modo de producción material dominante opuesto que posteriormente y por ese dominio económico conquiste luego el poder político del Estado y lo convierta a su imagen y semejanza, como hizo el capitalismo con el feudalismo, por ejemplo.
- El Estado de esa transición la llama dictadura del proletariado, porque en su modelo teórico el Estado es categorizado como la organización de la clase dominante en cada época desde que surgió en la historia, la cual hegemoniza todos los aspectos de la vida social, especialmente el monopolio de la fuerza para mantener el *status quo*. Por otra parte, para Marx, las tendencias del capitalismo conducirían a la existencia de dos clases sociales: quienes trabajaban o proletarios, poseedores únicamente de fuerza de trabajo (intelectual y manual), y quienes viven del trabajo de los demás o capitalistas. Dicho de otra manera y actualizados en el siglo XXI, se trata del Estado que representa a la mayoría que no tenía los medios de producción social como su propiedad privada y que están obligados a trabajar con sus capacidades manuales e intelectuales, generando la riqueza social al utilizar esos medios de producción, pero que reciben migajas en la distribución de esa riqueza porque quienes se han adueñado de los medios y crearon el capitalismo impusieron esas reglas de estructuración y funcionamiento de la sociedad. El asunto ahora es que la mayoría de la sociedad decide cambiar esas reglas del juego que sólo benefician a una minoría, pero la minoría no lo acepta y se defiende y usa todos sus recursos de poder para impedir que la mayoría organice la producción y la distribución de la riqueza social para su beneficio.

Esta transición, Marx la denomina la primera fase de la sociedad comunista, porque no “se ha desarrollado sobre su propia base”, sino que “acaba de *salir* precisamente de la sociedad capitalista y que, por tanto, presenta todavía en todos sus aspectos, en el económico, en el moral y en el intelectual, el sello de la vieja sociedad de cuya entraña procede”³⁴. Pero, entonces, ¿cuáles son los cambios radicales, revolucionarios que nos aporta esta transición?

El autor lo destaca cuando dice:

Han variado la forma y el contenido, por que bajo las nuevas condiciones nadie puede dar sino su trabajo, y porque, por otra parte, aho-

³⁴ Idem.

ra nada puede pasar a ser propiedad del individuo, fuera de los medios individuales de consumo.³⁵

En esa primera fase del comunismo, los cambios fundamentales serían en consecuencia:

- Todos los que podamos trabajar, lo haremos. Seremos una sociedad de trabajadores. Nadie, a menos que no tenga algún impedimento válido, podrá vivir del trabajo ajeno.
- Los medios para poder trabajar o medios de producción, serán de propiedad y uso colectivo, de toda la sociedad.
- La única propiedad privada de los individuos serán los medios individuales de consumo, es decir, todo lo demás menos los medios de producción.

Pero, ¿dónde está la definición de socialismo? Dejemos que sea el principal dirigente de la Revolución Rusa y destacado teórico del marxismo, Vladimir Lenin, quien lo explique:

la diferencia científica entre el socialismo y el comunismo es clara. A lo que se acostumbra a denominar socialismo, Marx lo llamaba la “primera” fase o la fase inferior de la sociedad comunista. En tanto que los medios de producción se convierten en propiedad común, puede emplearse la palabra “comunismo”, siempre y cuando que no se pierda de vista que éste no es el comunismo completo.³⁶

Surge también la interrogante de ¿cuál es la diferencia entre el socialismo o primera fase del comunismo y el comunismo propiamente dicho o la fase superior del comunismo? Puede inferirse de Marx³⁷ la siguiente explicación:

- El socialismo es un período de transición entre el capitalismo y el comunismo, por lo tanto o en tanto tal, combina elementos de ambos tipos de sociedad y, en un modelo de continuo, en un principio tiene más de capitalismo que de comunismo, mientras al avanzar cada vez tiene más rasgos de comunismo.
- Ya se dijo que en el socialismo los medios de producción serán comunes, todos seremos trabajadores (con sus excepciones) y sólo podrá haber propiedad privada de los medios de consumo individual.
- Según Marx, el productor individual recibe de la sociedad en medios de consumo el equivalente a su cuota individual de trabajo, previo descuento para el fondo común que incluye: “una parte para reponer los medios de producción consumidos”, otra parte para ampliar la producción, otra parte para “el fondo de reserva o

³⁵ Idem.

³⁶ LENIN, V. I. *El Estado y la Revolución*. La teoría marxista del estado y las tareas de proletariado en la revolución. Disponible en:

<http://www.marxists.org/espanol/lenin/1910s/estyrev/index.htm>

³⁷ MARX, C. *Critica del Programa de Gotha*. Disponible en:

<http://www.marxists.org/espanol/m-e/1870s/gotha/gothai.htm>

de seguro contra accidentes, trastornos debidos a fenómenos naturales, etc.", "los gastos generales de administración", "la parte que se destine a satisfacer necesidades colectivas, tales como escuelas, instituciones sanitarias, etc.", "los fondos de sostenimiento de las personas no capacitadas para el trabajo, etc... lo que hoy compete a la llamada beneficencia oficial."

- El autor reconoce que la distribución de los bienes de consumo "entre los distintos productores, rige el mismo principio que en el intercambio de mercancías equivalentes: se cambia una cantidad de trabajo, bajo una forma, por otra cantidad igual de trabajo, bajo otra forma distinta".
- Este derecho sigue siendo burgués o capitalista, según constata Marx, "aunque ahora el principio y la práctica ya no se tiran de los pelos".
- "Pero unos individuos", dice Marx, "son superiores, física e intelectualmente a otros y rinden, pues, en el mismo tiempo, más trabajo, o pueden trabajar más tiempo", por lo que "este derecho *iguales* un derecho desigual para trabajo desigual". Es "*como todo derecho, el derecho de la desigualdad*". El problema es que somos desiguales, por lo que "a igual trabajo y, por consiguiente, a igual participación en el fondo social de consumo, uno obtiene de hecho más que otro, uno es más rico que otro". El autor concluye que "para evitar todos estos inconvenientes, el derecho no tendría que ser igual, sino desigual", pero que esto sucede porque "el derecho no puede ser nunca superior a la estructura económica ni al desarrollo cultural de la sociedad por ella condicionado".
- Esa es la explicación de diferenciar teóricamente una fase inferior de otra superior. Dice Marx: "En una fase superior de la sociedad comunista, cuando haya desaparecido la subordinación esclavizadora de los individuos a la división del trabajo, y con ella, el contraste entre el trabajo intelectual y el trabajo manual; cuando el trabajo no sea solamente un medio de vida, sino la primera necesidad vital; cuando, con el desarrollo de los individuos en todos sus aspectos, crezcan también las fuerzas productivas y corran a chorro lleno los manantiales de la riqueza colectiva, sólo entonces podrá rebasarse totalmente el estrecho horizonte del derecho burgués y la sociedad podrá escribir en sus banderas: ¡De cada cual, según sus capacidades; a cada cual según sus necesidades!"

A la luz de estos planteamientos, es lógico postular que si el Socialismo del siglo XXI es el norte de la Revolución Bolivariana y ella es la organización de las grandes mayorías de la población, que son o de-

ben ser trabajadores, como clase dominante, y que como parte de su dominación bajo el capitalismo debieron estar excluidos de los procesos científicos de investigación, salvo como objetos, debe generarse un proceso de recuperación y fortalecimiento de las capacidades intelectuales de la masa. Esto, desde luego, choca con lo establecido en las “comunidades científicas”, producto de la división social del trabajo en función de la dominación de clases minoritarias sobre clases mayoritarias.

En Salud Pública, esto es crucial porque quizás hemos girado fundamentalmente en torno a la cuantificación del riesgo y nuestro momento histórico y la emergencia de las necesidades de las comunidades que se manifiestan como derechos, nos obliga a apuntar a los contextos y sus transformaciones. El Dr. Samaja ha llamado la atención sobre ello cuando dice:

“Riesgo” es una categoría que se mantiene en el campo de las magnitudes, sin hacer expresa referencia al campo de las estructuras o contextos, y de los ciclos o transformaciones. El concepto de probabilidad que está presente en la noción de riesgo, es una noción que presupone una ley de funcionamiento al interior de un cierto contexto. Yo puedo modificar ese riesgo por dos vías: por la vía de actuar sobre los márgenes posibles de la ley de funcionamiento, o por la vía de cambiar los contextos.³⁸

Bajo la Revolución Bolivariana, más allá de las palabras y si es una revolución verdadera, la transformación de los contextos, léase la transformación del Modo de Vida, de las Condiciones de Vida y de los Estilos de Vida como lo propone Pedro Luis Castellanos³⁹, está unido a la construcción de un Poder Popular, expresado en el ejercicio del poder de los Consejos Comunales.

No puede haber Poder de la Comunidad, sin un saber crítico de la comunidad, surgido del mirar juntos los problemas con el repertorio que puede desplegar eso que llaman “diálogo de saberes y haceres”. También es decisivo la apropiación de fundamentos y métodos, mediante la articulación de las misiones educativas (Robinson I y II, Rivas y Sucre), la Misión Ciencia y la Misión Cultura, con los Análisis de Situación de Salud y las Salas Estratégicas (pero retomando a P. L. Castellanos), con la Vigilancia Epidemiológica Comunitaria y cualquier otra iniciativa orientada a investigar/conocer transformando y transformar conociendo/investigando. Lo que estaríamos edificando desde las bases es la nueva creencia de la sociedad socialista del siglo XXI, que no puede estar puesta antes, sino en sus grandes rasgos, porque ahora sí debe ser cada vez más una construcción colectiva.

En Barrio Adentro 1, habría tres grandes áreas de investigación colec-

³⁸ SAMAJA, J. (S/F). *Significación y Valor en la Teoría de la Salud*. Mimeo-grafiado

³⁹ CASTELLANOS, P. L. (1994). *Determinantes Sociales de la Situación de Salud de las Poblaciones*. OPS.

tiva, correspondientes con sus funciones primordiales: impulsar con la comunidad la definición y desarrollo de estrategias promocionales de la calidad de vida y salud, impulsar con la comunidad la definición y desarrollo de estrategias de prevención de enfermedades y daños, y atender a los enfermos con calidad.

De lo que se trata, en fin, es de impulsar el desarrollo integral de todos los ciudadanos, porque no habría el interés político de limitar a grupos de personas, mayoritarios o minoritarios, para dominarlos y/o explotarlos. He allí el gran sentido ético que cruzaría la propuesta de la Revolución Bolivariana.

La investigación de las endemias en Venezuela

Caso del dengue, malaria y leishmaniasis en el estado Sucre (Resultados preliminares)

Introducción

En el presente trabajo se abordan aspectos de interés, relativos a una experiencia de investigación realizada en el estado Sucre, durante el periodo 2002-2005. Específicamente, se desarrolló el proyecto *Representaciones Sociales, Salud, Gestión Pública, Enfermedades Emergentes y Reemergentes [Dengue, Malaria y Leishmaniasis] en el estado Sucre*. Dicho proyecto contó con el financiamiento del FONACIT y el apoyo del Consejo de Investigación de la Universidad de Oriente. Su objetivo fue el de analizar la situación de salud pública en algunos municipios del estado Sucre, haciendo énfasis en ciertas enfermedades emergentes y reemergentes (dengue, malaria y leishmaniasis) a partir de la interrelación de las mismas con los contextos socio-culturales y socio-económicos que condicionan el comportamiento social hacia esas enfermedades y las formas de gestión pública bajo las que se desarrollan los servicios de salud.

Consideramos importante compartir esta experiencia en el contexto del Panel “Retos de la Investigación en la Salud Pública Hoy”, convocado por el Instituto de Altos Estudios “Arnoldo Gabaldón” ya que la investigación en referencia, reúne una serie de características desde el punto de vista teórico-metodológico y operativo que la convierten –por lo menos en esta parte del país– en una referencia con respecto a las investigaciones realizadas en forma reciente, desde las ciencias sociales en el campo de salud. Su finalidad fue la de ofrecer una respuesta a lo que hoy en día constituye un desafío para los organismos de salud, esto es la atención, prevención, control o erradicación de enfermedades endémicas, las cuales requieren un abordaje interdisciplinario, dado la variedad de factores ambientales, socio-culturales, institucionales y clínico-epidemiológicos intervinientes en las mismas.

En la investigación antes referida, vimos la necesidad de indagar la construcción socio-cultural que hacen los sujetos (usuarios) para comprender y atender el problema de salud generado por la presencia del dengue, malaria y leishmaniasis, en las localidades consideradas

* Universidad de Oriente, Grupo de Investigaciones e Innovaciones Sociales-SOPHIS-Cumaná.
ireygomez@cantv.net;
sociology@cantv.net

como áreas de riesgo endémico. Así como también la perspectiva que tanto los usuarios como los prestadores del servicio de salud, tienen con respecto a la atención, prevención y control de estas enfermedades, tomando en cuenta la interrelación de diversos factores de índole socio-económico, físico-natural y socio-cultural.

Cabe destacar que la iniciativa de esta investigación data del año 2000, en respuesta a la convocatoria pública de las llamadas "Agendas de Investigación" del principal organismo rector de las políticas científicas y tecnológicas a nivel nacional, (antes denominado CONICIT) el Fondo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (FONACIT), adscrito al Ministerio de Ciencia y Tecnología (MCyT). La investigación se inició efectivamente en el año 2002. Para tal fin, el equipo investigador se constituyó en un grupo de investigación, bajo la denominación de "Grupo de Investigaciones e Innovaciones Sociales-SOPHIS", conformado por un equipo multidisciplinario (Educación, Sociología, Trabajo Social Economía y Medicina) de profesionales, investigadores, docentes y estudiantes. En el mes de marzo del año 2003, SOPHIS se adscribe al Consejo de Investigación de la UDO. En grandes líneas, las actividades de este grupo se resumen en las siguientes áreas: Investigación, Divulgación, Extensión, Capacitación y Formación.

En esta ponencia nos vamos a referir principalmente a los aspectos de orden metodológico que caracterizaron la investigación, algunos logros y limitaciones, y en forma general, algunos resultados preliminares, ya que la información en forma amplia y detallada, está por entregarse a las autoridades del FONACIT, para su discusión y aprobación.

1. Fundamentación teórica y metodológica de la investigación

Teóricamente se abordó el tema de la salud-enfermedad en el estado Sucre desde diversas perspectivas, que por lo general no forman parte de los clásicos estudios que se realizan respecto al tema de la salud. En este sentido empleamos la Teoría de la Representaciones Sociales (TRS) de Moscovici, y la Teoría acerca de la Construcción Social de la Realidad (CSR) de Berger y Luckman, así como también, la propuesta teórica de la Sociología de la Alteridad (SA) de Alarcón y el constructo teórico referente a los Estilos de Vida (EV). Estos nos permitieron el abordaje de la racionalidad médica y popular, con relación a los padecimientos que son socio-culturalmente interpretados, como construcción social o universos de opinión socialmente producidos, respecto a un hecho en particular, en este caso relacionado con las distintas enfermedades (Malaria, Degue y Leishmaniasis) en estudio.

Es importante destacar, que no podemos entender las Representaciones Sociales fuera del contexto de la vida cotidiana (Estilos de Vida) de

cada comunidad estudiada, perteneciente a un determinado escenario o contexto social. Del mismo modo, tampoco hay acercamiento posible, de manera genuina a los aspectos cognoscitivos y vivenciales de un sujeto en un proceso de investigación tradicional, sino más bien mediante “un conocer por relación” (Sociología de la Alteridad), donde la persona o la alteridad juegan un papel de vital importancia en tanto constituyen el centro de la investigación.

Entendemos por Estilos de Vida al conjunto de los comportamientos, las acciones, los hábitos, las costumbres, las prácticas de vida que en la cotidianidad las personas realizan. Hacen referencia al cómo y al dónde las personas viven, lo que hacen y dejan de hacer en el contexto de su vida cotidiana. Asumimos que el Estilo de Vida de una persona o de un grupo de personas que comparten un mismo habitat, está influenciado por el contexto de la comunidad; es decir, por las condiciones socio-económicas, físico-ambientales y hasta político-sanitarias, que caracterizan el entorno de la comunidad de que se trate.

Por su parte, “Las Representaciones Sociales están referidas a la interpretación y simbolización de sentidos socialmente construidos por los sujetos para apalabrar diversas situaciones que les permitan desenvolverse en su cotidianidad”. (Alarcón y Gómez 2004: 2)

Dado el tipo de investigación, desde el punto de vista metodológico, recurrimos al uso de los métodos cualitativos de investigación social debido a la complejidad que representó el estudio de la salud. Conjugamos las premisas epistemológicas, conceptuales y técnicas de la fenomenología, la etnografía y la hermenéutica. En líneas generales, en el Gráfico N° 1 se muestran los elementos que aportaron cada uno de los enfoques antes referidos.

La investigación se desarrolló en los siguientes momentos:

- a) Arqueo bibliográfico.
- b) Inserción y reconocimiento comunitario.
- c) Recolección de información.
- d) Procesamiento y análisis de la información.

La muestra estructural se elaboró *según los criterios epidemiológicos* que orientan la práctica de los organismos sanitarios. Dicha muestra se clasificó en pacientes (infectados, reinfectados, renuentes, sintomáticos o asintomáticos) y no pacientes. *Según los criterios sociológicos*, se seleccionaron los pacientes con las siguientes características: que hayan sido afectados por la enfermedad durante el periodo 1998-2003, pertenecientes a cualquier edad, sexo, grupo religioso, social y

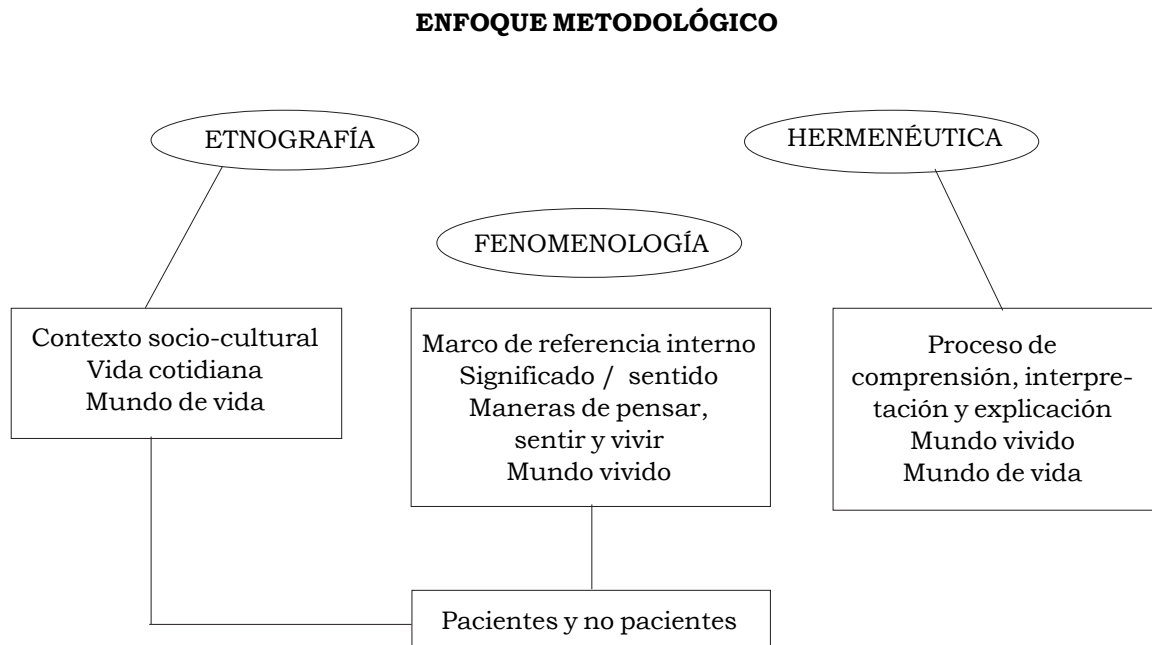
político y que habitaran para el momento de la investigación, en las localidades que formaron parte del área de estudio. Como no pacientes se consideraron las personas que por su condición de familiar o tener otro tipo de vínculo cercano con el paciente, comparten la vivienda o habitan cerca de ella.

2. Estrategias de inserción en la comunidad e instituciones

El área de estudio de la investigación estuvo integrada por un promedio de 21 localidades, ubicadas en siete (7) municipios, pertenecientes al estado Sucre. Así como también los distintos centros de salud y dependencias administrativas responsables del servicio de atención y control de las endemias en estudio, en esta entidad federal (ver Cuadro N° 1).

La etapa de inserción comenzó con las visitas a los centros de salud y recorridos a la zona en estudio, éstos últimos con el propósito de observar los aspectos físico-naturales, socio-económicos y socio-culturales que caracterizan las áreas de riesgo endémico. Posteriormente, se hicieron nuevas visitas con el propósito de hacer contacto con la

GRÁFICO N° 1. ENFOQUES METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN



población, especialmente con los pacientes y no pacientes seleccionados en la muestra e informantes clave de las respectivas comunidades. Después de estos contactos preliminares, se hizo la presentación del equipo de investigación y los objetivos de la misma a los habitantes de las comunidades en estudio y a los grupos de salud allí presentes. Esta parte del trabajo se llevó a cabo con el acompañamiento en algunos casos del personal de salud, adscrito en dichas comunidades.

Con respecto a los organismos de salud, cabe destacar que primero se hizo contacto informal con integrantes de cada uno de los servicios que atienden estas endemias y posteriormente se llevaron a cabo entrevistas al personal directivo, mediante las cuales se ofreció información y se crearon los vínculos necesarios para tener el contacto con el resto del personal de salud, cuestión que se hizo a través de la realización de reuniones para la presentación de los miembros del equipo y del proyecto de investigación.

CUADRO 1. PROYECTO SALUD UDO-FONACIT N° 200001897: AREA DE ESTUDIO

Municipios	Localidades	Centros de salud	Dependencias Administrativas
<i>SUCRE</i>	El Peñón, San Luis, El Guapo; Vega Grande, San Pedro y San Pedrito.	Ambulatorio Dr. Arquímedes Fuentes; Ambulatorio El Peñón	Unidad de Dermatología Sanitaria; Dirección de Epidemiología Regional.
<i>BERMÚDEZ</i>	Charallave.	Hospital Santos Anibal Dominicci	Gerencia de Saneamiento y Contraloría Sanitaria; Servicio de Dermatología Sanitaria
<i>MONTES</i>	La Aguada, Maurate y Los Chorros de Maurate.	Medicatura Rural Los Dos Ríos y Hospital Luis Daniel Beaperthuy	
<i>CAJIGAL</i>	Yaguaraparo y El Paujil.	Hospital de Yaguaraparo	
<i>MARIÑO</i>	Río Seco; El Llanito y Río Chiquito Arriba	Hospital de Irapa.	
<i>ARISMENDI</i>	Río Caribe, Santa Isabel; Chaguaramas de Loero; San Juan de Las Galdonas.	Hospital Pedro Figalo	
<i>ANDRÉS MATA</i>	Campeare, Fuente Lourdes y Lomas del Carmen		

En el momento de inserción, queremos destacar dos aspectos, a saber:

Primero, en algunos casos nos encontramos con actitudes escépticas de algunos funcionarios del servicio de salud y habitantes de las comunidades en estudio. No obstante, intentamos mostrar una actitud humilde y comprensiva ante la situación. Nos dimos cuenta que este tipo de problema tenía su origen en la imagen negativa que algunas veces suelen crearse las personas debido a la forma en que actúan algunos investigadores, quienes llevados sólo por el mero interés personal, realizan sus investigaciones, de forma tal que las personas involucradas en el estudio son consideradas meras transmisoras de datos, manteniéndolas al margen de los resultados, logros y beneficios de esas indagaciones.

En todo caso este tipo de experiencia crea en la población la disposición a no colaborar o integrarse en los proyectos de investigación. Lo más importante, por parte nuestra, fue asumir en forma constructiva este tipo de respuesta. De ahí que eso nos ayudó a iniciar un acercamiento destinado también a mejorar la imagen de la Universidad y de los investigadores, a fin de facilitar el proceso de investigación.

Segundo, en el proceso de presentación del proyecto de investigación a los organismos de salud, la orientación teórico-metodológica de la investigación creó algunas dudas e interrogantes en algunos funcionarios directivos de las instituciones sanitarias. Esta cuestión tuvo que ver con el hecho de que nuestra propuesta marcó cierta distancia del paradigma positivista que mayormente valida los resultados en base a la recolección de datos cuantitativos a gran escala, el cual ha sido predominante en el estudio de las enfermedades y problemas de salud en nuestro país. A diferencia de eso y sin desmerecer el aspecto cuantitativo, nuestro acercamiento al problema de salud que representan las endemias en estudio, al privilegiar aspectos tales como: representaciones sociales y estilos de vida, ameritó un enfoque de investigación mayormente cualitativo.

3. Recolección de información

Entre las actividades y técnicas de investigación que fueron desarrolladas para la recolección de información destacamos las siguientes:

- 3.1 Aplicación de entrevistas, coloquios familiares, grupos de discusión y observación participante a pacientes y no pacientes, y personal de salud, específicamente: Pastilleros, Cazadoras, Jefe de Cuadrillas, Enfermeras, Promotoras sociales, inspectores sanitarios, Jefes de Demarcaciones Sanitarias, Médicos (Jefes de Muni-

cipio Sanitario) e Inspectores Sanitarios, Epidemiólogos y personal gerencial adscrito a los organismos en estudio.

- 3.2 Análisis de los reportes epidemiológicos y planes sanitarios provenientes de organismos o dependencias de salud en estudio: Gerencia de Saneamiento Ambiental (Malariología), Dirección de Epidemiología Regional y Servicio de Dermatología Sanitaria.
- 3.3 Asistencia a las reuniones técnico-administrativas realizadas por el personal de salud adscrito a la Gerencia de Saneamiento Ambiental (antigua División de Malariología-Carúpano y Municipios Sanitarios incluidos en la muestra del proyecto).
- 3.4 Asistencia periódica a la Unidad de Dermatología Sanitaria, ubicada en la ciudad de Cumaná, responsable de la atención de la Leishmaniasis en el estado Sucre. En estas visitas se hizo observación participante durante la aplicación de la terapia de vacunación a los pacientes y se entrevistaron los pacientes, sus familiares, los médicos e inspectores sanitarios.
- 3.5 Entrevistas a informantes clave en algunas localidades a los grupos sociales comunitarios relacionados con la promoción de la salud: directivos de asociaciones vecinales y de organizaciones comunitarias en salud (OCS) que funcionan en los diversos municipios en estudio.



La imagen izquierda trata sobre un grupo de discusión realizado con el personal técnico-operativo y médico del Hospital de Irapa (municipio Mariño, estado Sucre). Al lado derecho, se muestra un coloquio familiar efectuado con una paciente de Malaria, en el municipio Cajigal.

- 3.5 Talleres de especialización y actualización para el equipo de investigadores, en cuanto a los referentes teóricos, metodológicos y epidemiológicos vinculados a las enfermedades en estudio; este tipo de actividad estuvo a cargo de integrantes del equipo de investigación y personal especializado de los organismos de salud, vinculados a las endemias en estudio. Al respecto se citan las siguientes actividades: *"Inducción a la Malariometría"*; *"Construcción Operativa de la Estrategia Intermetodológica"*; *"Control de Vectores"*; *"Curso Básico de Leishmaniasis"*; *"Trabajo Comunitario y Leishmaniasis"*; *"Representaciones Sociales"*; *"Orientación Teórica-Metodológica"*; *"Enfoque Holístico en el Manejo de la Malaria"*.
- 3.6 Asistencia del equipo de investigación a reuniones con el personal de salud y otros actores sociales, así como el acompañamiento en otras actividades jornadas médico-asistenciales.

4. Resultados generales de la investigación

Como ya se indicó en la introducción, en este punto nos limitamos a la presentación en forma general de algunos de los aspectos más significativos de la investigación. Los resultados en su totalidad pueden ser posteriormente consultados en el informe final una vez que éste sea presentado a las instancias pertinentes del FONACIT-MCyT.

4.1. En relación a los estilos de vida y los factores de riesgo que inciden en la presencia de estas endemias

Desde el punto de vista físico-ambiental:



Participación de integrantes del Grupo SOPHIS en Jornada de salud, efectuada por la Unidad de Promoción Social del Ambulatorio Arquímedes Fuentes, en la localidad de San Luis, en la ciudad de Cumaná.

- Los pacientes viven en los nichos ecológicos naturales de los vectores y por ende están en permanente situación de riesgo.
- En la zona se conjugan factores de riesgo naturales: Tipo de vegetación (bosques, manglares), suelo poco permeable, precipitaciones constantes, clima húmedo, altitud, temperatura, ubicación geográfica. Por tanto, el estado Sucre es un territorio de alto riesgo de transmisión de las enfermedades en estudio.

Desde el punto de vista socio-económico:

- Existe un alto índice de desempleo (más de la mitad de la población está desempleada, según fuentes oficiales del Ine).
- Las principales actividades económicas son la agricultura de subsistencia (el conuco) y la pesca artesanal.
- Por el tipo de actividad económica que realizan, los hombres son los que más se enferman, en el caso del de paludismo y la leishmaniasis. Ello es coherente con el hecho de que son los que están más en contacto con la población anophelínica cuando se dirigen a los lugares donde realizan las labores agrícolas.
- Las migraciones como resultado de la búsqueda de opciones de inserción en el mercado laboral, afectan el comportamiento de la enfermedad.
- Existen múltiples carencias en el área de servicios básicos (electricidad, agua, aseo, eliminación de excretas, sistemas de cloacas, vialidad, entre otros). Las condiciones de la vivienda y la ausencia o deficiencia de los servicios conexos a la misma, marca un estilo de vida por parte de sus habitantes que influye en la incidencia de las endemias en estudio.
- Existe una deficiente formación y bajo nivel educativo de la población que obstaculiza la efectividad de las medidas de prevención y la incorporación plena de la población en la gestión de sus problemas de salud.

Desde el punto de vista político-sanitario:

- Se presenta un deterioro de la infraestructura en algunos centros de salud.
- Las deficiencias y retrasos presupuestarios, junto a la carencia de personal y de insumos, incide negativamente en las estrategias de atención, prevención y control aplicadas por los organismos de salud.

- Se observa la falta de eficiencia en la atención de problemas de desnutrición y enfermedades prevenibles.
- Existe la tendencia al predominio de una racionalidad curativa, asistencialista e inmediateista, por parte de algunos organismos de salud, así como el descuido de políticas preventivas en el abordaje de algunas endemias.

4.2. Representaciones sociales de las enfermedades en estudio

4.2.2. REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LA MALARIA

Actitud ante la enfermedad:

- En su mayoría los pacientes adoptan una actitud de rechazo ante lo que ellos consideran la incomodidad que les origina la enfermedad, la severidad de la sintomatología y lo desagradable del tratamiento.
- Ellos sienten que la enfermedad obstaculiza su vida cotidiana (especialmente en su jornada de trabajo) e interacción social en general.

Información acerca de la enfermedad:

- En mayor o menor medida existe un nivel de información, relacionada con la sintomatología, factores y agentes causales, mecanismos de prevención y control y los responsables de la atención de la malaria.

Imagen de la enfermedad:

- Las imágenes de la malaria se representan como un parásito, un bicho, un "zancú", algo terrible, algo mortal e incurable.
- El paciente es visto como un "parasitado" o "febril".
- Los agentes prestadores de servicios de salud que están más cercanos a ellos en las localidades son vistos como los salvadores, el auxilio, los que curan (elaborando juicios positivos acerca del personal de salud).
- Los distribuidores de tratamiento son vistos como los "pastilleros" (término sedimentado en la memoria social).
- El tratamiento lo denominan "pastillas del paludismo". Según ellos el tratamiento los puede curar pero sus efectos colaterales también les puede ocasionar un daño tan grande como el de la propia enfermedad.

4.2.3 REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA LEISHMANIASIS.

Antes de caracterizar las representaciones sociales que existen acerca de la leishmaniasis, es oportuno resaltar un conjunto de elementos asociados a la presencia de esta enfermedad en la región sucreña. Entre ellos, tenemos las deficiencias en la aplicación de estrategias de prevención dirigidas a la población habitante en las zonas de riesgo; la falta de recursos humanos, financieros y materiales para el desarrollo de estas estrategias y de la atención médica que requiere esta enfermedad. De igual modo, la precariedad en las condiciones socio-económicas de los pacientes y sus familiares, así como su estilo de vida y en particular las representaciones sociales que tienen las personas en cuanto a la enfermedad, en las áreas consideradas de riesgo endémico en esta región (Ver Gráfica N° 2).

Información acerca de la enfermedad

- En las localidades de Maurate, La Aguada, San Pedro, San Pedro, Vega Grande, Lomas de Lourdes, Lomas del Carmen y Campeare, del estado Sucre, el conocimiento acerca de la enfermedad fue coherente pero deficiente y en algunos casos se encontró desorganizado.
- Los entrevistados mostraron cierto nivel de conocimiento de las medidas preventivas de la enfermedad (entre ellas usar camisas

GRÁFICA N° 2. ÁREAS GEOGRÁFICAS AFECTADAS POR LA LEISHMANIASIS CUTÁNEA EN EL ESTADO SUCRE



Fuente: UPSDSC. Sucre, 2003

manga largas y pantalones largos en sus hogares como cuando van al conuco, mosquiteros y telas metálicas en las puertas y ventanas de sus viviendas) pero no las ponen en práctica debido principalmente a su estilos de vida y a las representaciones sociales que tienen de la enfermedad.

- De igual manera, el marco de referencia de la población en torno a esta enfermedad se concentra en la búsqueda de tratamiento que le elimine los malestares físicos y evite el avance de la ulcera en la piel. Cuestión que incide en la no adopción de las medidas de prevención y control.

Imagen que tienen los pacientes de la enfermedad

- El elemento constitutivo de la representación social hace referencia al esquema figurativo o lo que los sujetos (pacientes y no pacientes de la endemia) pueden ver de la enfermedad que en este caso es la úlcera leishmanica. Para ellos, la leishmaniasis es una lesión en la piel que les origina no sólo malestares físicos sino también sentimientos de pena, vergüenza, temor, ante la estigmatización que suele ocurrir ante este tipo de enfermedad.

Actitud de los pacientes y no pacientes ante la enfermedad

- Una de las actitudes de los pacientes y no pacientes ante la endemia es la de incurrir en practicas curativas erróneas de autocuidado y automedicación que en líneas generales agravan la condición del paciente. No obstante, en su mayoría buscan la atención médica, sólo que algunos lo hacen después de pasar por la automedicación o sencillamente cuando se dan cuenta que el crecimiento de las lesiones corporales y los malestares de la enfermedad (ardor, picazón, dolor, fiebre e inflamación) afectan su vida cotidiana.
- Se observó una actitud pasiva ante la enfermedad.
- La representación social que el paciente y no paciente tienen de la leishmaniasis los lleva a asumir determinados roles y actitudes que pueden estar o no en correspondencia con las prescripciones clínicas y epidemiológicas en torno a esa enfermedad.

4.3 Actitud de los pacientes en relación a los organismos de salud

- La opinión hacia el personal de salud responsable de las endemias en estudio, es favorable y positiva.
- El personal de salud es visto como los que "auxilian, los salvadores".

- Los pacientes identifican las funciones del personal de salud, valoran su trabajo, admiran y respetan a este personal.
- La opinión social que se ha construido alrededor del personal de salud es que este tiene una actitud de entrega y vocación de servicio, dado las condiciones difíciles en las que por lo general realiza su trabajo.
- La población se vincula al personal de salud en forma directa.

4.4. Situación de la participación comunitaria en salud en las comunidades en estudio

- Los habitantes en las áreas de riesgo endémico, no ven la participación comunitaria como medio para la atención, control y prevención de las endemias en estudio.
- Existe una falta de participación activa de la población.
- No tienen una idea clara de lo que es la participación, ni en sentido conceptual ni tampoco en sentido operativo, a pesar de que existen experiencias en la aplicación de proyectos o actividades relativas a este tema.
- Han creado dependencia de los agentes prestadores para la atención de la endemia.
- Tanto las autoridades sanitarias como la población tienden a concebir la participación comunitaria como un acto colaboracionista de las personas hacia las instituciones.
- Como resultado de los aspectos anteriormente planteados, la población no ejerce el derecho a la participación comunitaria en salud, ni cumple tampoco con el principio de corresponsabilidad en el abordaje de la problemática de salud.
- No hay sinergia entre las instituciones y las comunidades para el desarrollo de la gestión en la atención, prevención y control de las endemias.

5. Logros y limitaciones de la investigación

En cuanto a los logros:

- Caracterización de cada una de las localidades en estudio en función de las variables en estudio, en este caso, la definición de los estilos de vida, aspectos socioeconómicos, demográficos y los factores de riesgo, relativos a las enfermedades en estudio.

- Aproximación a las representaciones sociales de los sujetos en estudio en torno a estas endemias y a los servicios de atención a las mismas.
- Conocimiento del funcionamiento del servicio de salud a nivel regional desde la perspectiva de los usuarios y prestadores del servicio.
- Realización de un total de diez (10) tesis de grado culminadas y aprobadas.
- Revisión y clasificación temática del material audiovisual recolectado en el trabajo de campo. Al respecto se elaboraron guiones relativos a la prevención de cada una de las enfermedades (Dengue, Malaria y Leishmaniasis), así como también se diseñó material educativo, en forma de caricatura. Con los guiones se pretenden elaborar micros o documentales respecto a la educación en salud en estas endemias.
- Diseño de una Propuesta de Participación Comunitaria en Salud fundamentada en la experiencia de investigación.
- Evaluación del Servicio de Salud desde la óptica de los prestadores de servicio y de los usuarios.
- Elaboración de mapas de riesgo de las enfermedades en estudio, como instrumento que permiten la sistematización de la información en forma gráfica, relativa a los factores de riesgo y estilos de vidas que afectan a la población de los municipios en estudio.
- El intercambio de saberes fortaleció el proceso de descentralización del servicio antimalárico y a su vez incidió favorablemente en el control de la endemia en la región.
- Creación de vínculos de trabajo que permitieron el apoyo mutuo en la solución de problemas y la proyección de la realidad institucional de los respectivos servicios, así como la situación de cada una de estas endemias en el estado Sucre.
- Mayor sensibilización del personal de salud y conocimiento respecto a la relación que tienen estas endemias con los factores socio-económicos y socio-culturales en estudio.

En cuanto a las limitaciones:

- Retrasos en la entrega de la segunda partida presupuestaria asignada a la investigación por parte del organismo financiador del proyecto. Esto dejó la investigación sin acceso a los recursos financieros durante un largo tiempo, en el que el equipo investiga-

dor se vio en la necesidad de acudir al autofinanciamiento, a fin de garantizar la realización de las salidas de campo y el cumplimiento de otros compromisos que no podían prorrogarse.

- Desacuerdos en el equipo de investigación que desembocaron al inicio de la misma, en la salida de una parte de los integrantes de dicho equipo. A nuestro modo de ver, los conflictos vinieron por las exigencias que suponía este tipo de investigación y la disponibilidad de algunos docentes, mayormente dedicados al trabajo de aula. Estos conflictos también se generaron por problemas de comunicación entre los investigadores y diferencias de criterios respecto al funcionamiento del equipo. No obstante, esta situación tampoco detuvo el progreso de la investigación y la consecución de los objetivos propuestos. Teniendo claro que era la primera vez que una investigación de este tipo (Investigación Orientada en salud) se desarrollaba en el estado Sucre, cuestión que exigía una presencia sistemática de parte nuestra, en el área de estudio, a fin de propiciar la interrelación entre los actores participantes y darle así viabilidad a la investigación.
- Dificultades en el acceso a las comunidades en estudio y por ende en el contacto con los sujetos que formaron parte de la investigación. Esto se debió a las condiciones socio-económicas y geoambientales que presentan esas comunidades y los problemas sociales que afectan a sus habitantes. Entre los problemas más notorios, tenemos: la pobreza material en la que viven la mayoría de los pacientes y no pacientes, la deficiencia o ausencia de servicios públicos básicos y conexos a la vivienda (entre ellos, transporte, vialidad, agua potable, sistema de cloacas y teléfonos), la ubicación geográfica de algunas comunidades (muy distantes de los centros urbanos o ubicadas en zonas montañosas de difícil acceso). Por ejemplo, en el municipio Montes, se debe caminar y escalar la región montañosa, durante un promedio de diez (10) horas para entrar y salir de las localidades en estudio. Las localidades afectadas por la leishmaniasis en este Municipio, carecen de los servicios públicos básicos y viven en condiciones de pobreza generalizada, de modo que llegar hasta ellas es un completo desafío. En general, el estilo de vida de las personas y las características de la mayoría de las comunidades que se visitaron, implican la exposición constante a los factores de riesgo que favorecen la transmisión de estas endemias.

Reflexiones finales

Se requiere un abordaje integral para el tratamiento, prevención y control de la leishmaniasis, el dengue y la malaria. Dicho abordaje incluye el reforzamiento del proceso de descentralización del servicio de salud, a nivel regional, municipal y local. De igual manera, tiene que estar acompañado de otras medidas, que van más allá de la competencia de los organismos de salud. Por ejemplo, el mejoramiento de las condiciones de vida de las comunidades que han sido calificadas como zonas endémicas o que representan áreas de riesgo. Eso facilitaría la labor de promoción y atención en salud que con mucho sacrificio y en condiciones poco favorables se realiza eventualmente en el medio rural. Particularmente, el trabajo de los promotores sociales, enfermeras y demás personal que labora en la detección, reporte de los casos y en la prevención de las enfermedades en estudio.

Con respecto a la opinión del personal de salud, respecto a la gestión del servicio, en el caso de la leishmaniasis se piensa que la centralización del tratamiento o terapia de vacunación de la leishmaniasis representa un problema, de acuerdo a las condiciones de carácter socio-económico y físico-ambiental en las que por lo general viven los afectados por esta endemia.

En general, el personal de salud tiene la disposición a participar en el mejoramiento del servicio, se observa una actitud proactiva al respecto. Sin embargo, ellos están concientes de la existencia de trabas en el funcionamiento del servicio de salud que obstaculizan y retrasan los cambios técnico-administrativos que ellos tratan de impulsar.

Por otra parte, los organismos prestadores del servicio de salud, se ocupan principalmente de la parte curativa de las enfermedades, descuidando los demás aspectos, entre ellos la prevención y el control. Sin embargo, de acuerdo a la investigación, hay que reconocer que dada las características de las endemias en estudio y el conjunto de factores epidemiológicos, sociales e institucionales que caracterizan a las localidades más afectadas o ubicadas en las zonas de riesgo, la labor preventiva y de control no puede centrarse exclusivamente en la participación de los organismos de salud, aún cuando es innegable que ellos tienen un rol directivo en esta materia. Por ende, la puesta en práctica de una estrategia de abordaje integral requiere la responsabilización de otros entes públicos y de la sociedad civil, de la organización comunitaria, así como del involucramiento de los propios pacientes y sus respectivas familias. De ese modo, hay que empezar a romper el paradigma curativo que centra la responsabilidad por el cuidado y mantenimiento de la salud, mayormente en los organismos de salud pertenecientes al Estado.

Finalmente, consideramos que la atención de endemias, tales como la leishmaniasis, el dengue y la malaria, demanda la articulación de esfuerzos entre los organismos de salud, el poder político en sus distintos niveles territoriales, los centros académicos y de investigación y la población en general. En tal sentido, el manejo integral de esta problemática de salud, no es un asunto meramente discursivo ya que su realización implica reformar efectivamente la relación Estado-sociedad, en lo concerniente al funcionamiento del sistema de salud pública, introducir cambios que mejoren las condiciones socio-económicas de la población y su estilo de vida, así como también considerar las representaciones sociales que tienen los pacientes y no pacientes acerca de estas endemias y lo que es la gestión de los servicios de salud que se ocupan de las mismas.

La investigación de salud en Venezuela: su encuentro con las ciencias sociales

1. Introducción

La presentación de estas líneas encierra un doble propósito; por una parte introducir una reflexión sobre la importancia que reviste la investigación en salud a la luz del encuentro con la Sociología y la Antropología como áreas disciplinarias particulares más representativas de ese vasto universo que comprenden las ciencias sociales. En segundo lugar, destacar la necesidad de superar los enfoques reduccionistas de tipo naturalistas que han dado lugar al biodeterminismo cuyas manifestaciones más perjudiciales se hacen sentir con mayor arraigo en las ciencias sociales. Particularmente, en Sociología su preeminencia no sólo ha desatado fuertes confrontaciones sino que sigue gozando de seguidores que son inmunes a las reflexiones que contraviene los planteamientos sociobiologicistas y biodeterminísticos.

No consideramos conveniente darle la espalda a la biología y dejar de reconocer sus logros es ir en contra del cauce por donde fluye el mayor caudal de conocimiento, pero sobre lo que si es necesario es estar consciente que los enunciados de la biología pueden ser utilizados no precisamente para la construcción científica de los hallazgos valiosos sino como recurso para ciertas tácticas de control social mediante la aplicación de la descalificación de los individuos, grupos o comportamientos (Velasco, 2000). Consideramos que es allí donde se esconde la trampa. Con el deseo de ir más allá del pronunciamiento naturalista voy a valerme de las palabras emitidas por Edgar Morin en su obra *Introducción al Pensamiento Complejo* (2004). Como un acto de osadía de mi parte deseo significar que entiendo la vida no como una sustancia, sino como un evento de auto-eco-organización extraordinariamente complejo, por lo que cualquier fenómeno asociado con ella tiene que ser comprendido, observando, estudiando e interpretando, tomando en considerando en primer lugar esa condición.

El mirar la realidad y reconstruirla analíticamente desde lo complejo es lo que le ha devuelto al conocimiento científico su frescura, su renacer, sacarla de ese pético acorralamiento. El desarrollo de las ciencias

* Socióloga. Magister en Ciencia Política. Investigadora del CEE de la FCES de LUZ. Acreditada en el Programa de Promoción al Investigador (PPI) del FONACIT. E-Mail: isarodri@cantv.net

naturales, y en particular la física, sólo se preocupa por revelar el Orden, su determinismo absoluto y perfecto, su obediencia a una Ley Única y visualizar la constitución de la materia como simple y primigenia: EL ÁTOMO.

Esto ha cambiado y se ha descubierto que en el universo físico reina el desorden, que en lugar de la simplicidad física y lógica hay degradación y heterogeneidad. Cuando nos percatamos de ello ha tenido lugar el nacimiento de la complejidad, al respecto Morin dice: "la partícula no es un ladrillo primario, sino una frontera" a ser explorada cuanto más nos acercamos se vuelven más distantes, entonces, si esto pasa en la física por qué no puede ser considerado para el resto de las ciencias. Los fenómenos antro-po-sociales no pueden obedecer a principios de inteligibilidad menos complejos que aquellos a los que se refieren los naturales. En este sentido, nos hace falta afrontar la complejidad social en investigación en salud en vez de disolverla u ocultarla.

Para alcanzar este propósito hay que poner de manifiesto la importancia que tiene la incorporación de la Sociología y la Antropología como campos disciplinarios que colaboran con la investigación en salud bajo la perspectiva del encuentro de saberes, asumiendo la dificultad que representa el desarrollo del pensamiento. Para ello deben ser afrontados varios problemas: el predominio de superioridad que ha ejercido la biomédica en estos asuntos, por lo que se requiere también comprender y aceptar analíticamente en el entramado que resulta ser el juego infinito de interacciones que se establecen entre los factores, las dimensiones y los elementos; despejar la bruma de la incertidumbre; así como identificar las contradicciones y las lógicas antagónicas que se expresan en la realidad.

Las múltiples expresiones del biodeterminismo han conducido al reduccionismo, a la separación de campos disciplinarios fronterizos. Mientras la realidad representa una combinación intrincada de factores y elementos que son en tanto y en cuanto esas interrelaciones dinámicas que tienen su expresión en un momento específico de la historia, con arreglo a interretroacciones que afectan de diferente forma y manera a cada uno de los factores y elementos intervinientes por lo que causas y efectos pueden intercambiar de condición de acuerdo a la ocurrencia del evento registrado.

De acuerdo a esta lógica con la cual entendemos que se comporta la realidad es que consideramos la contribución de diferentes saberes y prácticas investigativas para hacer fructificar el conocimiento científico en Ciencias Sociales y Salud.

Volviendo a Morin: repetimos: la enfermedad de la teoría está en el doctrinarismo y el dogmatismo, que cierra a la teoría sobre ella misma y la

petrifica. La patología de la RAZÓN es la racionalización que encierra a lo real en un sistema de ideas coherentes pero parcial, unilateral e infuncional. La enfermedad de la ciencia es el determinismo y el fundamentalismo y la del investigador creer que siempre se tiene la verdad absoluta.

2. Importancia de la Investigación socio antropológica: una herramienta para las políticas de salud pública

La investigación en Venezuela ha tenido un desarrollo lento, con muchos altibajos, y no ha sido bien considerada como una prioridad por parte del Estado ni tampoco como un instrumento eficaz para el afianzamiento del sector privado.

Para no ir tan lejos en el tiempo y remontarnos a los inicios del período republicano solamente mencionaremos como referencia que para los inicios de la década del veinte del siglo pasado, se registro un cierto auge de los estudios que pudieran considerarse como pioneros. Con respecto a la Ciencias Sociales ellas no reportaron ningún interés particular. La investigación que se efectuó quedó en algunos medios impresos, como revistas que no tenían como propósito la difusión de los conocimientos generados en dichos campos del saber, un ejemplo de ellos los constituye la revista del Colegio de Ingenieros de Venezuela en 1925. En el área social, a pesar de haber tenido impacto el positivismo en Venezuela, los estudios sociales tuvieron un alcance muy limitado, solo se conoce la publicación en el Estado Lara de un periódico denominado “EL POSITIVISTA”, que funcionó en los últimos años del siglo XIX, donde se dió a conocer la Sociología a través de algunos artículos publicados en dicho medio; sin embargo, no fueron precisamente los sociólogos de profesión los que contribuyeron a la presencia de esta disciplina, sino los abogados y los ingenieros, por ello hago a alusión a la revista antes mencionada, pues es en 1957 cuando se crea la carrera de Sociología en la Universidad Central de Venezuela.

Antes de la década del cincuenta, la experiencia de formación de la ciencia nacional durante el gomecismo entre 1908 y 1918, registró un relativo impulso creativo, pero en general la sociedad no estuvo preparada para capitalizar ese esfuerzo y se mostró pasiva ante el impacto de la transferencia de la tecnología que estuvo conectada con la presencia de la empresa petrolera en el país (Freites, 1996).

Por el contrario, está presencia de la explotación petrolera, si requirió de un gran trabajo en materia de saneamiento ambiental y de la puesta en práctica de los avances que se habían dado en materia de salud pública, porque en un país netamente rural donde la población asentada en este espacio alcanzaba casi el 75%, se requería de un esfuerzo

sustantivo para la erradicación de la malaria. En este sentido, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social prácticamente recientemente creado asumió esta tarea por medio de la división de malariología, apoyándose en la Oficina Interamericana, la cual colaboró con material y equipo de investigación e incentivándola, claro está con el apoyo de la Fundación Rockefeller y la empresa Shell quienes por supuesto estaban interesados en el objetivo de lograr el saneamiento ambiental para impulsar la implantación de la industria petrolera bajo las mejores condiciones. Pero independientemente de este interés, no hay que dejar de reconocer que esta área de investigación contribuyó a generar una propuesta que alcanzó importancia internacional porque se ofrecieron cursos de malariología bastante importantes que promovieron la participación de otros países que vinieron hacer los cursos en Maracay a partir de 1944 como fueron Bolivia, Colombia, Perú y Ecuador, para ello el Estado aportó una serie de recursos y se inaugurara lo que se denomina la época dorada del Sanitarismo en Venezuela dirigido por el Dr. Gabaldón en alianza con el Director de la Oficina Interamericana de salud pública, el coronel Steel.

De acuerdo a lo antes planteado, durante el período comprendido entre 1936 y 1945, Venezuela desarrolló una efectiva compañía en contra de la malaria y otras enfermedades infecto contagiosas, con lo cual se pudo mejorar las condiciones de salud de la población y elevar los niveles de expectativas de vida (Peña, 1986). Con esto se quiere significar, que en esos años se registró un importante esfuerzo en materia de salud pública y que las acciones de políticas de salud estuvieron mas dirigidas hacia lo preventivo que a lo curativo; lo lamentable estuvo en que no se sostuvieron en el tiempo las investigaciones en esta materia sino que el Ministerio con el andar del tiempo se limitara a repetir los programas por la vía de la inercia sin efectuar evaluaciones periódicas y estimular permanentemente las fronteras de investigación en materia de salud pública.

Debe recordarse lo que sucedió en la década del ochenta con los recortes presupuestarios que afectaron sobre todo a la División de Endemias Rurales. Específicamente para 1983 esta División "tuvo que suspender parcialmente algunas actividades de los programas: control de la enfermedad de Chagas, lucha contra la Anquilostomiasis y otras parasitarias intestinales, control de aedes-aegypti y control de otros insectos vectores para atender así, con carácter prioritario las actividades del programa de erradicación de la malaria debido al repunte de la incidencia malárica en el último año" (MSAS, 1983: 459).

Luego se reconoció que tanto se vieron afectados esos programas por la insuficiencia de recursos como por haber abandonado también el seguimiento y puesta en ejecución del resto de las actividades que

involucra el control de la malaria. En ese mismo año no sólo se registró un repunte en todo el país que elevó la cifra entre Octubre 1982-Junio 1983 a 4193 de casos de Malaria, lo que reportó un incremento del 34.6% (MCMSAS, 1893: IV). De esta fecha en adelante el incremento ha seguido una trayectoria ascendente.

Hoy en día no se aprecia en su justa dimensión lo que significó la malaria en nuestra historia cuando el país era en su gran mayoría rural, sin vías de penetración e incommunicados social, económica y culturalmente con un escaso desarrollo socioeconómico y político. Según el Dr. Félix Pifano para 1936 “Venezuela tenía tres millones de habitantes y anualmente se registraba un millón de casos de paludismo, de manera que se decía que cada tres horas moría un venezolano de infección malárica...” (Pifano citado por Bastillo, 1978).

Esto no quiere decir que otros investigadores no hayan asumido este rol, por ejemplo el Dr. Jacinto Convic, que conjuntamente con otros médicos fundó en 1965 el hoy conocido como Instituto Nacional de Biomedicina¹, cuyo interés central en el área de investigación fue la lepra y la leishmaniasis, llegando hasta el desarrollo de una vacuna que ha recibido acreditación internacional, este esfuerzo ha permitido que Venezuela se convierta en un país pionero en la investigación Biomédica, a pesar de las limitaciones presupuestarias y el poco énfasis que se le da a la investigación en la educación; no puede dejar de mencionarse también que se han venido registrando iniciativas provenientes de distintos entes como las universidades y lo que ha venido haciendo el FONACIT, como órgano rector y la labor desempeñada durante estos tres últimos años por Fundacite Zulia en manos del Dr. Nelson Márquez.

Esta situación se ha ido revirtiendo, falta mucho por hacer pero no hay que dejar de mencionar que se han redoblado los esfuerzos en materia de investigación. No hay que olvidar que sólo es en 1969 cuando se produjo la creación del Consejo de Investigación Científica y Tecnológica (CONICIT) y se esbozan las primeras políticas de ciencia y tecnología con alcance nacional. La generación pionera cumplió una misión histórica, pues contribuyó a introducir los métodos de investigación científica y tecnológica, así como a crear y desarrollar las unidades de investigación, los equipos de trabajo y los primeros medios impresos. Estamos hablando de las revistas científicas arbitradas *Interciencia* en 1975, con lo cual se completa la etapa inicial de formación científico tecnológico, como un instrumento coherente, eficaz y pujante que ha llegado hasta hoy a pesar de las dificultades de injerencia política, falta de asignación de recursos, apoyo logístico e institucional, carencia del desarrollo de una infraestructura comunicacional.

¹ En 1965 fue denominado Centro Nacional de Dermatología y contó con la participación de Francisco Kerdel Vegas. Este instituto para 1991 contaba con un personal constituido por 40 personas, 17 eran investigadores del Programa Promoción al Investigador, 4 a nivel III que era el más alto para ese momento, 4 a nivel II, 4 candidatos y 5 a nivel I (Roche, 1996).

Han sido mucho los desalientos, sin embargo este panorama tiende a cambiar en los últimos años, pues se están dedicando mayores recursos hacia la investigación, nos toca ahora a la generación de relevo asumir los retos que han quedado pendientes o los nuevos que surgen de la dinámica actual de la sociedad. Así por ejemplo sólo en LUZ existen 23 revistas científicas arbitradas, muchas de las cuales se inscriben en el área de las Ciencias Sociales y han alcanzado prestigio internacional.

3. La investigación en Salud a la luz del encuentro con la Sociología

En esta sección deseamos presentar algunos problemas asociados con los puntos de vistas prevalentes en el campo de la "Ciencia", cuando ella sólo admite la matriz Biológica, como imperativo del conocimiento para luego pasar a discutir como se ha venido entretejiendo una interinfluencia con la sociología y otras disciplinas afines destacando los beneficios que de esas relaciones surgen, porque ha permitido que se descubran y potencien nuevas conexiones, lo cual se ha traducido en la ampliación de las fronteras de investigación como resultado de ese encuentro.

Durante largo tiempo, que comprende aproximadamente desde los años finales del siglo XIX hasta los inicios del XX, las ciencias sociales se encontraron secuestradas, condicionadas por la influencia ejercida por la biología, la atracción que ejerció el evolucionismo y una suerte de desconexión con otros saberes que le impidieron a las ciencias el ir al encuentro con otras formas de construcción de conocimiento, más que los provenientes de la biología lo que frenó alcanzar un desarrollo fructífero mas temprano.

En los primeros momentos esa influencia de la biología contribuyo al afianzamiento de la medicina, como una ciencia importante y reconocida pero con el transcurrir del tiempo impidió el surgimiento de nuevos desarrollos al quedarse enquistada únicamente en lo biológico, con lo cual se estancó el avance hacia la comprensión más holística de la relación salud-enfermedad. "La superioridad del estatus científico de la biología sobre las otras ciencias se debe no sólo a la preeminencia de sus métodos sino a su posición de fuerza en el terreno de las ideologías" (Chauvenet, 1980: 33).

Después de la segunda guerra mundial, se produce el advenimiento del nuevo paradigma de la producción industrial; ésta le inyectó savia nueva a los distintos sectores de la economía y se redefinieron los espacios del quehacer científico por los requerimientos planteados, tanto por la industria como por las secuelas dejadas por la guerra, que en

uno y otro caso, necesitaban con urgencia respuestas de conocimiento, teóricos y prácticos que alimentaran el engranaje del sistema.

De acuerdo con lo antes formulado, en esos años de la post-guerra surgen entre otros procesos importantes; aquí solo haré referencia a dos: uno de ellos conectado, con la oxigenación de la ciencia médica, proveniente de los efectos que generó la cirugía reconstructiva, la traumatología y la ingeniería médica que en su conjunto abren una serie de horizontes de las ciencias, inéditos hasta ese momento, que facilitan el camino hacia la nanotecnología acompañada por la electrónica, la informática y los sistemas computarizados.

El otro proceso al cual se hace referencia, es el que desmarca a la sociología del biologicismo fundamentalista que permite diferenciar en el binomio salud-enfermedad, la salud como una materia específica de conocimiento, factible de ser estudiado, comprendido y analizado como un objeto fuera del campo disciplinar de la ciencia médica.

Ese momento disyuntivo tiene lugar a mediados de la década del sesenta del siglo pasado promovido por una serie de reflexiones propuestas por autores como el francés Gurí Caro, el estadounidense Thomas J. Scheff así como también en los años 70 se recibieron la contribución de Mario Timio, Franco Basaglia, Pierre Achard, entre otros. Que comenzaron a ser relevante las conexiones existentes entre condiciones de trabajo y los procesos de enfermedad, así como las relacionadas con el medio ambiente, la familia, los estilos de vida y el consumo exagerado más que de los factores propiamente biológicos.

A partir de esos años, y progresivamente, se ha ido construyendo una comprensión de la salud mucho más inclusiva, al indicar que la salud es mucho más compleja que la sola ausencia de enfermedad por lo que ella es una condición que depende de la combinación de factores y cofactores variables de índole económica, política, social, culturales, psicológicos, religiosos, demográficos, ecológicos, sanitarios, ideológicos, axiológico, entre otros, que adquieren concreción en un proceso socio-histórico definido donde los hombres viven y despliegan su potencialidad.

En este sentido, el concepto de salud progresivamente se ha complejizado y enriquecido comprendiendo las diferentes dimensiones que lo constituyen. De aquí que, la salud sea la síntesis de cómo se registra el proceso de vida que descansa en un sustrato biológico y físico-químico, innegable pero no suficiente por lo cual hay que integrar las distintas dimensiones que la determinan y sobredeterminan de acuerdo a la realidad específica en donde se desarrolla la vida de los individuos, grupos y colectivos.

De acuerdo a lo antes expuesto, se puede entonces ir comprendiendo

que la investigación en este campo no se puede desarrollar contemplando un sólo plano o arista, requiere de un esfuerzo integrador, pospositivista² de tipo holístico que conjugue los enfoques cuantitativos con los cualitativos. Se trata de buscar una complementariedad entre enfoques que se articulen en torno a un método, que sirva de eje primario, y a partir de allí puedan engranarse otros aspectos a ser considerados como constitutivos del evento que se desea analizar.

Esto requiere de la revalorización, por ejemplo, de la etnografía que resulta ser una rama de la antropología, la cual persigue estudiar descriptivamente las culturas. El enfoque etnográfico se apoya en la convicción de que las tradiciones, los roles, valores y normas presentes en el ambiente en que viven las personas se van internalizando progresivamente y generan regularidades que pueden no sólo explicar la conducta individual o grupal (Martínez, 2004), sino que afectan o no las condiciones de salud de ellos.

Por otra parte, las condiciones eco-ambientales se constituyen en factores que también pueden ser examinados para establecer el grado de influencia diferencial que ellos pueden ejercer en la salud de las personas grupos o comunidades. De acuerdo, a estos ejemplos podemos apreciar los distintos tipos de articulación que se pueden ir construyendo. Lo que sí debe quedar claro, es que la investigación cuando recibe la contribución de las distintas disciplinas, no solo aceleran el trabajo de generar conocimiento sino además han permitido el avance en importantes áreas del conocimiento, que antes eran o resultaban ser imposibles de ser pensadas y reconocidas por la ciencia formal, como ejemplo se menciona la incorporación de género y la epidemiología crítica

La estructura del sistema de los estudios de salud y la forma como se ha concebido la producción científica ha limitado la integración, la fusión, la colaboración y la socialización del conocimiento. Para nadie es un secreto que centros e institutos afines no guarden entre sí vasos comunicantes, a partir de los cuales el flujo de información circule, sobre lo que se está haciendo para que éste sea compartido y sirva para retroalimentar las investigaciones que se están adelantando. Por esto la constitución de redes puede subvertir ese aislamiento y nutrir los esfuerzos conjuntos que en materia de salud están teniendo lugar.

A la luz de estas consideraciones, también es necesario enfatizar el rol de la epidemiología, que la estimamos como un campo disciplinar ubicados entre las fronteras de la ciencia médica, menos apegada al biologismo, y las disciplinas socio-antropológicas, sobre todo la epidemiología crítica.

² El pospositivista permite superar los esquemas clásicos que consideran la percepción de las cosas, hechos o fenómenos como simple reflejo de la realidad. Lo que se percibe, la manera como se percibe y su significado depende mucho de la formación previa que posea el investigador, por lo que sus valores, actividades carencias necesidades, intereses ideales, miedos, prejuicios, entre otros, pasaran a formar parte, en mayor o menor medida del conocimiento que resulte a la final de ese proceso de reelaboración analítica que efectúe el investigador, por lo que como asegura (Martínez, 1996), el conocimiento que se tenga será el resultado de una interrelación o diálogo entre el investigador y el objeto conocido.

Uno de los ejes vertebrales de todas las propuestas de organización de los servicios públicos de salud tiene que tener una fundamentación de base epidemiológica. Lo que convencionalmente se denomina “Estudio de la situación de salud”, que consiste por lo general en la descripción de la frecuencia, distribución y tipologías de las enfermedades en un espacio geográfico y población específica acompañada por estudios socio-antropológico a partir de procedimientos metodológicos alternativos, las diferentes situaciones en que transcurre la vida de las personas en sus espacios específicos de realización.

Los enfoques cualitativos trabajan con estrategias metodológicas que se interesan en comprender la conducta humana desde el propio marco de referencia axiológica y pragmática que posee “el otro” por lo que se especializan en la construcción de herramientas y procedimientos que nos permitan cómo entender a los otros y buscar los significados de la acción a partir de la gramática del otro, limitando o estando conciente de las interferencias que nuestros esquemas mentales introducen en el proceso de investigación.

En atención a los enfoques cualitativos las prioridades se establecen tomando en consideración las prevalencias e importancia epidemiológica del problema definido de acuerdo al grado de vulnerabilidad de la población y en atención al impacto que ese problema este o pueda acarrear a futuro, así como a los factores culturales que definen el estilo de vida de los sujetos.

Así como se ha puesto de manifiesto en el escenario de las ciencias sociales ir al encuentro de la sociología del riesgo; el desarrollo metodológico de la epidemiología y de las técnicas estadísticas permitió antes considerar el RIESGO como parte de los problemas a los cuales se encuentra expuesto el hombre. Al permitir la medición del riesgo relativo al cual están expuestas las poblaciones éste pasa a hacer materia sociológica.

Por ello, el enfoque de “riesgo” también se constituye en un anclaje potenciador para la planificación y la organización de los servicios de salud. Este se propone como una herramienta de racionalización, que permite reorientar los recursos hacia aquellos segmentos de la población que afrontan mayores niveles de riesgos por enfermedad. Aunado a esto la inclusión de las variables socioculturales colaboran con el análisis y ayudan en la implantación de los programas, sobre todo cuando se trata de adelantar cambios sustantivos en el modelo de atención.

4. Estado del Arte y tareas pendientes

Considerar el encuentro de las Ciencias Sociales, destacando la Sociología y la Antropología con las ciencias médicas como la epidemiología, así como con otras actividades que se llevan a cabo en el campo de la salud, se convierte en un reto que tiene que ser afrontado con un espíritu amplio, flexible y comprensivo de las potencialidades provenientes de los diferentes saberes sobre los cuales ellos se conforman.

La secuencia expositiva en que son presentadas no implica jerarquización de prioridad.

a) Considerar el problema de la Salud de los pueblos Indígenas

Es crucial prestarle atención al surgimiento de la "etnicidad" como factor vinculado con la salud, tanto desde el punto de vista político como derecho consagrado en la Constitución, como aspecto formal del establecimiento de la política pública en salud, sino también como factor que hace que las ciencias sociales se repiensen y reorienten sus teorías y sus actividades prácticas en materia de salud y que la formación de los profesionales que trabajan en salud indígena dediquen suficiente tiempo a la comprensión del concepto antropológico de relativismo y de cultura, pues este profesional debe estar familiarizado con la naturaleza del sistema indígena de salud y con la idea de que sus prácticas forman parte de su cultura, entendida como un sistema simbólico compuesto de valores representaciones y significados interrelacionados (Langdon, 2000).

Hay que insistir en el concepto de cultura en una perspectiva más amplia por que a pesar de que Tylor formuló su concepto en 1871, todavía ofrece una buena panorámica del objeto de estudio de la antropología y es ampliamente citada, sino que sus alcances todavía no son comprendidos y asimilados al interior de las ciencias sociales y menos aun fuera de este campo disciplinar. En este sentido, compartimos que la cultura "es todo complejo que incluye el conocimiento, las creencias, el arte, la moral, el derecho, la costumbre y cualesquiera otros hábitos y capacidades adquiridos por el hombre como miembro de la sociedad". Aquí la frase crucial es "adquiridos por el hombre como miembro de la sociedad". La definición de Tylor se centra en las creencias y el comportamiento que la gente adquiere no a través de la herencia biológica sino por desarrollarse en una sociedad concreta donde se hallan expuestos a una tradición cultural específica (Kottak, 1994).

Venezuela dio un paso significativo de avance al proponer el reconocimiento de los derechos indígenas y el carácter pluricultural del Estado, esto conduce a aceptar la diversidad étnico cultural por lo que los pueblos comenzaron a gozar de los derechos de la atención integral y

diferenciada y que sus demandas de salud sean consideradas como una prioridad por cuanto las enfermedades se convierten en el primer factor de disminución de las poblaciones indígenas.

No debemos olvidar que en el país existe entre 30 o 40 grupos indígenas asentados en todo el territorio. El desconocimiento que tenemos de ellos es bastante acentuado, pues los datos etnográficos recientes recopilados a propósito de la Misión Guaicaipuro y Defensoría del Pueblo sólo alcanzan a 20 etnias, constituyendo la población total de indígenas según el censo de 2001 era de 534.816 habitantes, que si bien esta población numéricamente sólo representa el 2% del total de los habitantes, los aportes cualitativos provenientes de la valorización de sus saberes puede representar un enriquecimiento mutuo y colaborar con el afianzamiento de las prácticas alternativas menos costosas y más próximas al hombre.

b. El problema de género en salud, extraordinariamente expuestos por la Dra. Doris Acevedo

c. La búsqueda de la Complementariedad entre las prácticas de la Medicina y de los otros Sistemas no Médicos.

Esto implica la profundización de estudios y propuestas analíticas sobre otros campos de conocimientos que han ido surgiendo de las zonas límites entre las disciplinas institucionalizadas para lo cual la tolerancia, la aceptación y el respeto a las diferencias aportadas por los enfoques son los requisitos de entrada que facilitan el encuentro entre la medicina, como ciencia altamente compleja y ultra especializada apoyada en el despliegue del poder que le otorga el haber consolidado un conocimiento único y excluyente, y haberse apropiado del cuerpo del hombre como territorio singular de sus prácticas, con ese otro universo de saberes provenientes de prácticas ancestrales como las relacionadas con las culturas indígenas, los saberes populares y las aportaciones por otros sistemas médicos vinculados con prácticas curativas como las orientales, hinduistas, el yoga y el ejercicio Zen, entre otros.

d. Articulación de saberes

Otra tarea pendiente tiene que ver con la reflexión sobre los distintos saberes médicos y su articulación. Para desarrollar lo relacionado con este reto, voy a tomar como pauta de referencia lo planteado por Eduardo L. Menéndez (2005) en uno de sus últimos trabajos. En las distintas sociedades que han alcanzado un grado importante de desarrollo se ha venido gestando un proceso de distanciamiento y aislamiento de las formas de atención de los padecimientos porque ellos son considerados en forma apartada y hasta antagónica por el sector salud.

Sostiene este autor que las diversas formas de atención a la enfermedad (que suelen emplear distintas técnicas diagnósticas, diferentes indicadores para la detección, así como variadas formas de tratamientos, entre otros criterios) tiene que ver con las condiciones religiosas, étnicas, económicas, técnicas y científicas, que han dado lugar al surgimiento y desarrollo de formas diferenciadas que han propiciado que ellas sean consideradas como antagónicas, especialmente entre la biomedicina y la mayoría de las otras formas de atención.

En la generalidad de los casos se produce un rechazo, un desencuentro entre las formas de atención de la medicina tradicional, desvalorizada hoy por las posturas asumidas por las concepciones y los valores irradiados por la biomedicina, igualmente ocurre con la medicina científica respecto a la mayoría de los usos populares y ciertas actividades de auto atención y la presencia de las prácticas alternativas, como la imposición de mano o la inclusión de la Zooterapia o la Sanología que forman parte de la medicina social.

Consideramos que un encuentro de colaboración científica que capitalice las aportaciones de las distintas formas de atención tiene que provenir de la articulación de saberes, por lo que es necesario:

- a) reconocer las potencialidades de las formas de atención de tipo biomédica, así como las provenientes de las formas más antiguas de la propia biomedicina como la medicina naturista, la talasoterapia o la homeopatía e incorporar igualmente formas surgidas de otras concepciones como la quiropraxis. Asociado a este recuento también debe ser reconocidas las diferentes formas de la psicoterapia individual, grupal y comunitaria gestada en sus inicios desde la biomedicina.
- b) La aceptación de las formas de atención de tipo "populares" y tradicional expresadas con las prácticas de curanderos especializados como hueseros, culebreros, espiritualistas, yerberos, shamanes, entre otros que han demostrado eficacia sobre todo en los casos de pseudo afecciones como las somatizaciones producto de las sobre exigencias que la sociedad moderna le impone al individuo y este no dispone de recursos psico-afectivos que le permitan sanamente controlar la ansiedad, el miedo, la depresión, frustración entonces no cuenta más que crear desordenes psicósomáticos.

Por último, y no menos importante, deseamos considerar una tarea pendiente a la cual hay que prestarle mucha atención por la influencia que ejerce sobre la buena marcha el desarrollo eficaz, eficiente y efectivo de la política pública es la relacionada con la gestión pública.

El estudio, análisis, la comprensión de los procesos de gestión pública que comprende desde el examen de los procesos de reforma vividos por el Estado, que han recibido los calificativos que van desde “obeso” “omnipresente”, “interventor” a otros totalmente diferentes como “mínimo” hasta los más específicos vinculados con el tipo de atención que brinda una oficina pública ubicada en el más pequeño pueblo del territorio nacional.

Los problemas relacionados con la gestión pública en salud ofrecen un abanico muy grande y diverso de opciones y da lugar a la integración con el análisis de la ciencia política, a la cual no hemos hecho referencia pero que constituye un basamento teórico-noseológico y de método significativo porque contribuye a perfilar los desencadenantes de las transformaciones políticas en el aparato público pues el estado es un actor político relevante y la aparición de los procesos simultáneos de localismo y globalización, que por ejemplo, le inyectan a la acción pública en salud unas características específicas, también cabe mencionar los procesos de ampliación de las fronteras de conocimiento cuando se incorpora la dimensión política a los aspectos relativos a la gobernanza (*governance*) entendida ésta “como sistema en el cual los distintos niveles institucionales comparten, en lugar de monopolizar, decisiones sobre amplias áreas competenciales. Más que a una dominación uniforme por parte de los Estados centrales, estamos asistiendo a la emergencia de un patrón altamente variable, y no jerárquico, de interacción entre actores diversos en diferentes áreas de políticas”. (Llamazares y Marks, 1999 tomado de Brugué, 2005). O la transversalidad que comprende un instrumento organizativo que intenta compensar las inevitables limitaciones que presenta cualquier diseño organizativo a la hora de adaptarse a las exigencias de la realidad.

Ahora bien, no hay que pensar que esta función compensatoria logrará resolver todas las limitaciones de la organización regular: la transversalidad puede ser un instrumento complementario, pero no aporta omnipotencia ni omnipresencia a la organización. Esa mayor capacidad organizativa se puede concretar desarrollando los diferentes aspectos que definen la especificidad de la transversalidad y que pueden ayudar a trabajar desde esta dimensión.

Estas tareas pendientes que hemos seleccionado aquí no quieren decir que son las únicas, sino que entorno a ellas se desgranar otras que por limitaciones de tiempo no da la oportunidad a ser consideradas pero que resultan también ser muy importantes y para lo cual se requiere del concurso del encuentro disciplinar y acompañado de una visión holística integral e integradora de saberes.

Referencias bibliográficas

BUSTILLOS, Francisco (1978). *Introducción a la economía venezolana*. Librería Editorial Salesiana, Caracas, Venezuela.

BRUGUÉ QUIM, Gomá Ricard y Subirats Joan (2005). "Gobernar ciudades y territorios en la Sociedad de las redes". En *Revista Reforma y Democracia*. N° 32 Venezuela.

CHAUVENTE, Antoinette (1980) *Biología y gestión de los cuerpos en discurso biológico y orden social*, Pierre Achard (Coord.)

COTAR, Conrad (1994) *Antropología: Una exploración de la diversidad humana con temas de la cultura hispánica*. Mc-Graw Hill. España .

FRETIAS, Yhajaira (1996). "Auge y caída de la Ciencia Nacional: la época del gomecismo (1908-1935)". En *Perfil Ciencia en Venezuela*. Tomo 1. Marcel Roche (Comp.) Fundación Polar. Venezuela.

LARGOR, Esther Jean (2000) "Salud y pueblos indígenas: los desafíos en el cambio de siglo" en *Salud y equidad: Una mirada desde las Ciencias Sociales*. Roberto Briceño León (Coord.) LACSO, Rio de Janeiro. Brasil.

MARTÍNEZ, Miguel (1996). "La Investigación cualitativa etnográfica en Educación". Editorial Trillas. México.

MENÉNDEZ, Eduardo (2005). "Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos", en *Revista de Antropología Social* (vol. 14). Universidad Complutense de Madrid.

MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL (1983). *Memoria y Cuenta*. Caracas. Venezuela.

MORIN, Egar (2000) *Introducción al pensamiento complejo*. Editorial Gedisa. España.

PEÑA, Luis (1986) "La malaria y la diplomacia estadounidense en Venezuela. (1941-1945)". En *Revista Tierra Firme*, N° 13 A4, Vol. IV. Venezuela

ROCHE, Marcel (1996) "Avenidas para la ciencia básica: el Instituto Venezolano de investigaciones científicas (IVIC), sus labores e Institutos afines". En *Perfil de la Ciencia en Venezuela*, Tomo 1. Marcel Rocher (Comp.) Fundación Polar. Venezuela.

SERRA, Albert (2005). "La gestión transversal. Expectativas y resultados". En *Revista Reforma y Democracia*, N° 32. CLAD. Venezuela.

Investigación en política de salud pública en Venezuela: ¿hacia su construcción teórica o metodológica?

1. Introducción: el Estado frente al tema de salud

En el campo de la salud algunos pioneros, ya en el siglo ante pasado, y sobre todo, a comienzos del pasado, realizaron los primeros ensayos de investigación científica. Después de la dictadura gomecista, se produjo un auge en la investigación en salud, realizada principalmente por los médicos que tuvo especialmente influencia sobre aspectos clínicos, diagnósticos, terapéuticos y epidemiológicos de las enfermedades más frecuentes. No es sino con la creación de la Asociación Venezolana para el Avance de la Ciencia, con la creación de la Facultad de Ciencias de la Universidad Central de Venezuela y con la presencia de las Universidades a través de los centros e institutos de investigación, que se afianzó el proceso de investigación en el área de salud, la cual se vio fortalecida a partir de la década del setenta cuando se creó el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICIT), con ello se dió un gran salto hacia considerar a la investigación científica, en todos los campos, como un pilar insustituible de su desarrollo (Torrealba, 1982).

Desde la creación del CONICIT, en 1970, el Estado ha promovido una serie de políticas con el propósito de estructurar la ciencia y tecnología de acuerdo con las necesidades y demandas que el entorno y la sociedad requerían. El papel que asumió en su momento el entonces CONICIT, y su contribución al desarrollo de la actividad científica y tecnológica en Venezuela, en palabras de Ávalos (1999:80), estuvo orientada a la creación y desarrollo de una infraestructura, formación de investigadores, desarrollo de postgrados, publicaciones de revistas científicas, introducción de la telemática e implantación de una institucionalidad en esta materia que ha ido creciendo diversificándose e incorporando las innovaciones y se ha constituido en una plataforma impulsadora de la investigación sobre todo en estos últimos ocho años. Introdujo además, elementos determinantes para la profesionalización del científico, la evaluación por méritos, y en definitiva formó

* Cursante del Doctorado en Ciencias Sociales. Mención Gerencia. Lic. en Ciencia Política. Magister en Dirección y Gestión Pública Local. Co investigadora del Programa Política y Gestión Pública en Venezuela. Docente e Investigadora del Centro de Estudios de Empresa de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de La Universidad del Zulia. Acreditada en el Programa de Promoción al Investigador (PPI) del FONACIT. E-mail: materinbe2@yahoo.com materinbe@hotmail.com

parte del proyecto modernizante de la élite venezolana (Suárez y Pereira, 2005: 86).

Pero bien, a mediados de la década de los noventa, Conicit inició la experiencia de política pública denominada la Agenda de Innovación¹. Para esa época se configuraron tres áreas temáticas, una de ellas era la denominada Sociedad en la cual estaba inmersa la agenda de salud, que se limitó al tema de la salud pública y condiciones de vida en los estados de fronteras (Apure, Bolívar, Delta Amacuro, Trujillo y Zulia). Dicha selección respondió a la importancia geopolítica de estas zonas geográficas; a las particulares características de su población (diversidad étnica y biológica); a la vulnerabilidad creciente en materia de salud observada en ésta; y a la percepción que sobre la ciencia y tecnología como oportunidad para contribuir a conocer, atender y asumir los problemas de la región, tenían los actores, productores y usuarios del conocimiento científico en la región frontera. (Sánchez 2003)

Plantea (Sánchez 2003), que con relación a la caracterización de los proyectos de la Agenda Salud se encontró que el 93% de la cartera mostró una orientación práctica, dirigida a la solución de problemas, traducida en proyectos de investigación, desarrollo de fármacos, productos de información y tecnologías alternativas; así como el desarrollo de programas sociales en el área de salud pública y condiciones de vida. Cerca de la mitad de los estudios fueron de carácter descriptivo y con una orientación netamente focalizada a la parte de las condiciones de la salud.

Vale destacar que las agendas no tuvieron el impacto económico y social que se esperaba, porque estuvieron afectadas por el hecho de que ese proceso no venía acompañado de una propuesta de país con un enfoque de desarrollo de largo plazo y con sentido de integralidad interinstitucional. A la par de esto surgen a finales de esa década fuertes comentarios que el Conicit, se había convertido en una especie de caja chica de los científicos y no en un organismo del Estado en negociación con los científicos (Vessuri, 1996).

Al respecto plantean Suárez y Pereira (2005: 87) "que con el propósito de contrarrestar esta tendencia se crea en 1999 el Ministerio de Ciencia y Tecnología, que promueve y coordina el Sistema Nacional de Innovación y asume las funciones rectoras de coordinación y planificación asignadas ante el CONICIT...", hoy FONACIT, convirtiéndose en el organismo encargado de la ejecución de planes, programas y proyectos definidos por el Ministerio de Ciencia y Tecnología (MCT), para fomentar el conocimiento científico, tecnológico e innovador, que contribuya al desarrollo social del país.

¹ La agenda es un instrumento para el diseño y la formulación de una política pública en ciencia y tecnología orientada a satisfacer, de manera concertada, las demandas de conocimiento en los espacios de actuación de los actores sociales y productivos, ampliando así el campo social de actuación (Sánchez 2003).

En este sentido, el FONACIT, diseñó el área Gerencia Pública y Social, que persigue como propósito fortalecer las capacidades gerenciales del gobierno central y de los gobiernos regionales y locales a través de actividades de formación; promoción de actividades de construcción de conocimientos, y fortalecimiento institucional, con ello se persigue generar nueva institucionalidad en el cual los actores se organicen colectivamente, en un sistema integral y transdisciplinario que propicie permanentemente el diálogo de saberes.

En este sentido, el Plan Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación 2005-2030, conjuga dos áreas; de acuerdo a nuestro interés en este trabajo; como lo son la salud pública y la gerencia pública; al respecto en el primero de los tópicos se plantea que el área de *Salud pública*: se constituye en un área temática estratégica que promueve la investigación básica orientada a la erradicación de enfermedades endémicas, y apoyo científico-tecnológico al desarrollo de redes de prevención social y atención primaria² como la misión Barrio Adentro en sus diversos niveles. Como es de ver aquí se plantea el tema de política desde su vertiente formal como la real.

Por otro lado, se plantea el tópico de la Gerencia Pública: con la finalidad de ofrecer respuestas pertinentes, con respecto a una serie de problemas que caracterizan a la gerencia pública venezolana, especialmente aquellos problemas de índole cultural que son inherentes a la estructura burocrática del Estado, en este sentido se da paso al estudio de la gestión, cuestión que debe ser aprovechado, con un doble propósito, por un lado para la construcción de conocimiento básico que a su vez se constituya en un aporte de tipo práctico o de aplicación para apoyar al mejoramiento del funcionamiento del aparato del Estado. Los procesos de construcción o descubrimiento de conocimiento desde el claustro universitario, deben romper con la postura de que “solo estamos para generar conocimientos básicos”, no, la Universidad marca el rumbo de las sociedades desde la formación de profesionales y por medio de la investigación, por tanto debemos abrirnos, apoyar y fortalecer la acción gubernamental en el área de la gestión de salud pública, para así ayudar a construir una mejor sociedad.

Haciendo uso de la capacidad de apropiación de la experiencia como señala Lanz, comparto con quienes consideran que el problema del Sistema Nacional de Salud Pública en Venezuela, no es un problema de enfermedades y de médicos o especialistas en la materia, es en realidad un problema de políticas y de gerencia. Es por ello que en este tímido papel de trabajo se intenta esbozar algunos elementos a ser abordados desde el campo de la Ciencia Política y la Administración.

² El contenido de la política de salud, esta orientado a “...dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades...”, esto ha dado paso a crear una política cuyo epicentro es la vieja propuesta de la Atención Primaria de Salud esta estrategia de atención, hoy constituida en política para el Estado Venezolano es definida como: “La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptada, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación” (OMS, 1978: 106).

2. Hacia un Estado del Conocimiento: generalidades

El estudio de la política³ y gestión pública de salud en Venezuela con una perspectiva explicativa, en sus distintos niveles: nacional, estatal y municipal constituye una necesidad de primer orden en cualquier circunstancia en América Latina y específicamente en Venezuela, debido a que el poco conocimiento que frecuentemente se ha generado tiene escaso nivel explicativo y se soporta teóricamente en distintos modelos ideales que han surgido a lo largo de la producción de conocimiento sobre administración pública (Ochoa, 2005: 13).

Aparte de estos problemas epistemológicos, la realidad venezolana tanto en el plano del contenido de sus políticas de salud como en el de los procesos de formulación y ejecución, ha pasado por cambios significativos desde el derrocamiento de la dictadura en 1958, dando paso a la instauración de la democracia representativa, esto originó la intensificación de una política de sustitución de importaciones, con cambios significativos en el proceso de formulación de políticas vinculadas a la naciente democracia, a la vez que la formación de un modelo de gestión pública centrado en el populismo con base en el clientelismo (Ochoa, 2005: 13).

Hay aspectos no resueltos que conducen a la formulación de muchas interrogantes que dan paso a la construcción de un saber científico inherente al tema de la salud pública desde la perspectiva de la administración y de la política pública, como disciplinas y áreas de especialización del politólogo, dado que la "...Ciencia Política Profesional ocupa un lugar marginal en la producción científico social...".

Nos proponemos con este trabajo hacer algunas reflexiones sobre este problema, tratando de abrir una discusión, tomando en cuenta la necesidad de impulsar o fortalecer el tema de la política y gestión de la salud, que puedan ser considerados por los científicos universitarios desde la óptica politológica-administrativa, con el propósito de incentivar procesos de investigación en el área de política de salud pública como ha sido la experiencia que se viene desarrollando desde el Centro de Estudios de la Empresa de la Facultad Ciencias Económicas y Sociales de la Universidad del Zulia, la que se adelanta en el marco del Programa Política y Gestión Pública el proyecto "Política y Gestión Pública de Salud en Venezuela", cuyo período de estudio es desde 1999, en el marco de las transformaciones vividas por el aparato del Estado.

La explicación del objeto de análisis de las políticas públicas se ha realizado desde la postura causal fenoménica, es decir, explicación de los problemas según su causa y sus consecuencias, el análisis de las políticas de salud pública deben incorporar un análisis de la complejidad, que en palabras de Lanz, en su trabajo *El arte de pensar sin para-*

³ El interés por el estudio del análisis de las políticas públicas en general cobra importancia en la década de los sesenta en estados Unidos con Harold Laswell, quien adelanta el estudio sobre la tipología de las políticas públicas.

digmas, refiere "...donde lo obvio no sea la línea de análisis, sino los claros y oscuros...", de la política de salud desde 1989 hasta ahora; políticas que han estado enmarcadas en las Constituciones de 1961 y 1999, respectivamente, cuyas concepciones de la salud son totalmente opuestas, es decir, una menos humana y otra mas humana.

"La complejidad es algo muy diferente de mera complicación, implica forjar un marco conceptual completamente distinto que permita concebir sistemas multidimensionales nacidos en una *dinámica relacional y que nos llevan a pensar(nos) y a construir mundos de sentido* muy diferentes a las que surgen de los modelos de pensamiento basados en oposiciones binarias". (Najmanovich y Lennie, s/f)

El estudio desde la perspectiva de la complejidad implica la búsqueda de explicaciones sobre el funcionamiento de los procesos gubernamentales, que incorporen una diversidad de factores que, evidentemente, complican la tarea del investigador, donde lo obvio no sea el norte sino la amplitud, es decir, la complicada red de interacciones que se dan entre las variables y los factores que pueden tener una incidencia en ellos donde la linealidad de causalidad sea relegada por la intervención de la relación causal indeterminada que contemplan las distintas direcciones y dimensiones del fenómeno de la política y de la gestión en materia de salud pública. Ello conlleva a identificar el Estado del Arte del Conocimiento en dicha materia; que por demás no es suficiente decir; que es poca la construcción teórica existente en esta materia, se desconoce en la generalidad en los centros e institutos de todas las universidades ¿Qué autores o investigadores han escrito sobre el tema?, ¿Qué dicen sobre el tema? ¿Cuál ha sido el nivel de explicación elegido? ¿Cuáles métodos han sido utilizados? ¿Qué aportes se han generado? ¿Cuáles es el contexto de los materiales que se han producido? ¿Qué hay en la realidad?, esto aspectos se constituye en un primer paso a realizar para poder conocer los vacíos existentes y así poder construir teorías o fortalecer las existentes en el área de política y gestión de la salud.

Esto no quiere decir que estemos partiendo de cero, se reconoce y aprecia lo aportado por una serie de autores que a partir de la década del noventa han dedicado sus esfuerzos en esa dirección, pero mas en el área de la gestión y de manera empírica, así se tienen: Abad, José (1999); Capriles, Edgar; Díaz Polanco, Jorge; Fernández, Yhajaira y Pereira, Cegri (2001); Celedón, Carmen y Noé, Marcela (1998); Cursio, Pascualina (1999); Díaz Polanco, Jorge (1996); Díaz Polanco, Jorge y Maingón, Thais (1999); Escorihuela, Orlando (2003); Feo, Oscar y Díaz, Jorge (2001); Gamboa, Teresa (2003); Homedes, Nuria y Ugalde, Antonio (2001); Briceño, De Souza Minayo, y Coimbra (2000); Málaga, Hernán, Manzanilla, Luis y Toba, María (1996); Martín y Cano (1998);

Minayo, Carlos y Da Fonseca, Sonia (2000); Viso, Carlos (1999); Zárraga, Pedro (2001), entre otros.

Mas sin embargo, las inquietudes son amplias, la orientación esta hacia qué estudiar de la política y qué de su gestión, en ese sentido, las interrogantes planteadas están perfiladas a *¿Qué estudiar de la política de salud?*

La política pública ha sido abordada teóricamente desde una perspectiva lineal etapista, es decir, sigue la fase de la identificación del problema e inclusión en la agenda; formulación de las alternativas de solución al problema o problemas identificados; e implementación y evaluación, estas dos últimas etapas están relacionadas con la parte de la gestión de la política, que es a la que hacemos referencia en el punto siguiente.

El término política pública en palabras de Subirats (1989) es un término de carácter polisémico, debido a la diversidad de conceptualizaciones que puede asumir, dada esta consideración la Política Pública, se asume desde el punto de vista formal como los lineamientos, directrices, normas, programas, planes o medidas, que se encuentran plasmadas en documentos emitidos por actores del aparato de Estado que gozan de legitimidad. Por otra parte, se define la política desde un punto de vista práctico o real, en este sentido, Vargas (1999) plantea que la política pública involucra un acto de poder e implica la materialización de las decisiones de quienes detentan el poder. La política pública supone toma de posición que involucran una o varias instituciones estatales.

En la primera fase de identificación del problema, es la "...fase en la que determinados aspectos de la realidad se convierten o pasan a percibirse por parte de la atención pública, y por otro lado, las propias autoridades gubernamentales identifican problemas que ameritan de atención" (Grau, 2002: 37).

En este sentido, se requiere orientaciones que permitan levantar información en el área de salud, para poder responder a una gama extensa de investigaciones que buscan dar respuesta a las siguientes interrogantes: ¿Cómo y por qué se decide que un determinado tema o problema relacionado con salud sea abordado por el aparato del Estado?, ¿Cómo es incluido ese tema o problema en la agenda del gobierno?, ¿a qué criterios de tipo político o de otra naturaleza responde?.

La segunda fase, relacionada con la selección de la o las alternativas más viables, refiere Grau (2002: 39) ¿cual será la alternativa de selección?, en el caso venezolano la alternativa seleccionada e incorporada en la Constitución de 1999 fue la atención primaria de salud, aun

cuando no se refleja de manera expresa, pero si tácitamente. En la Constitución de 1961, no manifestó el tipo de política que se asumía. Pero bien, esta etapa conlleva a analizar ¿Cómo se tomó la decisión de la selección de la alternativa para llevar a cabo la política?, ¿Qué actores institucionales, sociales, entre otros participan en el proceso de formulación de la política?, ¿Hasta que punto influye la presión de grupos políticos, económicos o sociales para que se formulara la política de salud? ¿Cuál es la concepción que asume la definición de la política?, será una concepción asistencialista, individualista, privatista, curativa o por el contrario, gratuita, preventiva, comunitaria, ¿Cómo ha sido concebida en las Constituciones de 1961 y 1999 en Venezuela. ¿Cuál es el contenido de la misma?, ¿Qué dimensiones políticas, económica, sociales y culturales privan en la definición de la política?, ¿A qué tipo de modelo teórico responde la formulación de la política de salud en Venezuela?, es decir, se han formulado políticas bajo la concepción racionalista; racionalidad limitada, incrementalista o bajo una modalidad alternativa. Aunque no se debe dejar de reconocer que la concepción racional limitada ha predominado en el diseño de las políticas de salud, es necesario analizarlas y verlas desde otras perspectivas que apuntan hacia visiones más holísticas e integradas de procesos, para así poder realizar cambio de paradigma en la forma de pensar, estudiar e investigar el tema de la administración de salud pública desde una concepción más posmoderna.

3. ¿Qué estudiar de la gestión de salud?

Ahora bien, en cuanto a la implementación o implantación se refiere a la ejecución o puesta en marcha de la política, esto conlleva a que la misma asuma un conjunto de rasgos propios de diversos modelos administrativos que han caracterizado el funcionamiento del aparato del estado, en sus diversos niveles nacional, regional y municipal. Es aquí donde se considera que hay los mayores avances del estado del conocimiento, pues la mayoría de los investigadores en el tema de salud, aun cuando no lo asuman de manera consciente, han desarrollado más la parte de la administración o gestión de la salud.

En cuanto a la gestión o Administración, es un fenómeno social cuyo origen se remonta a los comienzos de la existencia del hombre, dada la necesidad que tiene éste de reunirse con otros hombres a fin de producir para satisfacer sus necesidades. (Ochoa y Gamboa, 1983: 4).

El proceso productivo requiere de la armonización de los hombres en el trabajo y del mayor aprovechamiento de los recursos; debido a estos requerimientos cobra significación la Gestión: se trata por lo tanto de un proceso que “organiza el trabajo colectivo atendiendo a la optimi-

zación de la Fuerza de Trabajo y de los recursos de producción (Cunill, y Ludovic citado por Ochoa y Gamboa, 183: 4-5).

En esta fase, no menos importante pero tampoco más importante que la formulación de la política, se encuentra marcada por un conjunto de interrogantes que pueden perfilar el rumbo administrativo, así se tiene ¿Qué factores inciden en el éxito o fracaso de una política?, ¿Cómo afectan las estructuras institucionales de carácter gubernamental la puesta en práctica de la política?, ¿Qué papel juegan actores ajenos a la gestión de la política de salud?, pero además de significativo interés cabe preguntar ¿qué rasgos asume la toma de decisiones, la administración de personal, el control, la rendición de cuentas, la participación ciudadana, el financiamiento?, estas variables mencionadas de la gestión en materia de salud han asumido características que reflejan aspectos de tipo burocrático; burocrático populista; tecnocrático, de la propuesta de la Nueva Gestión Pública ¿o de un nuevo modelo alternativo de gestión?, esto no ha sido examinado a profundidad a nivel del aparato público de salud.

En este sentido, la disertación de las decisiones políticas tiene mucho que ver con el estudio de la interacción entre la política formal y la política real, la primera referida al deber ser y la segunda orientada a lo que efectivamente en la práctica se ejecuta. Por lo que, no podemos dejar de analizar estos procesos sin considerar el complejo mundo de las relaciones entre los actores políticos que participan en la formulación de la política y los que participan en su implementación.

Los aspectos anteriormente mencionados posibilitan la construcción de enfoques teóricos en el tema de políticas públicas de salud, que deben ser considerados en el proceso de formación tanto a nivel de pregrado y postgrado en las diversas universidades públicas y privadas del país, porque tampoco hay que dejar de reconocer que el estudio de la salud, desde cualquiera de sus aristas, ha sido asumida por Universidades o Instituciones públicas, pero es hora que mayores instituciones de carácter privado adelanten procesos de investigación en esta materia.

Estas orientaciones perfiladas a establecer el estado del conocimiento, juega un doble papel como se refiriera en líneas anteriores, ya que permite apoyar el proceso de formación académica, y enriquecer el ámbito de la investigación, no sólo en el área de la ciencia política sino de la administración pública. Conjugar ambas disciplinas es un reto en la construcción de saberes científicos inherentes al tema de la salud.

“La orientación de la investigación en políticas públicas de salud, permitirá el establecimiento de perspectivas analíticas teniendo en cuenta el potencial explicativo de las distintas teorías y modelos analíticos

existentes, así como de las variables explicativas que tales teorías y modelos proponen” (Grau, 2002: 51).

El planteamiento es que cada investigador decida asumir en reflexionar sobre la política y gestión de la salud, bajo la orientación de estos paradigmas que conlleva a ir generando nuevas propuestas de investigación, de tal forma que se pudiera pensar en una construcción de trabajos científicos, en función del descubrimiento de nuevos saberes que generen aportes para la comunidad científica venezolana e internacional.

Una última etapa, descuidada en el que hacer gubernamental y académico es la fase de evaluación, no hemos desarrollado cultura para la misma, siempre ha sido aletargada en el tiempo, y lo lamentable es que es esencial para determinar el impacto o los resultados de una política, al respecto cabe preguntar, ¿Se han logrado mejorar las condiciones de vida de la población venezolana? ¿Han sido los resultados los esperados? ¿Por qué?, ¿Qué resultado se han alcanzado?. ¿Ha tenido éxito o ha sido un rotundo fracaso o acaso? ¿Ameritó de correctivos?

Como diría Parsons, (1995: 545), se requiere evaluar para poder aprender de los resultados y de las consecuencias de las políticas.

4. Principales estrategias para impulsar la investigación administrativa en salud pública

El desarrollo de los planteamientos anteriormente esbozados, conllevan a configurar un trabajo en equipo capaz de asumir retos en la construcción de investigaciones en materia de política y gestión pública de salud, en función de las líneas y programas de investigación, cuya finalidad sea generar discusiones plurales y compartir esfuerzos para el aprendizaje colectivo, con el propósito de promover la creación y el fortalecimiento de redes académicas, para ello se deben:

- Configurar líneas, programas y proyectos de investigación en el tema en cuestión. Las investigaciones deben estar orientadas a la formación de investigadores en el conocimiento de la política y la gestión pública en Venezuela.
- Se requiere de la práctica de una organización del trabajo científico alternativo, que facilite, la vinculación con los postgrados, la formación de relevo, y fortalecer principios de Participación, disciplina, aprendizaje, cooperación, productividad científica, calidad, proyección, ética y pluralismo. La estrategia organizativa de programa facilita avanzar en este tipo de organización. (Ochoa, 1992)

- Estructurar equipos de investigación multidisciplinarios con la participación de diversas universidades e instituciones de carácter nacional, regional o municipal, ello con el propósito de fortalecer o configurar una verdadera comunidad científica. El aprendizaje en equipo implica la práctica permanente sobre la base de la discusión y el diálogo (Senge, 1992:297), esto requiere que exista integración entre sus miembros para crear los resultados que se aspiren alcanzar (Pereira y Suárez, 2005).
- Formación de docente e investigadores en el área de políticas públicas y de gestión, desde los postgrados y cursos de actualización profesional. Siguiendo a Marcano (2000:2) "El personal formado en estos ámbitos actúa como una onda expansiva difundiendo los conceptos y visiones que se tienen desde el propio centro de investigación".
- Garantizar la permanente actualización de los investigadores nacionales en salud, en sus diferentes campos de trabajo, con el objeto de permitirles, no sólo la utilización de los conocimientos y metodologías más avanzados, sino también la posibilidad de colaborar con el progreso universal del conocimiento. Igualmente, deben encontrar mecanismos para reciclar la formación y garantizar la actualización del personal de salud que a nivel nacional es responsable por la aplicación de los conocimientos y el mantenimiento de la salud de los venezolanos (Torrealba, 1982).

5. El Contexto en el caso Venezolano: ¿a partir de dónde comenzar a estudiar la política y gestión de salud?

A partir de 1989, el sistema de salud pública se caracterizó por ser ineficiente en cuanto a la administración de los recursos económicos, técnicos, financieros y humanos, así como por el escaso mantenimiento dado a la infraestructura. Aunado a esos también se registraron otros problemas que tienen que ver con la conducción del sistema. Problemas de calidad de atención en salud tienen que ver, en términos más generales, con el estilo de funcionamiento del Estado, que no se preocupó por el establecimiento de adecuados mecanismos de supervisión, control y las formas, en que fue concebida la política de salud (Rincón, 2004)

En este contexto y en el marco de la Constitución de 1961, se da impulso a la descentralización como proceso político con expresión territorial institucional, lo que significa una redistribución territorial del poder... remite al doble mecanismo de crear instancias de participación democrática más extendidas y gobernables, y ser un poderosísimo impulso para descongestionar al Estado y permitir su eficiencia"

(COPRE, 1988: 60). Considerando además que hoy se cuenta con un cuerpo de leyes que rebasan la propuesta originalmente impulsada por la COPRE, por lo cual se estima existen hoy en día condiciones que no deben despreciarse o desaprovecharse.

El origen y desarrollo de este proceso dio paso a la realización de un conjunto de investigaciones, que se han erigido predominantemente en referir que la descentralización ha contribuido en mejorar la calidad de vida de los ciudadanos; sin embargo, no puede obviarse que la descentralización en algunos casos alcanzó beneficios, pero en otros no se ha alcanzaron beneficios.

Pensamos también que debe adelantarse investigaciones que permitan comprender la descentralización atendiendo las diversas perspectivas teóricas, tanto neoliberales⁴, neoestructuralistas⁵ y neomarxistas⁶.

A partir del 99, en el marco de las transformaciones del contexto normativo venezolano, se impulsa un giro en la política de salud, en el cual se intenta poner en práctica una política de tipo universalista, integral, gratuita, que busca frenar los intentos de privatización que han ido tomando cuerpo en el contexto de la economía venezolana, con el propósito de alcanzar la equidad y una mejor calidad de vida, a través de la implementación de un nuevo modelo de atención, basado en la vieja estrategia de atención primaria en salud, ese modelo se conoce como Misión Barrio Adentro y surgió en el 2003, como una iniciativa del gobierno nacional para prestar atención a los más desprotegidos.

Este modelo se ve favorecido, gracias a la aprobación de la nueva Constitución, en la que se consagra la salud como un derecho fundamental, obligación del Estado de garantizarlo y a la estrategia emprendida, por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

A partir del año 2003, por ejemplo se estructura de manera paralela el programa misión Barrio Adentro, el cual se constituye en un modelo alternativo de gestión y de atención, que se fundamenta en la política referida en el artículo 83 de la CRNV. “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” (Asamblea Nacional, 1999). Se abre una interesante oportunidad para pensar una realidad que esta en proceso de construcción que ofrece respuestas a

⁴ Se debe buscar si la reforma descentralizadora se intentó para aumentar la eficiencia global del sistema por medio del desmantelamiento de la regulación estatal, ya que el argumento principal –sostiene el autor– es que, junto con el crecimiento demográfico y la aceleración de la urbanización, se llega a una inflación de demandas distributivas dirigidas al Estado; las que van acompañadas de una incapacidad administrativa (incapacidad de ampliación eficiente del aparato burocrático), lo que conduce a una inflación regulativa (con deterioro concomitante de la calidad de los servicios) y se llega, así, a una crisis del presupuesto estatal. (Haefner, 2000)

⁵ Se deben realizar estudios desde la perspectiva neoestructuralista, en los cuales se evidencia si efectivamente la reforma descentralizadora aumentó la efectividad del sistema por medio de la racionalización de la regulación estatal. Ya que la crisis del Estado tiene dos dimensiones: crisis de endeudamiento externo y crisis de distribución y legitimidad interno. La crisis de endeudamiento limita los espacios hacia fuera y obliga al costoso proceso de ajuste; la crisis de distribución causa polarización socioeconómica que afecta más a algunas regiones que a otras. Por consiguiente, el régimen pierde legitimidad y la presión política de la periferia sube, lo que ocasiona incapacidad de las instituciones tradicionales de encarar los nuevos conflictos sociopolíticos. La incapacidad institucional se debe, en buena parte, a la sobre-centralización del Estado, lo que conduce a justificar la existencia de las estructuras centralizadas, las cuales se justificaron en el pasado por la creación del Estado de Bienestar y por el proceso de modernización económica. (Haefner, 2000)

la atención primaria de salud que antes no había podido fraguar como una verdadera política de salud

El diseño de investigaciones relacionadas con salud, ofrece importantes elementos para el estudio y comprensión de los procesos que se registran a nivel del aparato público, ya que se debe buscar confrontar los enfoques teóricos con las evidencias empíricas, que permita el incremento de la producción del conocimiento. Se puede obtener una visión integradora de los procesos y un aprendizaje sobre base del análisis que perfeccione el dominio y consolidación del conocimiento de nuestro proceso, así como contribuir con aquellos que investigan, y cuyo resultado de dicho proceso redunda en beneficios en el área de las ciencias sociales, de allí la importancia de adelantar investigaciones sobre salud en Venezuela.

Referencias bibliográficas

ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE. *Constitución de la República Bolivariana de Venezuela*. Gaceta Oficial Gaceta Oficial N° 5.453, de fecha 24 de marzo de 2000. Caracas.

AVALOS, I. (1999) "Breve crónica de un cambio anunciado". En *Revista Espacio*, N° 2. Vol. 2, Venezuela.

COPRE (1988). *La Reforma del Estado. Proyecto de Reforma Integral del Estado*. Volumen. I. Caracas. Venezuela.

GRAU, Mireia (2002). "Introducción. El estudio de las políticas públicas: enfoques y metodologías de análisis". En Grau, Mireia y Mateos, Aracelis (Rds). *Análisis de Políticas en España: enfoques y casos*. Colección Ciencia Política. España

HAEFNER, Carlos (2000). *La Descentralización y la Planificación del Desarrollo Regional ¿Ejes de la Modernización de la Gestión Pública? Algunas Notas sobre su Discusión*.

MARCANO GONZÁLEZ, Luis (2000). "El entorno actual y la gerencia de proyectos de investigación", en *Revista Espacios*. Número 2, Volumen 21.

NAJMANOVICH, Denise y Lennie, Vera (s/f). "Pasos hacia un pensamiento complejo en salud". En <http://www.fac.org.ar/fec/foros/cardtran/colab/Denise2.htm>

OCHOA, Haydée (1992). "La investigación administrativa en Venezuela". En *Opción*, Año 11. N° 17.

OCHOA, Haydée (2005). *Protocolo del Programa Política y gestión Pública en Venezuela*. CONDES-CEE-FCES-LUZ. Maracaibo.

⁶ Adelantar estudios desde enfoques neomarxistas, ya que plantean que la descentralización es una respuesta para estabilizar el sistema frente a las tensiones provocadas por el ajuste económico, por la reproducción de la dominación política por medio de la privatización, por la modernización y por la fragmentación de la práctica política. El argumento correspondiente es que, en la nueva fase de acumulación, los países dependientes viven fuertes presiones de ajuste, con una doble dinámica: por un lado, deben manejar la crisis de endeudamiento hacia fuera y la crisis presupuestal hacia adentro; por otro lado, se vuelven críticas las relaciones entre Estado y sociedad, pues los instrumentos de la intervención estatal se muestran insuficientes, irracionales o demasiado costosos. Esta crisis se trata de solucionar con la llamada modernización del Estado, proceso que conlleva pérdidas de legitimidad y nuevas formas de articulación de intereses que, en parte, escapan del control del Estado. (Haefner, 2000)

OCHOA, Haydee y Gamboa, Teresa (1983). “La Gestión o Administración. Un Enfoque Teórico-Metodológico”. *Revista de Ciencias Sociales*. Universidad del Zulia.

OMS (1978). “Alma Ata. Atención Primaria de Salud”. En *Salud para todos*, N° 1. Washington D.C.

PEREIRA DE HOMES, Lilia y Suárez Amaya, Wendolin (2005). “Estrategias para impulsar la investigación administrativa”. En *Espacios*. Vol. 26 (1) Maracaibo.

LANZ, Rigoberto (s/f). *El arte de pensar sin paradigmas*.

RINCÓN, María Teresa (2004). *Modelos de gestión de los servicios de salud promovidos por las gobernaciones venezolanas (1989-2003)*. Trabajo final del programa de investigador novel (CEE-LUZ-FONACIT).

SÁNCHEZ ROSE, Isabelle (2003). “La Agenda Salud en Estados Frontera: balance de una experiencia de política pública”. En *Espacios*, v. 24. n° 1, Caracas.

SUBIRATS, Joan (1998). “Democratización, Dimensiones de Conflicto y Políticas Públicas en España”. En GOMÁ, Ricard y SUBIRATS, Joan (coords.). *Contenidos, Redes de actores y niveles de Gobierno*. Ariel, Barcelona, pp. 13-20. www.politicayactualidad.com, fecha de 25-08-2003.

TORREALBA, Witremundo (1982). “Objetivos de la investigación biomédica en Venezuela”. En *Espacios*. Vol. 3 (1). Caracas.

VARGAS, A (1999). “Notas sobre el Estado y las políticas públicas”, en *Almoneda*. N° 2. Editores, Bogotá. En <http://www.medicina.unal.edu.corevistas>, fecha de consulta 25-08-2003 .

VESSURI, H. (1996). “La Ciencia en Venezuela. Balance de Fin de siglo”. En www.ivic.ve/estudios_de_la_ciencia/balsi.gxx.pdf.

Tendencias modernas de la información, divulgación y documentación en y para la Investigación en Salud Pública

“La trayectoria individual del investigador y su capacidad de acumular un *stock* de conocimientos y adquirir credibilidad en la comunicación científica, constituyen el motor de la actividad de investigación.”

JULIO CÉSAR NEFFA

El conocimiento es una poderosa herramienta que no debe ser propiedad de un grupo cerrado, por el contrario, su difusión debe propender a la apropiación de ese conocimiento por los ciudadanos. Este concepto sobre el valor social del trabajo científico, condiciona su éxito a la posibilidad de la inserción social de los resultados de la investigación. Así, la divulgación del conocimiento ayudará a construir una sociedad más democrática que atienda las demandas de los ciudadanos respetando el contexto histórico, económico, político y cultural en el cual se desarrollan y del cual son inseparables.

Hoy día el problema real de hacer la información disponible para los investigadores es la abundancia de la información y la dificultad para acceder a ella.

Se podría afirmar, que la información que habitualmente manejan las bibliotecas es poco utilizada, aunque los profesionales y técnicos sanitarios reconocen el valor y la utilidad de la información contenida en la literatura del área de salud. ¿Por que este menor grado de uso a pesar del reconocimiento de su calidad? ¿Cual es la causa de este poco uso a pesar del rico acervo documental y sofisticadas herramientas de búsqueda que se posee? En este orden de cosas las bibliotecas médicas serian ineficientes para proveer la información que se necesita, estudios amplios como el de Chicago (Marschal, 1993) o el de Rochester (Marschal, 1992), aunque demuestran la importante contribución que un buen servicio de información puede ofrecer al sector salud, aunque sin dejar de ser elegantes formas de intentar mantener un “status quo” actual, más que una forma aplicable de acercar la información impresa a la investigación o a la medicina basada en la evi-

* Médico epidemiólogo, docente-investigador del IAESP “Dr. Arnoldo Gabaldon”. wuilman.gomez@iaesp.edu.ve

** Bibliotecóloga, analista de información del IAESP “Dr. Arnoldo Gabaldon”.

dencia que consiste en basar las decisiones clínicas en las mejores pruebas o evidencias científicas disponibles, tomando de la epidemiología, estadística y de la documentación (Information Science) la metodología y herramientas para identificar, valorar y asimilar esta evidencia.

Fuentes de información

1. Fuentes de información primarias

REVISTAS

De una manera genérica se puede dividir las revistas según el tipo de material que publican en: revistas que publican preferentemente artículos de investigación u originales y en revistas en las que predominan los artículos de revisión.

Los originales de las revistas, desde una perspectiva clínica, tienen inconvenientes ya que una gran parte presentan resultados de estudios experimentales o preliminares, con una escasa representación de estudios clínicos. Los artículos de revisión son una fuente útil de información, se consigue de forma rápida una visión de conjunto del estado actual de un tema. Sin embargo, la mayoría de las revisiones clásicas de carácter narrativo, suelen ser subjetivas basadas en la autoridad del autor y no siguen criterios reproducibles en la selección de las fuentes; este tipo de revisiones tienden a sacar conclusiones que en el mejor de los casos, están sesgadas y, en el peor de los casos son erróneas.

LIBROS

Los libros desde un punto de vista documental tienen una difícil clasificación, para unos serían fuentes de información secundaria especiales, en tanto recopilan información primaria, y para otros constituyen un grupo nuevo o fuentes de información terciaria. Desde el punto de vista de la Medicina Basada en Evidencia se pueden considerar, en muchos casos, como fuentes de información "jurásica" (Whettrall, 1995).

¿Por qué esta calificación aparentemente despectiva? Solo pretende ser ilustrativa del escaso valor de los libros tal y como los conocemos, en la práctica diaria. La información contenida en los libros presenta una rápida obsolescencia, tiene un enfoque académico, hay omisión o escasa representación de problemas comunes y por último representan el paradigma de las revisiones no sistemáticas que siguen un modelo de autoridad.

2. Fuentes de información secundarias

REVISTAS DE RESÚMENES

Dentro de las fuentes de información secundarias, ocupan un lugar preponderante los servicios que proporcionan una selección de la literatura actual mediante resúmenes más o menos elaborados y mediante los cuales reduce el trabajo de búsqueda de la literatura y se facilita la puesta al día o alerta bibliográfica. En formato de revistas o boletines, bases de datos resúmenes e incluso secciones de revistas existe una amplia variedad de estas fuentes en la actualidad.

BASES DE DATOS

– Medline:

La Librería Medica en línea (2005) se define de la siguiente manera:

Es posiblemente la base de datos de bibliografía médica más amplia que existe. Producida por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos. En realidad es una versión automatizada de tres índices impresos: Index Medicus, Index to Dental Literature e International Nursing Index, recoge referencias bibliográficas de los artículos publicados en unas 4.800 revistas médicas desde 1966. Actualmente reúne más de 15.000.000 de citas y está en marcha un proceso para la carga paulatina de citas anteriores a 1966. Cada registro de MEDLINE es la referencia bibliográfica de un artículo científico publicado en una revista médica, con los datos bibliográficos básicos de un artículo (*Título, autores, nombre de la revista, año de publicación*) que permiten la recuperación de estas referencias posteriormente en una biblioteca o a través de software específico de recuperación.

– LILACS

En tanto el Centro Latinoamericano y el Caribe de Información en salud (2005), conceptualiza a Lilacs de la siguiente manera:

Es una base de datos cooperativa del Sistema BIREME y comprende la literatura relativa a las Ciencias de la Salud, publicada en los países de la Región, desde 1982. Contiene artículos de cerca de 670 revistas más conceptualizadas del área de la salud, con más de 350 mil registros, y otros documentos como tesis, capítulos de libros, anales de congresos o conferencias, informes científico-técnicos y publicaciones gubernamentales.

– Bases de datos de la Colaboración Cochrane

La Colaboración Cochrane es una red internacional con centros en el Reino Unido, Canadá, Estados Unidos, Países, Escandinavia, Países

Bajos, Italia y Australia cuyo objetivo es la de preparar, reunir, mantener y difundir revisiones sistemáticas y metanálisis sobre los efectos de las intervenciones sanitarias en humanos, que sirvan como ayuda en la práctica clínica, así como la de crear directrices para la toma de decisiones de los gestores de la salud y orientar investigaciones futuras (Sigaly, 1993).

Divulgación, difusión y diseminación

Cada vez cobran mayor importancia los centros de producción científica y técnica en "...la divulgación, la difusión, la diseminación, la popularización, la actualización y el perfeccionamiento profesional, la vinculación y la transferencia científico-tecnológica y toda otra forma de comunicar la ciencia con el fin de que lo ciudadanos se apropien de ella." (Dellamea, 2004)

El mejor y más claro diagnóstico fue el realizado por especialistas de los países Latinoamericanos, quienes hacen mención a:

- La baja producción de los científicos latinoamericanos en los países desarrollados.
- La reducción de presupuestos para la edición de los organismos donde se genera la investigación.
- La falta de criterios de evaluación propios y adecuados para la región, así como, de políticas de estado .
- La falta de información confiable a nivel nacional sobre la calidad académica y editorial de las revistas y en muchos casos la inexistencia de un Núcleo Básico de revistas científico-técnicas en el país.

La información debe tener un valor agregado de utilidad, oportunidad y direccionada a reducir las inequidades, por ello el énfasis de la aplicación de la tecnología radica en reducir las inequidades en salud, en la capacitación del recurso humano, la participación ciudadana, la cooperación horizontal, el incremento de redes, la innovación y el manejo del conocimiento.

Brunner (1998) afirma que América Latina, entre otras acciones, para ponerse al día se necesita ampliar su infraestructura de comunicaciones y elevar la calidad de sus recursos humanos, modernizar su sistema escolar y universitario, incorporar el uso de tecnologías de información y comunicación a las escuelas y difundir su uso, ...así como multiplicar las conexiones con la información que fluye por las redes electrónicas a nivel global...".

De allí que los científicos de la salud han podido hacer visible sus trabajos con la ayuda de herramientas documentales como las que surgen y se desarrollan a partir de los años 60 con el proyecto Alpanet, conocido hoy como la red de redes: INTERNET y el apoyo a las políticas de información documental emanadas por la UNESCO, la OMS y OPS. Para reducir la brecha donde los científicos de los países desarrollados marcara distancia ante la comunidad científica hispanoamericana, al no contar éstos con las normas y sistemas de información consolidado, que traía como consecuencia la no divulgación, difusión y conocimiento de los resultados de su investigación.

En 1998 la UNESCO publicó su Plan de Acción para la transformación de la Educación Superior en América Latina y el Caribe destacando como objetivo específico el siguiente:

“Fortalecer una cultura de intercambio, colaboración y trabajo académico por vía de redes electrónicas y lograr que éstas puedan servir de vehículo para difundir los valores culturales propios de América Latina y el Caribe”.

En respuesta emergen Latindex y SciELO a quienes los une la necesidad de crear, definir y aplicar criterios propios y adecuados para la región, fomentar las nuevas formas de comunicación y de consulta de información utilizándolas para relevar, registrar, informar, evaluar y permitir el acceso al texto completo de las revistas científico-técnicas que se publican en el área.

Más reciente es RedALyC al cual ya se han adherido muchos editores del área, porque les permite publicar en forma electrónica y a texto completo sus revistas, inicialmente impresas.

Sistemas de Información Científica

Sistema Latindex (Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal)

La misión de este sistema es “Difundir, hacer accesible y elevar la calidad de las publicaciones científicas latinoamericanas de carácter periódico a través de los recursos compartidos”.

Fue creado en 1995 y para cumplir sus objetivos desarrolla un sistema de información regional y la infraestructura que lo soporta para compilar información de calidad, estableciendo criterios propios para la evaluación de las publicaciones científicas latinoamericanas y entregarles a los usuarios, información confiable sobre la producción científica original (40% en cada revista) multidisciplinaria y en cualquier idioma que se edite en América Latina, el Caribe, España y Por-

tugal. El Sistema Latindex puede ser consultado en www.latindex.org y participan en él: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, España, México, Nicaragua, Perú, Portugal, Puerto Rico, Uruguay y Venezuela.

Entre sus recursos se cuenta con el Índice de recursos electrónicos que localiza las publicaciones científicas del Directorio y posee una versión en línea e informa sobre el tipo de acceso, los formatos en que se presenta la publicación y la cobertura temporal de la misma. A través del índice se puede acceder al texto completo de la revista clicando sobre la dirección electrónica.

SciELO (Scientific Electronic Library Online)

El objetivo de SciELO busca a corto plazo aumentar radicalmente la visibilidad, la condición de acceso y la credibilidad nacional e internacional de la publicación científica de Latino América, el Caribe, España y Portugal por medio de la publicación integrada en Internet de colecciones nacionales y regionales de revistas científicas.

Creado en 1995, permite el acceso en línea al texto completo de las mejores revistas iberoamericanas, además de monitorear su desempeño y producir indicadores de uso e impacto de cada título. Actualmente existen iniciativas con distinto grado de desarrollo en: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, España, México, Perú, Portugal, Venezuela. Puede ser consultado en <http://www.scielo.org>

Tiene sitios multidisciplinarios y otros que cubren una temática determinada como las colecciones de Ciencias Sociales y Salud Pública.

RedALyC (Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal)

Posee el contribuir a la difusión de la actividad científica editorial que se produce en y sobre Iberoamérica. Este propósito se materializa con la creación, diseño y mantenimiento de una hemeroteca científica en línea de libre acceso <http://www.redalyc.org>

Fue Creado en el año 2000, es un proyecto impulsado por la Universidad Autónoma de Estado de México bajo el lema "la ciencia que no se ve no existe". Es una Hemeroteca científica virtual donde se puede buscar los artículos completos por autores, palabras clave y también búsqueda avanzada y las revistas por título, país y área temática. El sitio se actualiza permanentemente.

El día 25 de agosto tenía 300 revistas y 36670 artículos. Tiene también proyectos por externos, como RedALyC Costa Rica con 9 revistas y 366 artículos y RedALyC México con 81 revistas y 11290 artículos.

Otros repositorios iberoamericanos que permiten el acceso libre al texto completo de las revistas y contribuyen a su visibilidad son:

- Red de Bibliotecas Virtuales de CLACSO, con textos completos y enlaces a textos completos.
- IRESIE, con 680 revistas y cobertura para América Latina y España
- E-Journal, con 23 títulos y cobertura para México.

Caso Biblioteca Virtual en Salud

Pensar en la posibilidad de encontrar información requerida en un solo sitio es visualizar a la Biblioteca Virtual en Salud; espacio donde los países hispanoamericano convergen para suministrar toda la literatura científica técnica que produce en el área de la ciencia de la salud. Información basada en investigación empírica o factual, evidencia clínica, reflexiones acerca de reformas o políticas de la salud que tiene como fin, estar a la disposición de técnicos, científicos y gerentes de esta área.

Ahora bien, quizás cabe preguntar, por qué el área de la Ciencia de la Salud ha desarrollado la magnitud de tal proyecto?, por la razón, que ha sido la Ciencia médica el área que más ha sistematizado información científica, ha mostrado a través de las investigaciones y posterior a eso a través de las publicaciones de los artículos científicos, Revistas, index y bases de datos hasta ir a la par de lo que ofrece la plataforma tecnológica hoy en día y las múltiples maneras de organizar la información a través de Internet.

El Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME) antiguamente conocida como la Biblioteca Regional de Medicina de Brasil a través del apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, ha sido el organismo encargado de ir desarrollando una estructura y metodología que le permitiera a los bibliotecarios latinoamericanos convertir sus procesos tradicionales de describir bibliográficamente, organizar y ubicar información producida por los investigadores a través de un formato electrónico como es la Base de datos Literatura Latinoamericana de la Ciencia de la Salud (LILACS).

La Biblioteca Virtual en salud (2003) señala que:

Bireme fue fundada en 1967 con el nombre de Biblioteca Regional de Medicina, por medio de un convenio entre la OPS y el Gobierno del Brasil, representado por los Ministros de la Salud y de la Educación, la Secretaria de Salud del Estado de Sao Paulo y la Escuela Paulista

de Medicina, hoy Universidad Federal de Sao Paulo. Posteriormente, el nombre cambió para Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud, que mejor refleje sus objetivos y funciones, no obstante, la sigla aún permanece.

Se enmarca así la labor de esta organización del cual tiene como objetivo: "La promoción de la cooperación técnica en información científico técnica en salud con los países y entre los países de América Latina y el Caribe (en adelante REGIÓN), con vistas a desarrollar los medios y las capacidades para proporcionar acceso equitativo a la información científico técnica en salud relevante y actualizada, de forma rápida, eficiente y con costos adecuados" (BVS, 2005).

Aprovechando las ventajas que ofrece Internet, BIREME diseñó una plataforma que permite concebir un espacio donde todos los países latinoamericanos contribuyen para consolidar la base del conocimiento científico técnico en salud registrado, organizado y almacenado en formato electrónico. Es por eso que para el año 1998, los países latinoamericanos suscriben el acuerdo de San José que da comienzo a una nueva forma de dar respuesta a la organización y tratamiento de la información en salud.

Unos de los fundamentos principales de la BVS, es la Cooperación Técnica para la promoción de la producción de información, basadas en las operaciones descentralizadas de fuentes que realiza cada institución miembro, en formato electrónico y que conectadas entre sí permiten acceso directo, sin restricciones geográficas y de tiempo.

Tal como lo describe la BVS (2005):

La BVS, como biblioteca, es una colección descentralizada y dinámica de fuentes de información cuyo objetivo es el acceso equitativo al conocimiento científico en salud. Esta colección opera como red de productos y servicios en la Internet, para satisfacer progresivamente las necesidades de información en salud de autoridades, administradores, investigadores, profesores, estudiantes, profesionales de los medios de comunicación y público en general.

La distinción que tiene la BVS ante el mancomunado que ofrece Internet, es que dispone de un conjunto de fuentes que responde a criterios de selección y control de calidad.

La arquitectura de la BVS la conforman 6 componentes o fuentes de información, que tienen como finalidad responder a la demanda de información por parte de los usuarios, como productos y servicios, se incluye también las comunidades virtuales y los programas de computación que sustentan este proyecto.

BVS (2005):

1. Fuentes primarias: incluyen los textos completos según los tipos clásicos de la literatura científica (revistas, monografías, tesis, legislación, etc.), así como otras y nuevas fuentes originales de datos hipertextuales y numéricos.
2. Fuentes secundarias: incluyen todos los índices, bases de datos y directorios, cuyos registros se refieren a fuentes primarias, entidades y eventos en el área de la salud. También se incluyen los servicios de información asociados a esas fuentes, como, por ejemplo, el servicio de conmutación bibliográfica. Este conjunto hace recordar en líneas generales las unidades de referencia de la biblioteca tradicional.
3. Fuentes terciarias: se generan con valor agregado a partir de las fuentes primarias y secundarias y tienen objetivos didácticos o de soporte a la toma de decisión de distintas comunidades de usuarios.
4. Disseminación selectiva de información: actualiza usuarios según el perfil de interés específico. Dicho tipo de fuente de información también es un mecanismo de suministro de información de la BVS a las comunidades de usuarios que no están conectados o tienen dificultades de comunicación con la Internet.
5. Noticias y comunicación entre personas, incluyendo listas de discusión, foros y comunidades virtuales en general.
6. Componentes integradores que aseguran la integración de las fuentes de información descentralizadas de la BVS, como la terminología DeCS, los catálogos de recursos de información y las metodologías comunes, muy útil para la ubicación de las palabras claves que facilitaran la divulgación de los artículos científicos.

Las bases de datos son unas de las herramientas más utilizadas para ubicar, artículos de revistas, tesis y monografías es por eso que LILACS intenta compilar toda la literatura que se produce en Latinoamérica y el Caribe como artículos de revistas, libros, capítulos de libros, tesis, trabajos presentados en eventos científicos, informes técnico-científicos, proyectos y documentos no convencionales, también conocidos como literatura gris. A través de los avances tecnológicos hoy en día es posible encontrar en esta base no solo la referencia bibliográfica sino también enlace al documento texto completo, aspecto que le da un altísimo valor agregado al sistema de búsqueda de información.

BVS (2005) describe que “la metodología LILACS –Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud– es el instrumento que

posibilita la estructuración, alimentación, mantenimiento y organización de las bases de datos bibliográficas de la BVS. Es resultado de la necesidad de una metodología común para el tratamiento descentralizado de la literatura científica y técnica en salud que se produce en América Latina y el Caribe”.

Otro avance significativo que facilita la investigación y recuperación de la información es el modelo para la publicación electrónica SciELO (Biblioteca Científica Electrónica en línea) el cual es Scielo (2003)

...un modelo para la publicación electrónica cooperativa de revistas científicas en Internet. Especialmente desarrollado para responder a las necesidades de la comunicación científica en los países en desarrollo y particularmente de América Latina y el Caribe, el modelo proporciona una solución eficiente para asegurar la visibilidad y el acceso universal a su literatura científica, contribuyendo para la superación del fenómeno conocido como “ciencia perdida”. Además, el Modelo SciELO contiene procedimientos integrados para la medida del uso y del impacto de las revistas científicas.

Este aspecto de exponer las revistas en el entorno de Internet y con acceso abierto (Open acces) impulsa de manera significativa la visibilidad de los resultados de las investigaciones científicas realizadas en Latinoamérica y el Caribe más el fomento del uso de este tipo de literatura.

Otro elemento y no menos importante es el Localizador de Información en Salud (LIS) que es un catalogo de URLs, los <http://www> encontrados en Internet y destinados a identificar las fuentes de información con la temática relacionada a la ciencia de la salud. Tal como se describe en CRIS (2000):

El LIS es un sistema para facilitar la localización de información de salud de América Latina y el Caribe que se basa en el uso de la metainformación (información sobre la información) para acceder al universo de recursos de información de la región. Se basa en una metodología común para la creación, almacenamiento y recuperación de los metadatos y funciona como una red distribuida de localizadores que se entienden entre si y que son compatibles con los principales localizadores de información y motores de búsqueda disponibles en Internet.

Ayuda a orientar al usuario a encontrar las páginas web especializadas en la materia, en el metabuscador del LIS se disemina con mayor efectividad la información requerida en comparación con otros metabuscadores como lo es Google o Yahoo.

Caso Venezuela en el sistema de información en salud

Una vez que se firma el acuerdo de San José de Costa Rica (1998) entre los países latinoamericanos y el Caribe, en Venezuela también se dispone de los mecanismos para sistematizar y contextualizar el proyecto a partir del año 2000.

La construcción de la Biblioteca Virtual en Salud en Venezuela se visionó para que las organizaciones participantes en el mismo fortalezcan la manera de articular y reordenar los esfuerzos ya realizados anteriormente por ofrecer servicios electrónicos de información en salud, con la finalidad de rescatar el acervo de la bibliografía médica venezolana compiladas desde años anteriores para ese entonces por el Ministerio de Sanidad y que dejó de publicarse desde 1993.

El trabajo de cooperación para la adopción de este modelo en Venezuela, ha sido posible por la labor del Sistema Nacional de Documentación e Información Biomédica (SINADIB), la Universidad Central de Venezuela (UCV), Ministerio de Salud (MS), Organización Panamericana de la Salud-Venezuela, Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon” (IAES), Ministerio de Ciencia y Tecnología (MCT), Ministerio del Ambiente y Recursos Naturales (MARN), Fondo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (FONACIT) y Centro Nacional de Tecnologías de Información (CNTI).

El SINADIB es el centro que lleva la coordinación del Sistema Venezolano de información en Ciencia de la Salud, es la organización de enlace entre las distintas unidades de información y BIREME.

Para garantizar el desarrollo y sostenibilidad de la BVS Venezuela, se creó en 2001, el Comité Consultivo Nacional, donde están representadas las instituciones más relevantes del sector salud de Venezuela.

El Comité Consultivo Nacional representa y da autoridad a la BVS como espacio de información científica y técnica. La coordinación técnica y secretaría ejecutiva, está a cargo del Ministerio de Salud, a través del Instituto de Altos Estudios en Salud Pública “Dr. Arnoldo Gabaldon”, El Ministerio de Salud, como ente rector del sector, cuenta con las condiciones (políticas, institucionales, económicas, de recursos humanos y de tecnologías de información) para asumir el liderazgo en la operación de la BVS, como política de estado en información para la formación del personal del Sistema Público Nacional de Salud, como lo señala la Constitución Nacional de 1999.

Para el 06 de diciembre del 2005 se formalizó el lanzamiento de la Biblioteca capítulo Venezuela con la participación de 7 instituciones y la incorporación de 11 bases de datos, actualmente cuenta con 37. 501 registros distribuidos en 11 bases de datos en la que se detallan:

Base de datos bibliográfica del Instituto de Altos Estudios en Salud Pública "Dr. Arnoldo Gabaldon". Documentación especializada en las áreas de Salud Pública, Salud Ocupacional e Higiene del Ambiente Laboral y Epidemiología de Enfermedades Metaxénicas, cuenta con 1.200 registros.

LIVECS - Literatura Venezolana en Ciencias de la Salud. Producción científica y técnica en biomedicina venezolana, con un total de 18.114 registros.

Base de datos bibliográfica de la PWR - Venezuela. Acervo de la Biblioteca de la Organización Panamericana de la Salud, con 4.000 registros.

Bases de datos del Ministerio del Ambiente, con un total de 12.487 registros:

BASE DE DATOS BIBLIOGRÁFICA SOBRE EDUCACIÓN AMBIENTAL. Documentación especializada del Ministerio del Ambiente.

BASE DE DATOS BIBLIOGRÁFICA SOBRE CONSULTORÍA JURÍDICA DEL MINISTERIO DEL AMBIENTE. Base de datos de la Consultaría Jurídica del Ministerio del Ambiente.

BASE DE DATOS BIBLIOGRÁFICA SOBRE EQUIPAMIENTO AMBIENTAL. Documentación especializada del Ministerio del Ambiente.

BASE DE DATOS DE PLANIFICACIÓN Y ORDENACIÓN AMBIENTAL. Documentación especializada del Ministerio del Ambiente.

BASE DE DATOS SOBRE DIVERSIDAD BIOLÓGICA. Documentación especializada del Ministerio del Ambiente.

Base de datos de Trabajos de Investigación de Postgrado de la Facultad de Medicina UCV. Base de datos de Tesis y Trabajos de Ascensos, con 1.700 registros.

Base de datos bibliográficas Internacionales. Literatura Internacional.

LILACS. Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud.

MEDLINE 1996_2006. Literatura Internacional en Ciencias de la Salud.

Desde el 29 de mayo hasta la presente fecha el site de la BVS-Venezuela ha sido visitado 10.490 veces.

En cuanto al componente SciELO-Venezuela desde 2002, el Ministerio de Ciencia y Tecnología (MCT) adoptó oficialmente al Modelo SciELO como plataforma para la publicación electrónica de las revistas vene-

zolanas, son muchos los esfuerzos cooperativos en los que se ha venido involucrando el SINADIB al convertirse en el Centro Piloto del Proyecto SciELO en Venezuela, conjuntamente con la Universidad del Zulia y la Universidad de Los Andes y con el apoyo el MCT, el FONACIT y del CNTI, como socio tecnológico. Actualmente SciELO Venezuela cuenta con una colección de 22 títulos y casi 350 fascículos publicados en línea, en acceso abierto, incluyendo revistas de calidad que, además de hacer parte del Registro Nacional de Publicaciones Periódicas, obtuvieron un puntaje superior al 50% en la evaluación de méritos realizada periódicamente por el Fondo Nacional de Tecnología e Innovación (FONACIT).

Referencias Bibliografías

BRUNNER, J.J. (1998). *La Universidad Latinoamericana frente al próximo milenio*. XIII Asamblea de la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL) Chile. Extraído el día 06 del mes de diciembre de 2006 desde <http://www.unam.mx/udual/publicaciones/ru298ar2.htm>.

CASAS, Juan A.(2003) *Gestión del Conocimiento y Cooperación Técnica en el Siglo XXI*. Extraído el día 08 del mes de diciembre de 2006 desde <http://www.paho.org/English/DD/IKM/jac-crics.pps> .

CRICS VI .(2003) *Información y Medios virtuales: una herramienta efectiva en la toma de decisiones*. Taller N° 7 –Educación Continua–. Extraído el día 07 del mes de diciembre de 2006 desde <http://www.paho.org/English/DD/IKM/final-puebla.pdf>

DELLAMEA, A. (2004). *Curso virtual para editores científicos, técnicos y académicos*. Módulo 1. Buenos Aires: CAICYT.

MARSHALL, JG. (1993) “Issues in Clinical Information Delivery”. *Library trends*. 42:83-107.

MARSHALL, JG.(1992) *The impact of the hospital library on clinical decision making: the Rochester study*. Bull Med Libr Assoc. 80(2): 169-78.

RED ALyC. (2006) *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*. Extraído el día 08 del mes de diciembre de 2006 desde <http://redalyc.uaemex.mx>, <http://www.redalyc.org>

SABBATINI, M. (1999). *Cultura y comunicación en ciencia y tecnología. Módulo A: La “sociedad de la información”: utopismo y determinismo tecnológico aplicados a las nuevas tecnologías*. Salamanca: Universidad de Salamanca. Extraído el día 06 del mes de diciembre de 2006 desde <http://www.sabbatini.com/marcelo/artigos/1999.sabbatinisocinfo.pdf>

SciELO.(2006). *Scientific electronic library online*. Extraído el día 08 del mes de diciembre de 2006 desde <http://www.scielo.org>

SILAGY C. y Lancaster T.(1993) "The Cochrane Collaboration in Primary Health Care". *Fam Pract.* 10: 364-5.

Sistema Latindex. (2006) *Sistema regional de información en línea para revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.* Extraído el día 08 del mes de diciembre de 2006 desde <http://www.latindex.org>

UNESCO (1998). *Plan de Acción para la Transformación de la Educación Superior en América Latina y el Caribe.* CRESALC/ UNESCO. Caracas.

WEATHERALL, D.J.; Ledingham, J.G. y Warrell, DA. (1995) "On dinosaurs and medical textbooks". *Lancet.* 346(8966): 4-5.