



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
VICERRECTORADO ACADEMICO
ÁREA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES
MENCION: ESTUDIOS DEL TRABAJO**



TESIS DOCTORAL

TÍTULO:

**GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN EL
SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD**

DOCTORANTE: ALEXIS J. ROBLES

TUTORA: Dra. MAGDA CEJAS

VALENCIA, VENEZUELA 2.008

TESIS DOCTORAL

**GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO
EN EL SISTEMA PÚBLICO
NACIONAL DE SALUD**

AVAL DEL TUTOR

Dando cumplimiento con lo establecido en el Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo en sus artículos 143 y 144, quien suscribe Doctora Magda Cejas, titular de la cedula de identidad número 5.876.102,v Tutora del Doctorando **ALEXIS JOSÉ ROBLES**, Titular de la Cédula de Identidad N° **V-3.047.792**, durante la elaboración de la Tesis Doctoral Titulada: **GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**, presentada por el referido ciudadano, para optar al título de **DOCTOR EN CIENCIAS SOCIALES. MENCION ESTUDIOS DEL TRABAJO** hago constar que la referida Tesis Doctoral reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometida a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe. En Valencia los Ocho días del mes de Julio de Dos Mil Ocho.

MAGDA CEJAS
TUTORA

DEDICATORIA

A la memoria de mi madre, quien no sólo me indicó el camino, sino que supo advertirme, que más allá de todas las adversidades es posible alcanzar la meta.

A Luisa y Mónica Valentina; quienes supieron administrar la soledad causada por mis viajes entre Tucupita y Valencia.

A la salud de mis hijos, hijas, nietos y nietas.

A aquellos profesores quienes desinteresadamente me dieron parte de sus saberes.

REFLEXIÓN

La altura, es testigo muda de cuan constante son los escaladores de un cerro, al que muchos intentan escalar. *Algunos*, sin haber transitado los collados, no van más allá del intento, y se retiran al imaginar lo escabroso del trayecto que habrán de subir. A esos les denominan incompetentes. *Otros* avanzan hasta ciertos niveles, pero los tropiezos se imponen ante ellos, y por consiguiente, cancelan el escalamiento y se bajan. Estos, son considerados como frustrados. Y *sólo aquel*, que venciendo todos los obstáculos, logra poner sus pies en la cima, y habiendo alcanzado su meta, se le puede valorar como campeón. Entonces; este, será tan campeón como aquellos que han entrado en el hall de la fama.

Oaks. Londres 27/ 02/ 1951.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Héctor Lucena, quien siempre tuvo palabras de aliento hacia mi persona.

Al Dr. Freddy Bello, porque nunca le faltó tiempo para escuchar cuando tuve a bien solicitar sus tan acertadas orientaciones.

A la Doctora Magda F. Cejas, tutora y amiga por su incondicional ayuda, su gran disposición y espíritu de cooperación.

Al Profesor Carlos Zambrano, por su apoyo y confianza en mí.

Al profesor Carlos Gutiérrez, por la confianza depositada en mi persona para suministrarme la bibliografía necesaria que sustentaría esta investigación.

A la amiga Aleska Landaeta, por su gran colaboración y el suministro de la información necesaria cuando tuve a bien solicitarle desde la distancia.

A la Licenciada Nacira, por asumir con gran eficiencia el rol de servir al público con presteza.

A mis compañeros del doctorado, con deferencia muy especial a: Leticia Barrios, Luís Lira, Cecil Pérez y Frank Eduardo Rivas.

RESUMEN

Este estudio, es producto de una revisión histórica, donde se grafica el modo como operan diversos paradigmas de salud pública en Venezuela. Se abordada una revisión a factores que influyen tanto en la realidad administrativa de servicios a la salud, como en el común comportamiento de usuarios y usuarias. Se establece así, una confrontación de ideas, para establecer razonamientos, sobre la necesidad de aclarar la vía que conduce a formular una ruptura de paradigmas, entre lo cualitativo y la gran diversidad de modelos usados por la ciencia, para medir la salud. Obviando, la verdadera dimensión de: prevención de enfermedades, cuidado de sí, promoción de la salud, fomento y valoración de la vida. En tanto, estos eventos, como otros componentes, y aspectos legales del Sistema Público Nacional de Salud, estarían destinados a convertir debilidades en factores dinamizadores, para establecer nexos vitales con aquellas líneas vinculantes entre el Ministerio del Poder Popular Para la Salud y las comunidades atendidas por este sistema. Surge así, un sinérgico desarrollo conceptual y epistemológico, que plantea la reinterpretación de un discurso que explica la manera como la gestión del conocimiento contribuiría mediante técnicas de transferencias, diversos modos de promocionar la salud, y valorar la vida humana.

Palabras Clave: Sistema, Gestión, Conocimiento, Promoción, Valoración, Salud, Vida, cuidado de sí.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
Carta Aval del Tutor.....	iii
Dedicatoria.....	iv
Agradecimientos.....	v
Resumen.....	vi
Índice de Contenido.....	vii
Índice de Gráficos.....	xi
 Introducción.....	 001
 CAPITULO I - PRESENTACIÓN DEL TEMA	
1.1.- Espacio Temático De La Investigación.....	013
2.1.- Fundamentación Del Tema.....	013
1.3.- El Estado Venezolano Y El Financiamiento A Los Servicios De Salud.....	051
1.4.- La Necesidad De Un Sistema De Gestión Del Conocimiento.....	053
1.5.- Objetivos:	
1.5.1.- General.....	056
1.5.2.- Específicos.....	056
1.6.- Justificación.....	057
 CAPITULO II - LA METÓDICA	
2.1.- Estructura De La Metódica.....	062
2.2.- La Hermenéutica.....	065
2.3.- Propósitos De La Metódica.....	067
2.4.- Fines De La Investigación.....	074
 CAPITULO III - MARCO REFERENCIAL	
3.1.- Fundamentos Filosóficos de la Gestión del Conocimiento en Salud.....	077
3.1.1.- El Maquinismo En Los Procesos De Trabajo Al Servicio De La Salud.....	078
3.1.2.- El Componente Humano En Organizaciones Al Servicio De La Salud.....	089
3.1.3.- Indagaciones Históricas Sobre El Conocimiento.....	097
3.1.4.-Construcciones Gramaticales o Juegos Semánticos Para Definir Capacidades Humanas	105

3.1.5- Gestión De Recursos Humanos Y Equipos De Trabajo.....	112
3.1.6.- Talento Humano.....	115
3.1.7.- Capital Humano.....	119
3.1.8.- Capital Intelectual.....	120
3.1.9.- Capital De La Información o Tecnológico.....	137
3.1.10.- Capital Organizacional.....	139
3.1.11.-Capital Relacional.....	141
3.1.12.-Capital Social.....	143
3.1.13.-Activos Intangibles.....	145
3.2.- Modelos De Gestión.....	148
3.2.1.- Las competencias.	148
3.2.2.- Modelo De Dirección Estratégica Por Competencias	163
3.2.3.- Modelo Estratégico de Promoción de la Salud.....	164
3.2.4.- Las modas gerenciales y su impacto en el modelo occidental de gestión del conocimiento.	170
3.2.5.- Modelo occidental de gestión del conocimiento Organizacional.....	175
3.2.6.- Rastro etimológico, de la estructura Gestión del conocimiento.....	177
3.2.7.- De las Tic's, a la gestión estratégica y gestión por competencias.....	179
3.2.8.- Modelos Y Herramientas Para Medir Gestión Del Conocimiento.....	185
3.2.9.- Propuesta de Modelo De Gestión De Conocimiento En Salud.....	190
3.3.- Deconstrucción Y Reconstrucción Del Conocimiento En Servicios a La Salud.....	194
3.3.1.- El Trabajo en los Servicios a la Salud.....	194
3.3.2.- La Participación del Sujeto en los Servicios a la Salud	201
3.3.3.- De la Disciplinariedad a la Transdisciplinariedad.....	205
3.3.4.- Aprender-Desaprender-Reaprender en Los Procesos de Servicios a la Salud....	207

CAPITULO IV- REFERENTES HISTÓRICOS DE LA SITUACIÓN SALUD EN VENEZUELA

4.1.- El Componente Económico en Los Procesos Administrativos de los Servicios a la Salud.....	217
4.2.- De la Sociedad Capitalista a la Sociedad Del Conocimiento.	220
4.3.- Trascendencia de la Investigación Científica, desde la Industria Privada a los Servicios Públicos de Salud.	228
4.4.-Teorías y Modelos Imperantes en Salud Pública.....	234
4.5.- Bases para Estructurar Modelos y Teorías.....	256
4.5.1.- Modelos.....	256
4.5.2.- Teoría.	257
4.6.- La Promoción de la Salud.	271

CAPITULO V - EL SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD

5.1.- Lo que Deberían Conocer los Usuarios Como Sujetos Sensibles en Procesos de Concienciación, Respecto A Los Servicios De Salud.....	279
5.1.1.- Viejos Paradigmas De Conocimiento Aplicados A La Salud.....	279
5.1.2.- El Paradigma de la administración de los servicios.....	285
5.1.3.- Rupturas Paradigmáticas En Los Servicios De Salud.....	289
5.2.- Bases Para Construir Un Nuevo Paradigma De Gestión Del Conocimiento En Un Subsistema De Investigación Y Educación Del Ministerio Del Poder Popular Para La Salud...	302
5.2.1. La Participación Social Comunitaria En Venezuela.....	302
5.2.2. Desarrollismo VS. Desarrollo De Comunidades.....	308
5.2.3. Desarrollo Comunitario Y Participación Social En Pro De La Salud.....	312
5.2.4.- Fundamentación Epistemológica.....	322
5.2.5.- Transdisciplinariedad Y Complejidad En La Transferencia De Conocimiento Sobre Salud.....	325
5.2.6.- Lenguaje, Códigos Y Alter-Ego En Detrimento De Salud Y Vida.....	329
5.2.7.- Del Principio De Complementariedad Al Pensamiento Complejo.....	339
5.3.- Bases Para Estructurar Un Nuevo Modelo De Recolección De Información.....	347
5.3.1.- La Información Prospectiva Fundada en la Teoría de la Complejidad.....	347
5.3.2.- Trascendencia de Estructuras Paradigmáticas de lo Cuantitativo a Un Paradigma Cualitativo.....	355
5.3.3.- Técnicas de Medición ¿Del Bienestar O De La Enfermedad?.....	359
5.3.4.- ¿Son de lo Más Adecuado los Indicadores de Criterio con que se Mide el Índice de Desarrollo Humano?.....	366
5.3.5.- ¿Son de lo Más Adecuado los Indicadores de Criterio con que se Mide el Índice De Calidad de Vida?	375
5.3.6.- Valoración Contra Medición.....	389

CAPITULO VI - SUBSISTEMA ABIERTO DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN SALUD

6.1.- Ejes Puntuales para un Abordaje Sistemático en Gestión del Conocimiento.....	397
6.2.- Importancia del Cambio.	398
6.3.- Principios para la Construcción de Un Subsistema Abierto de Gestión del Conocimiento.	408
6.4.- Un Modelo Cualitativo-Prospectivo Fundado en Valores	410
6.5.- Bases Para Separar La Histórica Medición Epidemiológica de Salud-Enfermedad.....	418
6.6.- Estrategias Generales Para Interpretar la Solución de Problemas.....	420
6.7.- Monitoreo y Evaluación del Sistema.....	422

CAPITULO VII – CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1.- Conclusiones.....	444
7.2.- Recomendaciones.....	446
Referentes.....	448
Direcciones Electrónicas.....	460
Revistas y Otras Publicaciones.....	461
Anexos.....	464

INDICE DE GRÁFICOS

FIGURAS	Pág.
01. Proceso Cognitivo.....	116
02. Estructura de Medición del Capital Intelectual - Modelo Technology Broker.....	134
03. Estructura de Medición del Capital Intelectual - Modelo West Ontario.....	135
04. Bloques de Capital Intelectual.....	135
05. Estructura de Medición del Conocimiento Organizacional – Modelo KCMAT.....	141
06. Proceso Metodológico de Seguimiento y Control de Calidad de Gestión.....	142
07. Medición del Desempeño del Capital Intelectual - Modelo Euforum.....	146
08. Estructuras Complejas de Competencias en un Sistema de Gestión del Conocimiento.....	158
09. Ejes Responsables en la Formación de las Competencias.....	161
10. Valoración de la Salud y Promoción de la Vida.....	165
11. Generación de Consciencia y Saberes Sostenibles.....	167
12. Proceso de Conversión del Conocimiento en la Organización (Nonaka y Takeuchi).....	176
13. Modelo de Gestión del Conocimiento KPMG.....	185
14. Modelo de Gestión del Conocimiento de Arthur Andersen.....	189
15. Principales Componentes del Sistema.....	191
16. Triada Ecológica de Cockburn. 1963.....	243
17. Modelo de Leavell y Clark. 1965. La Medicina Preventiva en la Comunidad.....	247
18. Modelo de Leavell y Clark. 1965. La Medicina Preventiva en la Comunidad.....	248
19. Modelo Socio-Económico de Salud de Acheson.....	249
20. Modelo Canadiense de Lalonde. 1975.....	252
21. Campo de Fuerza de Salud. Blum, 1981.....	253
22. Modelo Epidemiológico de Dever. 1976.....	255
23. Matriz de Construcción Teórica que Soporta al Sistema de G.C. en Salud.....	261
24. Propuesta de Esfera Gnoseológica de Gestión del conocimiento.....	274
25. Estructura del SER aplicada a la Salud.....	271
26. Cronología de Periodos Influyentes en la Promoción de la Salud.....	271
27. Ejes puntuales en el Diseño de un Proceso de G.C. en Salud.....	324
28. Ejes Puntuales del abordaje Sistemático de la Gestión del Conocimiento.....	397
29. Erotética del Sistema de Gestión del Conocimiento.....	403
30. Propósitos de la Gestión del Cocimiento en las Comunidades.....	404

31. Secuencia Sinérgica de Procesos Temporales en una Esfera de Conocimiento Dialéctico....	409
32. Diagrama de Monitoreo del Flujo de Conocimiento ante la existencia de alguna Enfermedad en la Comunidad.....	410
33. Estructura de Secuencia Temporoespacial de los Procesos de Transferencia de Conocimiento en Materia de Salud a Usuarios y Comunidades.....	415
34. Evaluación del Impacto de la transferencia de Conocimiento.....	423
35. Diagrama de Flujo que permite elaborar la Percepción de un Problema de Salud Pública en la Comunidad.....	424
36. Modelo Explicativo Sistémico Causal de Enfermedades Hídricas en comunidades de escasos recursos.	425
37. Diagrama de Flujo que permite Monitorear el Consumo de Alcohol en la Comunidad.....	427
38. Modelo Explicativo Sistémico Causal del Consumo de Alcoholismo, Tabaquismo y Drogadicción.....	429
39. Diagrama de Flujo que permite Monitorear el Consumo de Tabaco en la Comunidad.....	430
40. Diagrama de Flujo que permite Monitorear el Consumo de Sustancias Psicotrópicas y Estupefacientes en la Comunidad.....	432
41. Descripción Conceptual de una Esfera Gnoseológica.....	433
42. Esfera Gnoseológica.....	435
43. Presentación de Resultados de una Esfera Gnoseológica.....	436
44. Matriz Erotética Respecto a la Gestión del conocimiento.....	438

CUADROS	Pág.
01. El Capital Sinérgico Y Su Vinculación A Capitales Complementarios.....	108
02. Cronología de Algunos Modelos De Medición Del Capital Intelectual.....	121
03. Escala Del Coeficiente Intelectual.....	131
04. Clasificación de Competencias.....	156
05. Especificaciones prácticas del Modelo Oriental De Generación De Conocimiento.....	177
06. Diferentes Criterios en que se sustentan los enfoques básicos de la G.C.....	182
07. Teorías usadas en salud pública en el siglo XX.....	238
08. Modelos usados en salud pública en el siglo XX.....	340
09. Algunos Modelos de Salud pública Usados en América Latina desde el Siglo XX.....	341
10. Cuadro de Indicadores para Medir el IDH.....	370

INTRODUCCIÓN

Se estima, que para desarrollar una investigación en el marco de las ciencias sociales con pertinencia en gestión de conocimiento en salud, debe estar llamada a vencer cualquier condición que limite o la encapsule en un campo específico, como la enfermedad, o en su defecto a la curación; porque de lo contrario, se estaría aislando al ente humano, dado que su existencia, contiene tanto a la salud como la enfermedad y la vida en una imbricación ontológica natural. No obstante, la enfermedad debe ser entendida como una alteración grave de la salud, por tanto; la tendencia a seguir, debe inscribirse en el análisis perceptual de esa alteración como producto de un todo integral. Esta reflexión, conduce a estimar al ser humano como bien expresa Heidegger, un ser existencial, que a su vez, constituye una integración de -vida-salud-enfermedad-, por consiguiente, es en la vida que mora, la esencia de cada ser humano donde quiera que coexista, por tanto la existencia se funde en una integración socio-antropológica-humana como parte de un todo universal.

A lo extenso de siete capítulos, esta tesis doctoral desarrolla un análisis fundado en dos vertientes; la primera, recurre a todo aquello que se relacione con una especie de existencia trivial que pueda tener la persona, y la Inconsciencia que en materia de prevención de enfermedades alcance acumular. La segunda, viene a ser antítesis de la primera y en modo axiológico, encamina sus acciones a la promoción de la salud, fortalecimiento y valoración de la vida a lo interno de las comunidades, donde cohabitan grupos sociales, no sólo, con escasos recursos económicos, sino, con grados de conocimiento respecto de aquellos elementos que directa o indirectamente, pueden incidir en el quebrantamiento de la salud individual, poblacional y publica. Dada estas precisiones, se entiende la finalidad de este trabajo como una manera expedita para reconstruir saberes en la medida que se alcance conocer la etiología de aquellos males que están presentes en el medio ambiente, y que de ordinario pueden vulnerar tanto la salud, como a la vida humana misma.

En el **primer capítulo**, se trabaja la presentación del tema a partir de lo que hemos llamado espacio temático de la investigación. Aquí, se enfocan algunas características que orientan el desarrollo investigativo. Luego, se aborda la Fundamentación Del Tema a partir del cual se analiza el surgimiento de la transición de una sociedad tradicional de base agrícola a la moderna sociedad industrial, es decir; desde aquí, Venezuela inicia un cambio en sus modos de producción y por ende en la manera de administrar, tanto recursos económicos, como planes y programas tendentes a generar bienes y servicios que satisfacerían las necesidades básicas de la incipiente población que para la época existía en la nación.

Posteriormente, se hace un análisis pertinente, al modo como el Estado venezolano hace el financiamiento de los servicios a la salud, lo cual resulta de vital importancia efectuar una revisión heurística a la perspectiva económica del país, y la forma como se ha venido costearando los servicios a la salud de los venezolanos. Es bien sabido, que por algo más de medio siglo la economía de Venezuela pasó a depender casi de manera exclusiva de los ingresos provenientes de la renta petrolera, y vale significar que con muy pocos esfuerzos para generar un modelo alternativo que generaría el llamado crecimiento sustitutivo de ingresos a las arcas del erario público nacional. De igual modo, en este primer capítulo, se analizan algunos antecedentes del de los servicios a la salud humana y de la salud pública en Venezuela.

El **segundo capítulo**, permite desarrollar la metódica. En ella se explica, la manera como esta investigación relaciona diversos: procedimientos, técnicas, enfoques, y métodos para desarrollar cada uno de los componentes esenciales de su planteamiento central, el cual, se coloca bajo título de: *-Gestión del conocimiento en el sistema público nacional de salud-*, aquí, se aborda el problema de la exclusión del sustrato vida, que le es inmanente a la persona como <<ser existencial>> desde el modelo -medicalista-curativo-restitutivo- donde se ha pretendiendo escindir la palabra vida de la persona, como razón de su propia existencia, al pretender <<des-existencia-lizar>> al <<ser ahí>> existencial indivisible e in-escindible de lo humano. Se estima, que la génesis de esta exclusión guarda relación directa con una

concepción etimológica misma del término salud, devenido de: <<salus>> o <<salvus>>. Los cuales, por falta de un campo semántico, no han tenido una adecuada traducción al español, que facilite hacer estudios e interpretaciones a múltiples signos que acompañan a la salud humana como un todo; de allí, que sus combinaciones puedan ser utilizadas como “referentes validos”, para determinar grados de valoración a la salud de las personas bien sea desde un punto de vista sincrónico o diacrónico.

Tercer capítulo, aquí se abordan situaciones de: salud preventiva, salud pública y salud poblacional como tópicos que históricamente han venido dependiendo más de un sistema de conocimiento que oscila entre saberes simple (saberes comunitarios) y saberes complejos, o sea; Conocimientos fundados en: enfoques, modelos, teorías, corrientes de pensamientos y tendencias cuyos orígenes siempre han estado presente entre los grupos humanos. Por otro lado, se explican situaciones de vida y salud, que posibilitan armar estrategias de prevención de enfermedades y promoción de la salud, apuntando en dirección a contrarrestar y modificar: hábitos, costumbres, actitudes y comportamientos conductuales; los cuales han conducido a familias enteras, a vivir en situaciones de subsistencia inhumana, en sectores de escasos recursos dentro de la población venezolana. Mayormente, estos desatinos obedecen a causas de errores de omisión, en la aplicación de políticas asistencialistas que han sido aplicadas en sentido ex profeso por la corriente de dominación capitalista, un buen número de familias han venido quedando excluidas de los servicios básicos y de salud.

Por otro lado, mientras se interpreta la gerencia del conocimiento, se aprecia, una serie de: construcciones gramaticales, juegos semánticos y xenónimos hechos con acepciones técnicas para definir capacidades humanas. Estas construcciones, en primer lugar, generan encuadres lo suficiente lógicos cuando se establecen analogías estrictamente dentro de un orden material. En segundo lugar, cuando se hace referencia a un orden inmaterial se intenta hacer un híbrido entre una sustancia (asumida sustancia como esencia o entidad de algo) inmaterial con otra material; en esencia, el sustrato queda totalmente desvirtuado, como sustancia, ser de las cosas

que permiten existir una cosa en sí y no en otra; por ejemplo, “Capital Intelectual”, una acepción que puede ser definida como heterológica o no inmanente a si misma. Entonces, a partir de aquí, cabe suponer que la adopción de términos en un libre albedrío, desarrolla una especie de giro semántico, no de un todo ventajoso para las ciencias sociales. Al contrario, se incurre en un craso error, al distinguir acciones muy propias de las habilidades intelectuales, desarrolladas de manera exclusiva por los humanos con terminologías mecánicas, usadas en el argot de la maquinización. En estas acciones, persiste una constante “terminologización”, que de manera específica tienden a tecnificar los discursos laborales. Entre los términos mas usuales en el ámbito laboral, persisten: gestión de recursos humanos y equipos de trabajo, talento humano, capital humano, capital intelectual, capital de la información o tecnológico, capital organizacional, capital relacional, capital social, activos intangibles y competencias.

Otro de los componentes de primordial importancia en este **tercer capítulo**, radica en plantear una *triangulación de técnicas de aprendizaje* dentro de los procesos de trabajo con repercusión en las tareas dentro del sector salud con la finalidad, de articularlos a la administración del conocimiento en el trabajo. Allí se establece una interrelación de conceptos y postulados, los cuales, servirán para *entender* la forma en que se vincula el Conocimiento a los servicios de salud. En este mismo orden de ideas, destaca: un análisis al *componente humano en el trabajo con más incidencias en los procesos de salud*. A la par de ello, se plantea revisión tanto al despliegue tecnológico como a la generación de un nuevo conocimiento a lo interno de los denominados centros dispensadores de servicios a la salud.

Se propone, la aplicación del modelo de Dirección Estratégica por Competencias DEC, para contribuir en el funcionamiento interno del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) sobre la base de competencias esenciales para prevenir enfermedades y promover la salud. Estas competencias esenciales están compuestas por tres elementos o componentes básicos distintivos: estas se vinculan a unas competencias de **origen tecnológico** las cuales en sentido amplio integran: saber y experiencia acumulados por funcionarias y funcionarios; otras de **origen**

organizativo que subyacen en los "procesos de acción" de la organización en cada uno de los subsistemas; y finalmente sin ningún tipo de menoscabo hacia las demás competencias, en las que se encuentran **aquellas de carácter personal**; es decir actitudes, aptitudes y habilidades de los miembros de la organización.

Otro componente esencial, es el análisis de *modelos y herramientas usadas tradicionalmente para medir la gestión del conocimiento*. Luego de haber analizado algunos contenidos estructurales, inherentes al discurso de varios modelos diseñados para medir desempeño, tanto en los denominados capitales humanos, como en el intelectual; surge la imperante necesidad, de hacer un análisis comparativo al discurso teórico-filosófico, empleado en modelos y herramientas utilizadas en el contexto comercial privado. Este análisis, determinaría si existen coincidencias entre sus ejes puntuales, con los diseñados para medir, y/o evaluar la efectividad de los criterios empleados para transferir Conocimiento en materia de promoción de la salud y valoración de la vida.

Las Estrategias de Aprendizajes, persiguen identificar y desarrollar mecanismos de captación de conocimiento exterior, para reforzar los ya existentes a lo interno del sistema. Con estas estrategias, se busca desarrollar mecanismos de transmisión y difusión de Conocimiento pertinentes a los propósitos del sistema, en pro, de alcanzar óptimos resultados. En consideración, se asume, que el aprendizaje pasa a ser contributivo, cuando consigue que las personas desarrollen habilidades puntuales, y luego, encuentre oportunidades de aplicarlo. De nada valdría, un conocimiento, que desarrolle habilidades intelectuales, para no poner en práctica lo aprendido. Es decir, no se permite fusionar el pensamiento teórico con el pensamiento práctico.

Al hacer referencia, en este capítulo, al desarrollo estructural de la gestión del conocimiento, se explica parte de la trayectoria hecha por el **Modelo Occidental** de generación de conocimiento. Este modelo, en sus inicios fue construido sobre bases cualitativas de cuestionarios estructurados, con los que se procuraba recoger datos, que posteriormente transformaban en información. Con la participación de las

personas involucradas en las empresas, esta información, facilitaba la identificación de problemas o necesidades sentidas en los grupos, a lo interno de las organizaciones. Por otra parte, cabe resaltar la importancia teórica de la corriente humanista, en apoyo a este enfoque de creación de conocimiento combinado con la Teoría General de Sistemas y la Teoría de la información.

Se interpreta el modo, como se integran las personas a los dispositivos tecnológicos disponibles en el campo laboral destinado a la prestación de servicios favorables a la salud. Desde esta perspectiva, se plantea una articulación válida de saberes disciplinares y transdisciplinarios con los dispositivos tecnológicos, y las periódicas innovaciones que constantemente demandan nuevos saberes, lo cual, induce a fomentar la gestión de conocimiento en el ámbito del SPNS.

El **Capítulo cuarto**, se inscribe como un referente ***los componentes históricos de la situación de salud en Venezuela***. Aquí se analiza por una parte la Incidencia del componente económico en los procesos administrativos de los servicios a la salud, y por otra parte, se plantea un debate conceptual y estructural que facilita poder entender los efectos de *la medición de sus resultados* en el campo de los servicios a la salud. Cabe destacar como muy significativo, el análisis a la brecha existente entre *la sociedad capitalista* y *la sociedad del conocimiento*. Esto, con la finalidad de ubicar en tiempo y espacio, el trance o momento crítico y decisivo, por el que pasa una persona que aprende nuevos saberes, dentro de un área tan compleja, como aquella donde se prestan servicios favorables a la salud. Evidentemente que, la sociedad de conocimiento en este sentido, se apoya en La Investigación Científica. En consecuencia cabe revisar su trascendencia desde el campo productivo de la industria privada a la administración pública.

En el **Capítulo cuarto** se sugiere una separación, entre la histórica medición epidemiológica que engloba salud-enfermedad. Para reubicar mediante el principio de recursividad, la promoción de la salud y la valoración de la vida en un contexto de pensamiento crítico, donde prime un nuevo episteme dentro del modelo social sistémico y transdisciplinario que plantea el Sistema Público Nacional de Salud para

el país. Se plantea, generar un cambio sustancial de la disciplinariedad a la transdisciplinariedad. En este momento, la disciplinariedad, persigue transferir los saberes sistematizados por las distintas disciplinas consagradas en las academias. Estos saberes, estarían llamados a traspasar estas fronteras y consustanciarse con los saberes existentes en las comunidades hasta lograr alcanzar la transdisciplinariedad.

Es obvio que, para alcanzar desarrollar un nuevo conocimiento en salud desde la óptica en que se inscribe la sociedad del conocimiento, se requiere recurrir a *Teorías Y Modelos* imperantes en salud, y allí, generar un debate, que toque las representaciones sociales institucionales con que se conducen los procesos y las representaciones sociales que subyacen en las personas y por consiguiente en los espacios comunitarios. A lo interno del debate, se procura estructurar un nuevo patrón de recolección de datos, procesamiento de información, de orden predominantemente cualitativa, que interprete y explique criterios de vida y salud. Se estima que para alcanzarlo, deban coexistir: saberes, y aportes transdisciplinarios, que potencien a la salud en su justa valoración. En tanto, la base etimológica de <<salud>> le sea inherente al contenido de su étimo radical “salvus”, y en cuanto, se haga usos de criterios del <<Dasein>> y el <<Mitsein>> pensados por Heidegger en sus reflexiones hechas en torno a la persona y su existencia-humana. Sobre la base de estas orientaciones se plantea hacer una revisión estructural, en el seno de los espacios-comunitarios humanos, que permita al Sistema Público Nacional de Salud, centrar el trabajo final con la gente en la dirección que explica el *Dasein o ser-ahí, del ser- en-el-mundo*, incesantemente *pro-yectado hacia delante de sí mismo*. Se estima que una interpretación ontológica del ser contribuirá a conseguir que las personas en los espacios comunitarios impriman una adecuada valoración a la salud.

La valoración propuesta, debe y tiene que partir del sustrato de una ecología humana integral de las personas como sujetos pensantes que procuren el cuidado de sí y del otro, pero que a su vez involucre a los otros como parte esencial de la comunidad, donde resaltan aspectos socio-antropológicos, que deban ser estudiados en una relación hecha entre grupos humanos y su ambiente, tanto físico como social.

Dado a que no puede admitirse como congruentes ninguna acción de valoración a la salud y la vida concebidas sin tomar en cuenta todos y cada uno de los proceso de vida que puedan ocurrir a lo interno de los hábitat humano-sociales donde cabe una revisión estructural a la persona y sus actitudes de comportamiento. En esta dirección, aplica el planteamiento hecho para: interpretar, explicar y desarrollar la Esfera Gnoseológica-epistemológica de promoción de la salud y valoración de la vida será usada para gestionar conocimiento en salud.

Esta Esfera Gnoseológica-epistemológica, de promoción de la salud y valoración de la vida, viene a ser un componente, en el que se estructuran las bases de un nuevo modelo de transmisión de información prospectiva, fundado en un aspecto de la teoría de la complejidad centrado en **la comunidad** y su indivisible relación ontológica de las personas vinculadas al Dasein y el Mitsein desarrollados por Heidegger. Esta relación, le es inmanente a: principios de <<alteridad>>. A el ser con. A la vinculación ex profesa del mundo de los otros al mundo del con en la dinámica de su desarrollo, en espacios comunitarios donde deba quedar definida la noción de -entorno-contorno-escenarios-actores- y condiciones medioambientales. Sustentada en Heidegger, esta esfera explica los siguientes componentes existenciales: **Personas**, y la esencia de aquellos actos que en modo habitual de obrar o proceder establecido por tradición o por la repetición de los mismos actos llegan a adquirir fuerza de precepto que pasan a ser denominados hábitos respecto a la salud. Estos hábitos, guardan estrecha relación con la conducta humana y operan mediante: creencias, costumbres, actitudes, aptitudes y valores.

Respecto a la **salud** esta esfera exige: ser reinterpretada de manera semántica y semiológica, para encontrar poder encontrar así su explicación natural en la esencia de "el lenguaje sobre el que hablamos de la salud de los individuos, y el lenguaje en el que realmente deberíamos hablar de la salud del ser ahí. En este orden de relaciones se propone interrelacionar: espacios comunitarios, estudios del Salvus, dar debida interpretación al Sorge como cura o actitud de preocupación por algo, o cuidarse de. Aquí, se evidencia el **Mitsein** que permite conocer modos de participar en un orden <<Mitsenológico>> que guarda una estrecha relación sinérgica

entre la persona y: el *estudio del con*, *estudio del mundo con*, *estudio del ser*, y *estudio del ser con*.

Es más, se exige una necesaria revisión a los procesos con que se complementen los servicios a la salud, deberán pasar por comprender el modo como operan los **factores de riesgo**; y como las causalidades que en ellos subyacen tanto de manera endógena como exógena para incidir de manera negativa en la salud. Esta comprensión debe darse desde un sentido ontológico, por tanto, debe incluir la razón de ser, del uso generalizado en el lenguaje clásico de las ciencias, y los lenguajes técnicos, empleados en cada disciplina. Se estima, que esta comprensión, contribuiría a fomentar un orden de entendimiento recíproco, a expresiones semánticas inherentes a la salud, y muy propias del conocimiento formal o disciplinar. La finalidad de ahondar la comprensión en este sentido, facilitará entender los grados de apropiación e intelección de las persona que demandan: <<Salvus>>, <<Dasein>> y el <<Mitsein>>. Luego ello, además de comprendido debe ser imbricado de manera natural al conocimiento tácito que subyace en la interpretación de los lenguajes llanos y sencillos, con que se conceptúan los saberes y/o conocimientos, que moldean la salud existente en la experiencia de cada pueblo para de este modo generar los cambios de orden: transformacional, variacional, comportamental y actitudinal.

Es bueno significar, que este **cuarto capítulo** contiene uno de los temas centrales de esta tesis, fundado en la promoción de la salud. Este tema, se inserta en un paradigma, cuya trascendencia se remonta al año de 1920 cuando se da inicio al periodo higienista. Los planteamientos de construcción de un sistema de conocimiento basado en la promoción de la salud y valoración de la vida, Posteriormente, en el devenir de los años, este paradigma ha sufrido varias transformaciones tanto en lo nominal como en lo estratégico. La participación social comunitaria. Antecedentes de la participación social comunitaria en Venezuela. Desarrollo comunal o comunitario. Este cuarto capítulo concluye planteando algunos fundamentos políticos para estructurar un subsistema de gestión del conocimiento, abierto a la investigación, educación y conciencia en salud. La organización y su

estructura operativa. Fines y propósitos del sistema de gestión de conocimiento en salud.

En el **Capítulo quinto** se desarrolla el Sistema Público Nacional de Salud. Aquí, se plantean las bases fundamentales del sistema público nacional de salud. De igual manera, entre otros temas planteados en esta perspectiva resalta la dialéctica surgida entre lo que deberían conocer los usuarios de los servicios de salud como sujetos sensibles a los procesos de concienciación, y los viejos paradigmas de conocimiento, aplicados a la salud. Junto a estos presupuestos, también se trabajan las implicaciones del paradigma de la administración de los servicios a la salud. En este mismo orden de relaciones, junto a la fundamentación epistemológica viable para estructurar las bases que permitirán construir un nuevo paradigma de gestión del conocimiento en un subsistema de investigación y educación del ministerio del poder popular para la salud, se abordan criterios de transdisciplinariedad y complejidad en un sistema abierto de conocimiento que contribuye a fortalecer el derecho a la salud y la vida.

Cabe destacar, que uno de los fines de esta investigación, radica en presentar una alternativa de gestión, que permite establecer una ruptura con el paradigma epistemológico positivista tradicional para encausar sus propósitos y resultados operativos en los moldes de un subsistema de GC fundado en la epistemología compleja. La estructura de este nuevo paradigma de Gestión, se permite hacer un análisis estructural a las precisiones conceptuales; paradigma y epistemología compleja por que estas dos acepciones, semánticamente, sirven de columna vertebral al subsistema. En este contexto, también, se hace una revisión a la trascendencia de la estructura en que se estriba el paradigma cuantitativo al servicio del modelo -médico-curativo-restitutivo-. De igual manera, también se somete a revisión el paradigma cualitativo en pro del uso necesario cuando se trata de abordar la complejidad subyacente al tema de la transdisciplinariedad que incumbe a temas específicos de la salud fundada en premisas de prevención, promoción y valoración de la salud y la vida. Esta orientación, implica que deban ser las mismas personas, quienes a lo interno de sus propias comunidades, tengan que activar saberes

propios, para gestionar adecuados conocimientos en defensa de su salud, y por ende valoración de la vida.

Cuando se habla de valoración, se hace referencia a la palabra valor la cual deviene del latín valor, de valere, que viene a significar una cualidad de estar vigoroso o sano, ser más fuerte. Destaca así mismo en esta dirección el término griego, axios, que se traduce en acepciones como: merecedor, digno, que posee valor, de donde proceden términos como: axiología, axiológico, axiomático y axiomas, etc. Por consiguiente, este sentido axiológico permite proponer una alternativa para sentir la situación de la salud y pasar de los desfasados paradigmas absolutistas-cuantitativistas con que se pretende fundir todos los procesos inherentes a la salud y la vida en el crisol de la Medición cuando en realidad deben ser más bien sometidos a procesos de Valoración. Otro aspecto de la investigación, radica en analizar aquellas técnicas de medición que han venido siendo utilizadas para medir en iguales condiciones tanto el bienestar como la enfermedad. De igual modo se someten al debate investigativo dos interrogantes ¿Serán de lo más adecuado, los indicadores de criterio con que se mide el índice de desarrollo humano? ¿Serán de lo más adecuado, los indicadores de criterio con que se mide el índice de calidad de vida?

El **capítulo sexto**, presenta un bosquejo del subsistema abierto de gestión del conocimiento en salud a partir de: el abordaje de un conjunto de ejes puntuales y sistemáticos de Investigación y Educación dentro del Sistema Público Nacional de Salud. La base de estos principios, radica en la construcción de modificación de conductas inadecuadas en salud a fin de prevenir enfermedades para de este modo: valorar, defender y preservar la vida en aquellos entornos susceptibles de mejorar sus condiciones y calidad de vida.

termina con un planteamiento sobre las Estrategias Generales Para Interpretar La Solución De Problemas Bases para Separar la Histórica Medición Epidemiológica de Salud-Enfermedad La implantación de un sistema de gestión de conocimiento vinculado a una estructura organizacional rectora de salud cuyo radio de acción deba

operar sobre comunidades ubicadas en los denominados sectores marginales considerados excluidos por las políticas públicas; donde sobremanera predominan elevados grados de pobreza y ausencia de atención a la salud y la vida lo cual contribuye a estructurar *Un Modelo Cualitativo Fundado en Valores*. Se proponen también, bases para construir un nuevo paradigma de gestión sobre una estructura de participación social comunitaria y se amplía el concepto de desarrollo comunitario puntualizado en referentes de transdisciplinariedad y complejidad en la transferencia de conocimiento sobre salud teniendo en cuenta una revisión periódica del modo como se traduce el empoderamiento de: lenguaje, códigos y alter-ego a favor o detrimento de la salud y la vida.

Por su parte el **capítulo séptimo** se corresponde con las conclusiones de y recomendaciones de esta tesis. Finalmente, se presenta las fuentes bibliográficas que sirven de sustento teórico a la investigación que aquí concluye. Posteriormente a la bibliografía se anexa el glosario de los términos que sustentan la construcción del tema central de la investigación.

CAPITULO I

PRESENTACIÓN DEL TEMA

1.1 ESPACIO TEMÁTICO DE LA INVESTIGACIÓN

En este espacio, se hace una descripción del problema de gestión del conocimiento en las instituciones públicas de salud. Este tema, tiene su génesis en las características intrínsecas que involucran las complejidades de cada uno de los modos de producción de servicios a la salud; en tanto y en cuanto, aumentan los índices poblacionales. A la par, estos han venido demandando una prestación de servicios cada vez más exigentes, cuyo orden requiere pasar de actuaciones laborales que se cumplen con simples conocimientos, en competencias específicas que involucran la cualificación de dominios especializados en una multiplicidad de subsistemas de trabajo. Al respecto, se estima, que la problemática deba ser planteada desde un escenario micro del sector salud con propensión a tocar lo macro de las actuaciones de las personas involucradas en generar y administrar los saberes, hasta abarcar la complejidad del conocimiento al servicio de la administración pública.

1.2 FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA

La evolución de la administración pública venezolana experimentó su auge a partir de la década de los años veinte del siglo pasado, cuando se inicia en firme la explotación petrolera. Estos hechos, ocurren partir del surgimiento de la transición de una sociedad tradicional de base agrícola, a la moderna sociedad industrial. Es en este período, cuando Venezuela inicia un cambio en sus modos de producción, y por ende, en la manera de administrar tanto sus recursos económicos como los planes y programas tendentes a generar bienes y servicios que satisfacerían las necesidades básicas entre las cuales destaca la salud de la incipiente población que para la época existía en la nación.

Desde el mismo momento en que surge esta transición, Venezuela deja de ser un país agrícola y pasa a ser una nación productora de hidrocarburos permitiendo así la apertura de una brecha de oportunidades para las empresas dueñas de los capitales privados. Este nuevo modelo de desarrollo implicó grandes inversiones en tierras venezolanas. En consecuencia, esta ocupación de tierras, transfiguraría a aquellas compañías en una especie de potencias extranjeras soterradas en suelo venezolano, lo cual; vino abriendo espacios de exclusión, comenzando así, un modelo de dominación sine qua non. Este modelo económico, visto desde la óptica de Irene Rodríguez Gallad (1997.156) queda circunscrito al Latifundio, como signo histórico de atraso en nuestra economía, obligándola a permanecer en un inalterable estancamiento. Además de los latifundistas locales, surgen con el otorgamiento de numerosas concesiones, las compañías petroleras extranjeras como propietarias o usufructuarias de grandes extensiones de tierra condicionado por el poco dinero que debían pagar al país por la oferta (o puesta a la venta de un producto rebajado de precio) de la misma actividad minero-extractiva.

En consecuencia, de lo antes expuesto, se asume que buena parte de estos empresarios petroleros, intentan sostener la tesis que tanto Venezuela, como el resto de los países del continente latinoamericano, eran territorios ideales para expandir mercados que posibilitarían la colocación de productos elaborados tanto en Norte América, como en Europa, producto de materias primas extraídas desde estos subsuelos. Al respecto, Rodríguez Gallad *Ibíd.*, hace énfasis en “la peligrosa vulnerabilidad” que representa para un país como Venezuela, el hecho que cerca de un siglo, haya venido dependiendo en alto grado de un sólo producto como el petróleo, casi de manera exclusiva en el mercado internacional. Lo cual, no dejó de representar un factor negativo de gran significación, sobre manera para aquellos grupos sociales, cuya participación, tanto en los procesos de trabajo a lo interno de la industria, como, en el recibimiento de beneficios generados por la venta del petróleo como un bien nacional que por falta de una distribución equitativa de manera constante y sistemática, estimularía una exclusión social generalizada en todo el país, alcanzando en promedios elevados grados de pobreza extrema y miseria.

En otro orden de ideas, cabe establecer al menos dos conjeturas, la primera indica que las debilidades causadas por la dependencia económica generada del petróleo y sus derivados, radica en que desde los inicios de la implantación de este modelo de sustentación, el país prácticamente, entraría en un molde de control y sumisión política, que hizo vulnerable tanto al renacimiento de modelos económicos endógenos, como al atamamiento del Poder Público frente a los requerimientos de un imperialismo económico mundial y sus estrategias de explotación y dominio sobre posibles nacientes economías en modo particular sobre los países latinoamericanos encabezado por Venezuela como país productor de materias primas.

Mientras que la segunda conjetura, viene a ser un apéndice de la primera, dado a que desde sus inicios, las empresas transnacionales tanto en sus planes como en sus estrategias destinadas a generar dependencia, buscarían establecer y favorecer mercados seguros para los bienes producidos en mercados de los llamados países desarrollados. Entre estos bienes, destacan: vehículos, aviones, insumos y equipos tecnológicos. De igual modo, dichas estrategias estarían dirigidas a controlar cualquier intento de desarrollo que germinaría a la par de incipientes y pequeñas industrias que pudiesen haber emergido en el país para entonces. Esto incluiría, el condicionamiento progresivo de medicamentos y un sin número de insumos técnicos, para el equipamiento de hospitales y dispensarios destinados a restablecer la salud de los venezolanos en fiel cumplimiento de los designios marcados por el modelo médico-restitutivo.

De este modo, se vino abriendo la puerta más expedita en el país a los productos foráneos, hasta convertirnos en un mercado potencial de insumos importados. Estas importaciones, no tardaron en provocar desestimulo a la agricultura y por consiguiente, abandono del campo por parte de familias campesinas enteras; lo cual, en el tiempo, llegarían a abarcar la producción de alimentos, debido al gran auge de productos importados en gran escala, favoreciendo de este modo, a quienes manejaban los negocios de la llamada agricultura y economía de puertos.

Los razonamientos antes expuestos, permiten analizar el período histórico que en Venezuela abarcó la transición de una población rural, dependiente de la tierra, hasta llegar a ser una nación que básicamente pasó a depender de la minería extractiva, lo cual indujo a las clases más desposeídas a sumergirse en una condición de improductividad, tanto en materia agrícola, como manufacturera. Esta situación, vino siendo reafirmada sin excepción, por los gobiernos a quienes les tocó regir los destinos del país al incrementar en modo sostenido un sistema de dependencia exógena estribada en la llamada economía de puertos. Situación, que no tardaría en contribuir al desabastecimiento primario de alimentos de origen vegetal y animal inclusive en las comunidades rurales, coadyuvando así, en modo progresivo, a elevar los índices de morbilidad y mortalidad por desnutrición, a causa de inanición y/o alimentación incompleta.

Es de significativa importancia resaltar, que la dependencia en el sentido antes descrito, puede ser vista como un factor obstruccionista, que no permitió incentivar las diversas esferas productivas de modo particular en la sociedad venezolana. Esto en líneas generales, se entiende como un freno a los incentivos válidos, para que no procurasen una oportuna y adecuada gestión del conocimiento de manera puntual. El cual, redundaría luego en fomentar el desarrollo, y por consiguiente, la independencia por vía de la producción nacional, pudiendo haber permitido incrementar el dominio absoluto de riquezas y por ende el bienestar de nuestros pueblos.

Lo antes expuesto, permite encontrar la razón de persistencia de ciertas representaciones sociales¹ insertadas en la médula de las estructuras de conductas gubernamentales, con fuertes inclinaciones hacia el orden de la curación, mas no en la prevención de enfermedades. Esto, repercutió como onda expansiva en el

¹ En Castorina (2003 Pág. 29) Gerard Duveen y Barbara Lloyd refieren a Moscovici (1973: XIII) quien define las representaciones sociales como: Sistema de valores, ideas y prácticas que tienen una doble función: en primer lugar, establecer un orden que permita a los individuos orientarse en su mundo social y material y dominarlos ; y, en segundo término permitir la comunicación entre los miembros de una comunidad, aportándoles un código para el intercambio social y un código para denominar y clasificar de manera inequívoca los distintos aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal.

contexto venezolano del siglo XX, imponiéndose de modo longitudinal en cada cambio de gobierno, sin importar la vía por la cual este hubiese obtenido el poder.

Al respecto Miriam Balestrini (1999. Págs.133-134), sostiene que dentro de este contexto, el espacio médico asume para sí, esta dinámica básica del capitalismo, añadiendo en este sentido que, la misma se lograría por la unificación en el mundo occidental, de una concepción de la medicina oficialista, que se soporta en un modelo tecnológico, estructurado en una forma de enfrentar los procesos de salud o enfermedad. En esta relación, la praxis médica ubicada al circuito internacional de reproducción del capital, abre a la división internacional del trabajo la producción del servicio. Esta posición, permitió colocar al modelo de atención médica-asistencialista en una situación de avance que ha venido trascendiendo en nuestros centros dispensadores de salud manteniendo la prevalencia del patrón curativo sobre el preventivo.

Por consiguiente, tanto las investigaciones, como los conocimientos que en torno al binomio salud-enfermedad que en modo de proposición (o verdad que se admite sin pruebas y que es necesaria para servir de base en ulteriores razonamientos) se han venido generando desde el año de 1936, redundan de manera reiterada en torno a prácticas curativas, un tanto contrarias al deber ser de la salud pública o social, por haber seguido fielmente ciertos direccionamientos del sistema capitalista para reparar la salud. Mientras todo esto ocurre, importa saber que en los denominados países del tercer mundo² la atención para la salud³ es un derecho básico de todos los ciudadanos al igual en los llamados países del primer

² El término Tercer Mundo fue acuñado en los años cincuenta para referirse a los países de Asia, África y América Latina poco avanzados tecnológicamente, con economía dependiente de la exportación de productos agrícolas y materias primas, altas tasas de analfabetismo, crecimiento demográfico galopante y gran inestabilidad política. Dada la trayectoria recorrida por este concepto por más de medio siglo, lapso más que suficiente para que países como Venezuela hayan superado esta coyuntura. Pero aun así, se mantiene tal etiquetamiento.

³ Committee for the Study of the Future of Public Health. Institute Academy of Medicine: The Future of Public Health. Washington, DC. National Press, 1998, admite que tanto la atención a la salud, como la Salud Pública es una función de Estado, que involucra a los gobiernos y la sociedad, vinculada a la responsabilidad social de atender y transformar la salud desde la perspectiva del interés colectivo, de las poblaciones, y como bien público.

mundo, pero; la realidad es que “Las sociedades capitalistas han demostrado una gran contradicción y ambigüedad en el cumplimiento de estos postulados.

En razón de lo antes expuesto, Balestrini (1999, p.134) sostiene que, a pesar de: la carestía, mala distribución y calidad inadecuada de los servicios; la profesión médica y las grandes corporaciones tanto asistencialista como del orden industrial farmacéutica explotan la enfermedad con fines de lucro”. Acrecentando de tal modo un estilo de atender la salud netamente “reparacionista” potenciando de tal modo el paradigma curativo (reparador) con el predominio casi absoluto en Venezuela del modelo curativo intrahospitalario. En este mismo orden de ideas, Freddy Bello y María Marcano C. (1998.Pág.202) sostienen.

Este modelo esta “basado en la aplicación química farmacópica con la dolencia, hace que a pesar de la crisis económica de la sociedad y de los costos de su implementación, este modelo se haya venido aplicando exitosamente con gran intensidad”. De manera tal que, Venezuela sigue siendo el país en América Latina, según la Memoria y Cuenta del Año 1.992 de la Cámara Venezolana de Medicamentos (CAVEME), donde se consume la mayor cantidad de medicamentos. Según esa fuente, para 1990 se compraban 86 unidades de medicamentos mensuales por la familia, contra 66 en México y 56 en Colombia; y a pesar del aumento de precio según (CAVEME) en el país ha crecido la venta de medicamentos.

La crisis vivida en los hospitales venezolanos donde se aplica el modelo curativo intrahospitalario, se hace ostensible en dos vertientes costos endógenos y costos exógenos. Los primeros, se corresponden con elevados costos de medicamentos y de las tecnologías. Mientras los segundos se vinculan a: mantenimiento de infraestructura, el indiscriminado incremento poblacional, aumento de la proliferación de la pobreza y a una constante disminución del poder adquisitivo debido a la falta de fuentes de producción que demandan fuerza laboral entre otros factores.

En términos económicos la lógica predice, que resulta menos costoso prevenir que curar, sin embargo, es evidente que las políticas de salud han venido

manteniendo el paradigma curativo que se iniciara en Venezuela desde la creación misma del MSAS, en el año de 1936 estimulado por diferentes causas. Algunas de aquellas causas, en su momento fueron descritas por Riera Castellanos (1998. Pág. 14) cuando se permite hacer referencia a una *Primera Ola*, del sector salud. Esta Primera Ola, según Riera ob.cit., estuvo subvencionada por un buen número de recursos financieros importantes obtenidos del producto de la explotación petrolera llevada a cabo en Venezuela; otro factor influyente sería, la distribución de la población en la medida que se hacía menos rural para concentrarse en las capitales de estados y distritos, demandando en tal sentido atención sanitaria de alta calidad tecnológica, produciéndose por tanto, dicha aplicación financiera sobre grandes hospitales regionales con competencia tecnológica de las grandes potencias. Estos detalles, que a simple vista parecían no trascender más allá de una simple movilización demográfica se estarían convirtiendo en elementos factores⁴ coadyuvantes a la desviación de la medicina preventiva, hacia la medicina curativa, en detrimento de una inversión incuantificable por el exceso de organismos prestadores de servicios a la salud como: MSAS, IVSS, IPASME, entre otros.

La etapa que puede ser calificada como segunda ola, parte de algunas fortalezas heredadas de aquella -Primera Ola- de la cual, cabe destacar que pese al incremento de lo curativo, también en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social fueron tomadas ciertas medidas mediante las cuales se permitieron reducir sustancialmente los índices de Mortalidad citados por Riera Castellanos Ibíd. Para el año 1954 la mortalidad general se cuantificaba en 9,6 por mil habitantes para el año 1995, aunque penosamente cuarenta años más tarde de manera muy lenta había bajado a 4,5 por mil habitantes indudablemente que se había producido una importante reducción pese a que los centros dispensadores de salud no funcionaban como un sistema integrado. Mientras que la mortalidad infantil pasó de 68,5 por mil nacidos

⁴ Para Gómez de la Vega (1992. Pág.40) Los Elementos factores, son componentes existenciales de la realidad de una resultante: causas, personas, cosas (sistemas)... los elementos factores guardan estrecha relación con las interrogantes fundamentales de toda acción intencionada en un sistema social entre las que destacan: definición del objeto, identificación del agente o factor humano, identificación del territorio o campo espacial de la acción... identificación del momento o campo temporal de la acción, cuantificación del tiempo requerido para la cuantificación de los fines... y la manera de acción y diferenciación de sus aspectos (cómo: de que modo se va a proceder para un logro efectivo, eficaz y eficiente)

vivos en 1954 a 23,5 por mil nacidos vivos registrados en 1995, lo que pudiera especularse como beneficioso, aun cuando no se estuvieran atacando de un modo integral e integrador las verdaderas causas del problema, no obstante en la actualidad la tasa de mortalidad se ha visto disminuida entre otros factores de orden político-administrativo, al avance en la ciencia.

Es decir; las causales de la morbilidad al parecer contaban muy poco, pese a que tanto el modo, como la calidad de vida de la gran mayoría, hubiesen estado insertos en el contexto de un país en vías de desarrollo. Esto, sin duda alguna, requería efectuar una gran revisión del proceder de aquella etapa que Riera ob.cit., denominaría Primera Ola, la cual, hubo de darse dentro del contexto de una especie de ruralidad capitalina en que se había convertido buena parte de las capitales del país, cuando familias enteras que hasta ese momento habían sido pobladores del campo, al ser despojados de sus tierras, emigraron hacia estos espacios en busca de un supuesto bienestar, sumándose entonces al margen de la cotidianeidad de lo urbano, introduciendo allí comportamientos con marcados elementos de marginalidad conductual, por carencia de adecuados grados de conocimientos de salubridad e higiene entre los conglomerados urbanos que les permitieran alcanzar la satisfacción de la gran mayoría de sus necesidades básicas.

Lo antes expuesto, permite inferir que pudo haber sido allí donde comenzó la gran debilidad de los planes gubernamentales dirigidos a la solución de problemas sociales; dado a que demostraron haber sido formulados más bien para paliar situaciones en vez de acometer soluciones puntuales en problemas también puntuales en la misma direccionalidad de aquellos que se fueron afincando como percutores de: exclusión social, marginalidad y pobreza. En este sentido, el estado intentaba buscar soluciones a los problemas sociales funcionando como un cuerpo planificador basado en los conocimientos que les proporciona la técnica de la planificación científica en procura de dar soluciones a problemas sociales generalizados, mediante planes y programas, estructurados más sobre bases económicas que sociales, los cuales no demostraron ser muy efectivos, y no

precisamente porque el conocimiento científico haya sido inútil para la planificación en ciencias sociales.

En Pirela H. (1985) se aprecia como la planificación científica se crece en eficacia y eficiencia cuando se consideran los siguientes aspectos:

- 1.- Se trabaja el conocimiento como uso de información, que debe gobernar el proceso de producción de la misma y no a la inversa. Este postulado de Pirela, en su más amplia dimensión caracteriza el contexto investigativo de este trabajo relacionado con la gestión del conocimiento por considerar que en el radica la esencia de los objetivos planteados
- 2.- Cuando se usa el conocimiento como instrumento de la acción, corrector y racionalizador de la misma
- 3.- Y el conocimiento es usado como instrumento de adaptación de la acción a circunstancias cambiantes.

El contrasentido o mal uso de la planificación pudo radicalizarse, cuando los planes tendentes a solucionar problemas coyunturales de la sociedad global venezolana, eran hechos en Caracas por un “gran equipo planificador” que en esencia conocía muy poco la realidad social del contexto venezolano; la raíz de los problemas presentados, así como los más ingentes y generalizados, dado a que existe la presunción, que en muchas ocasiones no se podían llegar a conocer las legítimas causales de los problemas, porque a la hora de hacer las discriminaciones de casos, en lugar de usar la bioestadística como factor paramétrico de medición en ciencias de la salud, pudieron haber sido utilizados criterios estadísticos comúnmente empleados en otros campos tales como: negocios, agricultura, economía entre otros. Absolutamente todo lo contrario ha quedado demostrado históricamente que el uso adecuado del conocimiento científico es un aliado invaluable en las ciencias sociales.

En consideración a lo ante expuesto, Riera Castellanos (ob.cit.), sostiene que en Venezuela el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, el 5 de noviembre de 1945, consciente que era imprescindible, provocar una ruptura temprana con la exclusividad de las prácticas curativas en la salud poblacional, crea la Comisión Nacional Planificadora de Instituciones Médico Asistenciales y adopta definitivamente la “Doctrina Sanitaria Integralista” (este enfoque necesariamente debe tener como norma a: la persona, la familia, su entorno comunitario y su relación con el equipo de salud) con sus tres pilares de composición, colocando como prioridad: la Defensa, Fomento y Restitución de la Salud. Cabe destacar, que el gobierno nacional de entonces, no dejó de lado aquellos criterios planificadores del Ministerio Sanidad y Asistencia Social (MSAS), y decide incorporarlos al primer Plan de la Nación (1960-1964). Es también importante destacar, que los nueve Planes a ser citados en lo adelante, serán más bien, resaltados como referentes u objetos de reflexión en este estudio, servirán a su vez de corolario, para establecer correspondencia entre cada una de las etapas de gestión del desempeño, superadas dentro del mencionado Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, con los momentos de pertinencia, entre aquellas propuestas, y actividades realizadas como producto de variables sensibles, que de una u otra manera, pudieron generar conocimiento en torno a la salud del pueblo venezolano.

Dentro de esta perspectiva, cabe suponer que el **Primer Plan de la Nación** sería formulado sobre la base de aquella propuesta hecha por el MSAS para atacar lo opuesto a la salud humana, fundamentado en criterios de: Defensa, Fomento, y Restitución. En tal sentido, se adoptaría como premisa fundamental la *voluntad colectiva de las comunidades como responsables del desarrollo del Sector Salud*. La estabilización de la familia y su medio ambiente prevalecería sobre las otras áreas. Indudablemente que algo de ello se hizo, y como un claro ejemplo de evidentes resultados persiste la huella dejada por el Dr. Arnoldo Gabaldón y su equipo de Malariólogos en un afán por erradicar la Malaria, con el agravante que después de aquella hazaña Gabaldoniana, el resto de la estrategia no fue lo suficiente determinante en la acción como para haber encaminado el empoderamiento de la

voluntad de las comunidades en el desarrollo de la salud pública y de todo cuanto compete a participación activa en pro del sector Salud.

En otro orden de ideas, es bien sabido, que fuera de aquellos ambientes donde se combatiría la malaria, fue escaso el desarrollo de conocimientos explícitos referidos a la salud pública, los cuales, al ser aunados al cúmulo de conocimientos tácitos radicados en: ideas, experiencias, destrezas, habilidades, costumbres, valores, creencias, historias y todo aquello que estructura los saberes del contexto ecológico (geografía, física, normas no escritas, comportamientos de personas y objetos) hubiesen redundado ampliamente de manera positiva en otras áreas de la Salud Pública tal y como se planteaba en el precitado primer Plan ob.cit., de un modo integralista.

Respecto al integralismo en la salud pública del país, acota Rodrigo Infante, citado por Pedro Luís Castellanos en la LIV Asamblea Ordinaria de la Sociedad Venezolana de Salud Pública, celebrada en Ciudad Guayana, entre el 4 y el 8 de Noviembre de 2008. Que desde 1912, cuando suceden los comienzos de la salud pública venezolana hubo intentos integralistas para desarrollar políticas en pro de la salud. Pese a que, “aquellas políticas de salud, eran un pálido reflejo de las políticas desarrolladas en los Estados Unidos de Norteamérica...”, ya que se basaba en prácticas y labores de: saneamiento y control de enfermedades, atención privada y beneficencia “para los pobres”. Como puede apreciarse estas no incluían la prevención ni la promoción.

Otros hechos relevantes en este escenario histórico, suceden Entre 1936 y 1945 con la llamada transición de las políticas de salud en Venezuela, la misma comienza el 21 febrero 1936 con la creación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social M.S.A.S, el cual entre sus políticas de acción se toma Interés por: saneamiento, control, formación de nuevos líderes, y se pone en marcha toda una estrategia centralizadora de los servicios de atención médica dispersa en múltiples órganos públicos y privados. En opinión de Archila, citado por Castellanos ob.cit., pese a contar con figuras honrosas de la talla de: Enrique Tejera y Santos Dominici

entre otros, “las políticas fracasaron, porque los derrotaron poderosos intereses”. Del mismo modo, Edmundo Fernández. *Ibíd.*, entre 1946 y 1948, resurge el auge del integralismo propuesto básicamente en la Constitución 1947, que en su declaración preliminar aludía al “bienestar y la seguridad social e individual de los venezolanos”. Aunado a la carta magna, subyacen los planes del recién creado M.S.A.S, donde se propone desarrollar: División de Hospitales. Substitución de hospitales de caridad. Fortalecimiento de promoción, prevención y control. Saneamiento y mejorar la Calidad de Vida de la población venezolana.

Posteriormente con la llegada de la década de los años 50'. Se intenta dar “Continuidad” formal del integralismo. Cabe significar, que aunque este se mantuvo, la “Constitución” de 1953 eliminó el Derecho a la Salud, y con ello, se daba una restricción a la voluntad ciudadana y comunitaria. Esto, trajo como consecuencia, que los Hospitales se hicieran cada vez más costosos. Aun cuando, se construyeron algunos de grandes magnitudes y hasta con ciertos lujos. Como contraparte a estos avances del desarrollismo, en la medida que la densidad poblacional aumentaba, y con ella la industria petrolera y otras empresas básicas, vinieron creciendo, y por supuesto, demandado requerimiento mano de obra, a la par, aumentaban las concentraciones humanas en grandes ciudades. Lo cual, trajo como consecuencia, una mayor demanda de servicios médicos-asistenciales, llegando a tocar lo umbrales de las capacidades instaladas. De igual modo, vale decir que se continuó el ritmo de programas de promoción, de calidad de vida y prevención, pero a baja marcha.

Luego en los años 60', renace la Salud Pública; pero, a la par surge un conflicto entre crecientes costos hospitalarios por aquellos factores descritos en el párrafo anterior, aunque aunado a ello, el resurgir de las demandas laborales aborta la necesidad de relanzar la promoción de la salud y prevención de enfermedades. En este período se empieza a tomar La Esperanza de Vida como indicador de resultado de la Salud Pública; pero a la par, suceden otros factores adversos tales como: los desafíos de la urbanización acelerada en las grandes ciudades. Al unísono, en buena parte de las áreas rurales del país, se desarrollaba un ambiente conflictivo y contrainsurgente que intentaba contrarrestar el auge del desarrollismo liberal

conservador que impulsado por las grandes potencias internacionales, avanzaba a prisa en América Latina, amparado en un entorno de dictaduras.

Posteriormente la Constitución venezolana de 1961, abre nuevas páginas en la historia de la salud marcada por una lucha en tres ejes: Integralismo vs. reduccionismo en Salud Pública impulsado como DERECHO Humano esencial vs. salud como mercancía. Responsabilidad pública del Estado vs. responsabilidad privada. En esta ocasión, se intenta retomar el viejo anhelo que habiendo nacido en 1936 (y continúa en el presente) de crear un Sistema Nacional de Salud SNS, con Rectoría del Ministerio de Sanidad para aquel entonces. Otro logro digno de reconocer a la Constitución del 61 lo constituye la recuperación del Derecho a la Salud⁵, que había sido eliminado en la carta magna de 1953, con ello, se retoma la responsabilidad del Estado para abrir nuevos centros dispensadores de servicios a la salud destinados a “quienes carezcan de recursos”.

En el Congreso Salud Pública celebrado en 1961, en demanda de un Plan Nacional de Salud para enfrentar la nueva realidad demográfica y sanitaria se propone la creación del programa de Medicina Simplificada (MS). Este programa destaca por ser pionero en gestión del conocimiento en salud en Venezuela. En la I Jornada Nacional De Medicina Simplificada XXX, (1992). Lobo Castellanos (Pág.15) sostiene que la MS, nació por la necesidad de “aumentar cobertura de atención de salud en general y de otros programas como el control de la Tuberculosis, y por esa vía, llevar atención médica en forma oportuna al medio rural donde en el año 1961, prevalecía una gran dispersión”. Luego, 1962, Arnoldo Gabaldón ante la imposibilidad de crear el Sistema Nacional de Salud, por disposiciones constitucionales se atreve a lanzar un alerta, al ver que se transfiere recursos a Gobernaciones y Municipios en diversas direcciones, sin que se estuviesen cumpliendo los planes y programas del Ministerio. Esta protesta, obligaría al

⁵ Artículo 76.- Todos tienen derecho a la protección de la salud. Las autoridades velarán por el mantenimiento de la salud pública y proveerán los medios de prevención y asistencia a quienes carezcan de ellos. Todos están obligados a someterse a las medidas necesarias que establezcan la ley, dentro de los límites impuestos por el respeto a las personas humanas.

M.S.A.S, a transformar las proveedurías de salud en Servicios Cooperativos de salud como estrategia. (Estos Servicios Cooperativos después fueron transformados en Comisionadurías, luego en Direcciones de Salud y finalmente se les conoce como Rectorías de Salud).

Como efectos colaterales de la precitada reducción de recursos, añade Castellanos ob.cit. (2008) el Ministerio, se vio obligado en aquel entonces a abandonar progresivamente los centros de recuperación de salud para intentar salvar la promoción y prevención. Como contrapartida las altas autoridades gubernamentales de la época decretan prácticamente un rechazo forzado al integralismo y añaden que debe darse prioridad a la implantación de todo cuanto contribuya a evitar o reducir los problemas económicos, ya que el presupuesto sólo alcanzaba para remediarlos. A decir de Castellanos ob.cit., con la “recuperación de costos” en el sector público la atención médica privada comienza a crecer firmemente.

Posteriormente, en 1971, el M.S.A.S, introdujo al Congreso Nacional un Proyecto de Ley de SNS. Habiendo transcurrido un período de dilación de algo más de tres años, sin que el Congreso emitiera la correspondiente sanción, en 1974 una organización particular identificada como OCRA introdujo al mismo Congreso, otro Proyecto alternativo de salud, formulado con orientación opuesta a los intereses del Ministerio, el mismo, procuraba la creación del Consejo Nacional de Salud. Esta disyuntiva, trajo como consecuencia, la creación de las Comisionadurías de salud con autonomía administrativa. Esta propuesta, encontraría viabilidad en el período comprendido entre 1976-80 tiempos en que el país mantuvo un buen auge económico. Posteriormente en la antigua Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas se celebra en 1978, La Declaración de Alma Ata, allí se subraya, que todo el mundo debe tener acceso a una atención primaria de salud y participar en ella. Aquí, también se propone el enfoque de la atención primaria de salud que abarca los siguientes componentes: equidad, implicación/participación de la *comunidad*, intersectorialidad, adecuación de la tecnología y costes permisibles.

Faltaría por determinar, si realmente el **II Plan de la Nación** (1963-1966) hubo de partir desde las experiencias del primero tomando en cuenta las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Alternativas obtenidas del Primer Plan, a fin llegar a fortalecer los servicios de salud toda vez que los ingresos petroleros constituyeron una fuente fundamental de financiamiento tanto para el país en general, como para subvenir la restitución de la salud. Indistintamente, que se hiciese una evaluación o no al Primer Plan respecto a los servicios a la salud, en el Segundo, se incluye el Sistema Sanitario Venezolano y se crean los precitados Servicios Cooperativos de Salud, cuyos epistemes a seguir deberían estar fundamentados en: Defensa, Fomento, y Restitución de la Salud. Cabe considerar, que para el momento en que surge la implantación de este II Plan, imperaba en el mundo un concepto de salud que había sido aprobado por la Organización Mundial de La Salud durante su reunión de Alma Atta en el año de 1969, donde se entendía que la Salud se media por el completo estado de: Bienestar⁶ Físico; Mental y Social de una persona. Es importante destacar que todo concepto obedece en si mismo a una línea de acción propuesta por quienes lo estructuran; y la estructura de aquel concepto de salud se correspondía con cierta voluptuosidad política de la época en que fuera concebido.

Debido al surgimiento de explicaciones de carácter histórico-dialéctico, en búsqueda de las motivaciones políticas y sociales que se orientaban a buscar las causales del porque aquellas ideas comenzaban a perder fuerza dentro del contexto social que sobremanera había surgido como un paradigma emergente vislumbrado por jóvenes con ideas de avanzada durante la década de los sesenta, en aquellas universidades donde surgiría la llamada explicación dualista (desarrollo subdesarrollo), impulsada por la corriente hegemónica que privilegiaba a los países desarrollados sobre los subdesarrollados. El bienestar físico, se convirtió en una especie de llamado de atención a los países desarrollados para que soslayasen la

⁶ Aunque cabe reconocer la aplicabilidad del concepto Bienestar en muchos estadios de las ciencias sociales fue duramente cuestionado desde mediados del siglo XX, es importante entenderlo desde una posición semántica, y para ello el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española sostiene que este término deviene de bien y estar. Y en consecuencia presenta tres acepciones que guarda relación directa con la salud y la vida humana: 1. Conjunto de las cosas necesarias para vivir bien. 2. Vida holgada o abastecida de cuanto conduce a pasarlo bien y con tranquilidad. 3. Estado de la persona humana, en el que se le hace sensible el buen funcionamiento de su actividad somática y psíquica.

mirada clasificatoria hacia el subdesarrollo. A este respecto, en una compilación hecha por Briceño León (ob.cit.1999, p.134) Emma Rubín de Celis, sostiene:

Esta corriente, predominante entre los setenta-ochenta, lleva a dar prioridad al estudio, análisis y observación, no de factores independientes sino de factores que se relacionan e intercondicionan, formando sistemas y estructuras de una sociedad o del conjunto de sociedades. Las alternativas de cambio no se conciben como el ataque a un factor o a un “eslabón de la cadena”, sino que busca identificar el factor determinante y lograr cambios en la estructura fundamental entre los hombres dentro de una sociedad y en la relación entre sociedades.

Más allá de la discusión que pudiese girar en torno al tan cuestionado bienestar físico, se retoma el caso que nos ocupa respecto a los propósitos perseguidos por aquellos Planes de la Nación, y sus repercusiones en la salud de los venezolanos. Dado que sus acciones, seguían girando en torno al modelo restitutivo fundado en la recuperación y no sobre la preservación (entendido el étimo preservación como sinónimo de Proteger o resguardar anticipadamente a una persona) los cuales, no eran factores que pudiesen incidir de manera directa, para alcanzar el tan anhelado bienestar físico de la población. Como anteriormente se señala, el modelo curativo, es apéndice del modelo de dominación propuesto por los llamados países en desarrollo y, evidentemente que la preocupación gubernamental no estimaría que las personas aprehendieran los modos para precaver y/o prevenir las enfermedades, porque esto en sí mismo, rompe con la dominación impuesta por las transnacionales, tanto de equipos médicos, como las grandes cadenas de droguerías⁷.

Siguiendo el curso de la historia, en el **III Plan** (1965-1968) de la Nación, hace presencia el aspecto psicológico en la organización social la cual se supedita a una fuerte influencia de la promoción de la salud. Indudablemente que, la propensión de esta propuesta de promoción de la salud, intentaría romper con el esquema medicalista impuesto por la “Doctrina Sanitaria Integralista” cuya tendencia filosófica

⁷ Lo antes descrito nos induce a pensar que desde aquel segundo plan de la nación se direccionaron los recursos del petróleo para mantener la creciente burocracia y hacer grandes inversiones en equipos e instrumentos tecnológicos que permitieran continuar haciendo curaciones en los grandes hospitales.

se inclina a favorecer la hospitalización por encima de la prevención lo cual en su momento permitiría que Venezuela fuese reconocida por la aplicación de los recursos al Sector Salud. De aquí se explica, que el horizonte de la Doctrina Sanitaria Integralista⁸ se fijaría en la tarea del médico como una especie de práctica que interviene para corregir las disfunciones de un mecanismo específico. Y en este orden, se han venido estructurando grandes centros hospitalarios, que más allá de pretender dispensar bienestar físico a las personas, se esmeran por competir con equipos de tecnologías de punta cada día más sofisticados, los cuales, en vez de incrementar cobertura, la disminuye por los elevados costos, tal y como lo refiere Bartolomé Finizola en el Volumen XII número 3 de Debates IESA (2007. p.40)

Históricamente en nuestro país, tanto los modelos gubernamentales de salud como los privados han partido de la premisa de que para mejorar el servicio médico hay que aumentar los costos. A mi juicio este razonamiento está equivocado, porque deja de lado la intervención entre dos conceptos fundamentales: el costo soportable y la calidad mínima aceptable, que también puede definirse como el mínimo ético deseable. Establecer el costo soportable recae por definición, en los encargados de llevar la administración de las organizaciones de salud. Son ellos los más capacitados para determinar la asunción de gastos que no comprometan en un futuro la viabilidad de la prestación del servicio.

Otro nudo gordiano con que se tejen los propósitos institucionales de los servicios a la salud se encuentra vinculado al carácter natural de las enfermedades pese a la implantación de extensos programas de promoción Social y de la Salud, aún no se trabaja con el debido tino para que las mismas personas participen en las comunidades para alcanzar establecer una búsqueda de las pertinencias sociales con los factores naturales y medioambientales. Pese a que desde la antigüedad el mismo Hipócrates estimaba que las enfermedades tienen un carácter natural y no sagrado. Este filósofo no dudaba en defender su teoría de los cuatro humores en el siguiente tenor: la salud y la enfermedad son producto de la proporción o desproporción entre los cuatro humores: la sangre, la bilis amarilla, la bilis negra y la flema, que están en relación con las cuatro estaciones del año, con el clima, el

⁸ Esta "Doctrina Sanitaria Integralista", producto del modelo newtoniano-cartesiano mediante el cual se instituyó la base conceptual de la medicina moderna. Y, en consecuencia se ha considerado al cuerpo humano como una máquina que puede analizarse desde el punto de vista de sus partes; donde la enfermedad es el funcionamiento defectuoso de los mecanismos biológicos que estudian desde el punto de vista celular y molecular.

ambiente hidrológico, geográfico y climático⁹. Esta conjetura, queda sustentada en Finíosla Ibíd., al admitir que Hipócrates interpretó el temperamento de los individuos sobre la base de una especial y significativa importancia al pronóstico y a la alimentación. Estas apreciaciones le permitieron inferir que la medicina estaría siempre en función de la curación del enfermo. De allí, que ancestralmente la restitución de la salud se ha venido manteniendo casi incólume. Dicho esto, se estiman como muy poco efectivos los logros alcanzados en términos de gestión de conocimientos explícitos (conocimiento objetivo y racional que puede ser expresado con palabras hechas normas), en los que se fundamenta la promoción de la salud.

En cuanto respecta al **IV Plan** (1970-1974), este documento suscribe temas relacionados a “Política Social” como un objetivo para fortalecer la creación de una nueva sociedad que participaría de la distribución de las riquezas, y como línea estratégica fue propuesta la “Participación Social”. La cual, no pasó mas allá de la retórica como arte del bien decir, que embelleció ciertas expresiones y conceptos tanto en lenguaje escrito o hablado en la época como un modo requerido de magnificencia a la eficacia en términos que permitieron deleitar a quienes se ufanaban de usar esta retahíla para persuadir o conmover a los grandes jerarcas que tuvieron a bien interpretarlo como otro de sus grandes logros en materia social, porque en realidad hubo muy poca Participación Social y a la par de ello no se implementaron políticas sociales cónsonas con los requerimientos de los grupos sociales.

Siguiendo los lineamientos de La Declaración de Alma Ata, donde se subraya que todo el mundo debe tener acceso a una atención primaria de salud y participar en ella; con la promulgación el Decreto 332, el 18 de agosto de 1974, el cual exigía la creación de “Módulos de Servicios Múltiples” en las llamadas zonas marginales urbanas prácticamente se dio un paliativo a los servicios de salud en áreas empobrecidas. Estos Módulos, sostienen Delgado y otros (1987.Pág.21), vendrían a

⁹ Incluye además el texto referido que: entre las influencias ambientales, el entorno social y político y defiende que una sociedad democrática, por el hecho de que da más responsabilidades al individuo, fomenta la salud, mientras que las monarquías (Hipócrates pensaba especialmente en las asiáticas) al no fomentar iniciativas individuales, debilitan el carácter y la salud.

articular la política social del gobierno expresada en el sector salud, definida por la estrategia de acción del ministerio de Sanidad y Asistencia Social en la atención de los problemas en el desarrollo bio-sico-social en los sectores de menores recursos socioeconómicos y culturales. En un comienzo, ciertamente se le imprimiría nuevos bríos sanitarios a estas propuestas; pero, finalmente predominaron ideas liberales conservadoras. Se logró construir pocos “módulos de Servicios” en Caracas, aunque con muy limitados avances, en algunos Estados el plan se intentó dar a conocer en el ámbito nacional.

En la misma línea de ideas propuestas en planes anteriores, entró **el V Plan** de la Nación (1976-1980), el cual, fue concebido para un ámbito mayor con responsabilidades del Estado sobre el Sector Social con énfasis, específicamente sobre la salud, en términos de Prevención, destacando la acción sobre las poblaciones rurales y urbano-marginales¹⁰. Queda claro, que fue muy poco lo que se hizo por la prevención de la salud y la vida. Lo antes expuesto, coincide con la posición de León Uzcátegui (2005), durante el acto de instalación de la escuela de nueva ciudadanía en el Instituto de Altos Estudios de la Salud, donde cita:

Lamentablemente en Venezuela, nuestros llamados centros dispensadores de salud, desde el más pequeño ambulatorio hasta los más grandes hospitales, gracias al modelo biomédico se han convertido en talleres de reparaciones humanas como si fuésemos máquinas humanas. Porque la verdad es que desde el tiempo de los grandes planes se ha venido obviando lo más esencial en materia de preservación de la Salud. Entendemos que sin dejar de hacer las curaciones debidas y necesarias ha llegado el momento de que tanto la investigación como el conocimiento en toda su extensión sean puestos más al servicio de la salud y no de la enfermedad.

La posición de León Uzcátegui, guarda estrecha relación con lo dicho por Martínez Miguélez (2006.Pág.189) donde corrobora que ciertamente, el enfoque biomédico de salud seguirá siendo muy útil pues se entiende que siempre seguirá existiendo grandes necesidades de restituir salud. Y añade que de igual manera el

¹⁰ De igual modo, la eficacia generada por su implantación puede ser medida en términos de los resultados que de él pudieron haberse obtenido

esquema newtoniano sigue siéndolo en muchos campos de la ciencia clásica, expresando:

Los científicos de la medicina tendrán que comprender que un análisis reduccionista de la máquina del cuerpo no puede proporcionarles un entendimiento completo del problema humano. La investigación biomédica tendrá que integrarse en un sistema de asistencia sanitaria mucho más extenso que conciba las manifestaciones de los males de la humanidad como resultados de una interacción entre mente, cuerpo y entorno, y los de acuerdo a esta compleja interdependencia.

Mientras tanto en el **VI Plan** (1981-1985) se anuncia el concepto de “Democracia Participativa”, donde el Fomento de la Salud emerge nuevamente como valor individual y colectivo, y se crean las bases para el “Servicio Nacional de Salud”¹¹. Por otra parte, es bueno destacar, que los primeros seis planes de la Nación, fueron elaborados en correspondencia con los principios y prácticas de la planificación normativa, siguiendo la línea del pensamiento estructuralista de la CEPAL (Comisión Económica para América Latina) la cual, contiene elementos no tan dinámicos. Esta experiencia cepalista, abriría entonces el camino, para que a partir del gobierno de Jaime Lusinchi se adoptara el enfoque de la planificación estratégica situacional. Y a la par, se ponen en práctica experiencias de teóricos como Jorge Ahumada, quien hace énfasis en que “la planificación o programación es una metodología que sirve para la toma de decisiones, para escoger entre alternativas que se caracterizan porque permiten verificar la prioridad, la factibilidad y compatibilidad de los objetivos y permite seleccionar los instrumentos más eficientes”. Otro, de los componentes validos de la planificación, está representado en la planificación normativa, la cual, se caracteriza en primer lugar, por ser un método permanente. En segundo lugar, por requerir un sistema de organización social compatible con la conducta racional y un sistema de control.

¹¹ En este período se logró redactar una Ley (que luego fue secuestrada porque tocaba la medula de poderosos intereses que controlaban los prestadores privados de servicios retributivos de salud) que coadyuvaría a poner en marcha el mencionado “Servicio Nacional de Salud”; que jamás llegó a cristalizarse por falta de un reglamento” que permitiese dar aplicabilidad a la Ley.

Mientras que un tercer elemento de la planificación, consiste en contar con un plan (documento) con las decisiones de la autoridad competente. Y finalmente, los pasos anteriores permiten seguir un proceso de elaboración del plan, basado en cinco etapas a saber: Diagnóstico. Programación. Ejecución y control. Evaluación y revisión. Los cuales se complementan para dar la debida importancia requerida por: la decisión, la acción y la evaluación. Para ese entonces, la ONU por su parte, sostenía la tesis economicista fundada en, la planificación como programación, respondiendo a una idea simple para acertar y ordenar las inversiones de capital e imprimir más fuerza y regularidad al crecimiento económico regida por un modelo normativo que representaba la forma como debería funcionar un sistema. Entendido el sistema, como el conjunto de funciones estratégicas, desempeñadas de manera semejante por la sociedad para asegurar su supervivencia. Es decir; planificación estratégica¹², la cual, puede ser vista como un proceso que persigue la consecución de objetivos, mediante la realización de esfuerzos humanos, técnicos y financieros; que en este sentido, no se diferencia de los otros enfoques de planificación.

Siguiendo el curso de la investigación, Entre otras debilidades se tiene, que la no implantación de la Ley del Sistema Nacional de Salud en aquel momento traería como consecuencias que en **el VII Plan** (1984-1988) de La Nación, determinara casi de manera expedita, que en buena parte, los ingresos petroleros serían aplicados a la Restitución de la Salud, generando de tal modo, una dependencia total del Estado. Esto demuestra, como prácticamente quedarían de lado los poquísimos logros que pudieron haber sido alcanzados con la implantación del Plan anterior en materia de prevención, ya que la visión hospitalaria céntrica, pasó nuevamente a ser la fuente fundamental de las acciones de salud. Expedita oportunidad, que aprovecha el sector privado, para incrementar el gran negocio de prestación del servicio médico-hospitalario privado el cual les permitiría atender a una gran masa de funcionarios del sector público, incluyendo a trabajadores de hospitales del MINSAS. Sobre esta

¹² La verdadera identidad del proceso de planificación estratégica, radica en que el mismo se orienta y descansa en la formulación de un cuerpo analítico que debe responder a preguntas relacionadas con nuestras posibilidades de actuación; las vías, los caminos y las secuencias en que debemos hacerlo, y las vías de escape que deberían utilizarse para sortear los obstáculos o contingencias (la estrategia). En este sentido, la planificación estratégica presenta un mayor nivel de organización sistemática, y promete también la consecución de mayores logros, habida cuenta de que se actúa sobre una realidad exhaustivamente analizada.

conjetura se basa Ramón David León, En Rodríguez Gallad (op.cit, p.154) para referirse que la dependencia del petróleo ha venido empobreciendo al país, y de modo particular, destaca sus efectos en las remuneraciones del sector público, lo cual hiciera que “Venezuela fuera un pueblo relativamente caro, y que además posee una colectividad misérrima y una administración pública opulenta”.

Ante un evidente fracaso parcial del **VII Plan**, llega el turno al **VIII Plan** (1989-1984). Al respecto, López (2006. Pág.51) refiere que los lineamientos generales del VIII Plan de la Nación centran la atención en demostrar la forma como se habían orientado los Planes y Políticas Públicas que conducirían al país a la situación de crisis socio-económica que vivía. Ante ello, los ideólogos de turno pensaron; que sólo la implantación de un <<Gran viraje>> hacia una vigorosa economía de mercado, fundado en una forma de planificación que coordinaría los esfuerzos en la construcción de la infraestructura que requería un aparato productivo en expansión; estableciendo reglas de juego sencillas y claras en el nivel macroeconómico; y dejando de programar el desarrollo, se podría provocar un cambio estructural en las bases del modelo de crecimiento, dados los recursos humanos, naturales y económicos que disponía el país. ¿Se podrá provocar un cambio estructural en las bases del modelo de crecimiento, dejando de programar el desarrollo? Junto a esta interrogante cabe repreguntar ¿Será que con una vigorosa economía de mercado, tendrá viabilidad un Sistema Público Nacional de Salud para beneficiar a las clases más desposeídas?

En síntesis, el VIII Plan se inscribe en la filosofía de establecer mecanismos de negociación de compromisos y metas en la forma de convenios de desempeño, entre los organismos públicos, de manera tal que la asignación de los recursos y los programas de incentivos obedezcan al logro de los objetivos preestablecidos que dan coherencia y pertinencia a la acción de gobierno, y a la determinación de los factores críticos respectivos. Dentro de esta filosofía, se elaboraron los planes estatales¹³ y el

¹³ Con el VIII Plan, se intentaba crear las bases para una “nueva sociedad”, que permitiría pasar del consumo incontrolado, eje de la riqueza obtenida por la renta petrolera, a una sociedad de trabajo productivo, donde imperaría una mejor distribución de las riquezas que a la postre terminaron siendo manejadas con criterios de eficiencia económica.

Plan operativo anual global 1991, y estableció una modificación en la Ley orgánica del régimen presupuestario, que establece la obligación a los organismos públicos de presentar el plan operativo anual institucional del año inmediatamente venidero, acompañado del presupuesto correspondiente basado en la eficiencia económica. Entendida, la “eficiencia económica” aplicada a los servicios de atención a la salud del modo como la explica Karen Marie Mokate en un trabajo compilado por Roberto Briceño León (1999, p. 89) “Este concepto, establece el criterio para el juicio del economista sobre la asignación de recursos escasos. Como tal, esta condición forma la base de las recomendaciones con respecto a las políticas o programas sociales, sobremanera en aquellos países con limitados recursos para atender la salud”.

En este mismo orden de ideas, el **VIII Plan** fortalecería la “eficiencia económica” según Mokate, sirve en forma adecuada, (90) al análisis del proceso de maximización de la utilidad familiar de elites. En este contexto, resulta importante distinguir entre un servicio de salud que se promueve con sentido hacia la vida, y los servicios médicos privados que se transan en el mercado, cuyos aportes al “bienestar” suceden en la medida que las familias hacen los desembolsos económicos necesarios para que técnicos y especialistas puedan influir sobre la salud, a partir de un modelo curativo-restitutivo-asistencialista. Donde además, en muchas ocasiones los clientes cancelan para ver morir o en el menor caso ver padecer de por vida a sus pacientes. Esta premisa es corroborada por Martínez M. (ob.cit. Pág.189) cuando expresa. “Se ha podido determinar, haciendo un cálculo aproximado, que uno de cada cinco pacientes admitidos en un típico hospital de investigaciones contrae una enfermedad iatrogénica”. Entendida una enfermedad iatrogénica aquella que es producida por los médicos. En este mismo orden de relaciones, añade Martínez M. “que la mitad de estas enfermedades son el resultado de complicaciones debidas a los medicamentos suministrados, y más de un 10% son causadas por errores de diagnósticos”.

En consecuencia, cabe formular la siguiente interrogante ¿La iatrogénica tendría capacidad de aumento dentro de un adecuado modelo de atención primaria que permitiría descargar los procesos curativos en los grandes hospitales y centros

ambulatorios diseminados en parroquias y cabeceras de Distritos Sanitarios cuando se prioriza la atención Ambulatoria con tendencia a erradicar enfermedades tal y como ha sido explicado en la propuesta de la OPS?

En este mismo orden de ideas, según publicación oficial (1991.Pág.443) la OPS, en su XXXIV Reunión del Consejo Directivo de 1989, propone el estudio de un calendario de actividades para impulsar la erradicación de enfermedades o patologías regionales y enfermedades emergentes en la Región de Las Américas. El tema, por demás interesante, fue presentado formalmente en el año 1990, teniendo en consideración aspectos muy comunes al contexto Venezuela dado a que estaría dirigido a trabajar sobre el principal foco de control desarrollado por el modelo de atención medica-asistencialista integralista de salud. Es decir; enfermedades transmisibles por vectores, por contagio humano y aquellas de origen hídrico entre las más comunes que se generan en ambientes hostiles donde sucumbe la salud a causa de la miseria y la pobreza humana.

Aquella utopía planteada por la OPS, radicaba en criterios aplicables a la erradicación y eliminación de ocho enfermedades (dranculosis, poliomiélitis, pian, sífilis, oncocercosis, rabia, sarampión, tuberculosis, y lepra) reconociendo que. Los fracasos rotundos de las campañas de erradicación de enfermedades menoscaban la imagen del sector de la salud y representan en cierta medida un desperdicio de recursos. Es bien sabido, que esta situación no es de exclusividad absoluta del continente americano; por el contrario, es tan generalizada que se ha vuelto planetaria. De igual modo, reconocía entonces la OPS, que es imprescindible, antes de iniciar un programa de este tipo, que se hayan estudiado detenidamente las posibilidades de éxito de acuerdo con criterios bien definidos. Entendiendo que, cuando se habla de criterios bien definidos, la estrategia del, o los programas, estaría enfocada a trabajar con la gente y por la salud de la gente¹⁴.

¹⁴ para que esto deje de ser una acción mecánica debe hacerse con una fundamentación sostenida en la sensibilidad humana y cuyo norte debe ser la salud antes que la enfermedad; sin embargo ellos seguían pensando que para empezar, hay que reconocer a fondo las características epidemiológicas y ecológicas de la enfermedad que se busca eliminar, como su incidencia, prevalencia, morbilidad y mortalidad, y determinar si la infraestructura de salud local o territorial está capacitada para proporcionar medidas de control de bajo costo, sencillas y eficaces.

Finalmente, entró en funcionamiento el **IX y último Plan de La Nación** (1995-1998) el cual fue concebido como un Proyecto País, en él se propuso, una concepción ético-social como base fundamental de todas las acciones a desarrollar en Venezuela, donde la equidad era tenida como el principio solidario que permitiría el logro de un tardío bienestar luego del agotamiento del modelo anterior, donde se propuso la construcción de un nuevo país, incorporado a las decisiones internacionales. Tal y como ha podido apreciarse en esta breve síntesis, en materia de salud, hecha a los nueve planes de la nación venezolana. Es notorio, que todos los planes mantuvieron un cordón umbilical con visibles decisiones internacionales, sobre manera, y no por casualidad imperaron siempre, aquellas preconcebidas en países proveedores de servicios tecnológicos para el sector salud.

A la par del desarrollo petrolero, deviene la implantación del Capital de la información. En torno a ello, sostiene Riera (ob.cit) que “al surgir la competencia tecnológica en los grandes hospitales del país Venezuela se sumerge como los otros países del área en la denominada Revolución de la Información, la cual supera en rapidez de producción a la Revolución Agrícola y a la Industrial”. Como consecuencia de ello, se amplía la conjetura hecha en torno a la medida de que nuestros diagnósticos clínicos y epidemiológicos se puedan realizar a kilómetros de distancia desde el sitio donde se produce el dato básico, y esto, no es elucubración evidentemente los Sistemas de Información comienzan a superar la capacidad de asociación o comunicación; estos significativos avances, se correspondieron con lo que en su momento Riera, denominaría como la *Segunda Ola*. En este mismo orden de ideas premonitorias, Riera (1998, p.17) contextualiza un *Tercera Ola* de avances dentro del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, fundamentada a partir de la Revolución de la Información o del conocimiento, cuya principal característica permitiría ubicar a lo individual, rodeado por lo total, pero no disuelto en lo total.

Al igual que en Venezuela, muchos otros países latinos tuvieron inicios similares de ser fuertes planificadores y débiles ejecutores, ya que han estado signados por niveles de dependencias de poder, marcados fuertemente por: patrones democráticos con visos “Laissez-Farieanos”, (en este aspecto se hace destacable el

principio del líder *laissez faire*, caracterizado en el dejar hacer /dejar pasar) que algunas veces por conveniencia se han convertido en sostenedores de estilos piramidales impuestos desde gobiernos y administraciones públicas con características radicales y/o caudillescas con escasos controles (Entiéndase como caudillescos o dictatoriales aquellos estilos de gobiernos que aún siendo minorías representativas se imponen y dominan por las fuerzas a las grandes mayorías sociales). En concordancia con esta reflexión Rigoberto Lanz (2000.Pág.119), señala que estos estilos trascienden a la idea de una gerencia jerárquica de carácter militar, con un general en la cima y luego varios coroneles lo cual habiéndose originado en las fuerzas armadas se trasplantó luego al gobierno y de allí a las instituciones empresariales. De aquí resulta comprensible entender, por qué en la administración pública al existir, convivir y actuar los tres “modelos sistémicos de hacer gobierno” (antes mencionados) donde en muchas ocasiones prima la escasez de controles alcanzan a surgir actos de corrupción, porque facilitan las formas y maneras de como delinquir en detrimento del Estado, todo por causa de la inoperancia organizacional¹⁵.

Cabe significar que la inoperancia organizacional puede darse tanto en una estructura compleja como en una simple, en cualquiera de los casos una adecuada operacionalidad tendría mucho que ver con que las personas posean dominio de los propósitos y fines organizacionales al tiempo en que tienda a prevalecer la eficiencia y la eficacia en los servicios. En el caso de la prestación de servicios favorables a la salud inicialmente por el Ministerio de Sanidad y Asistencia social y posteriormente por el Ministerio del Poder Popular Para La Salud cabe deducir que, si estos servicios se reúnen alrededor del pilar de la vida, la organización se hace muy sencilla, toda vez que se deposita sobre los actores del sistema la heterogeneidad del conocimiento, entonces el salubrista en Epidemiología, Administración Sanitaria, o bien, un Administrador de Hospitales se daría cuenta de la inoperancia tanto de la organización como de su especialidad, ya que mira el todo desde un pequeño ángulo y no en toda su extensión tal y como lo demandan las exigencias de salud y vida de los grupos sociales a lo interno de las comunidades.

¹⁵ Riera ob.cit., sostiene que por mucho tiempo, se han creado grandes organizaciones, muy complejas, donde la división del trabajo y la alta especialidad de su estructura habían logrado la no operatividad, pues el campo de acción se hacía muy reducido a dichas partes estructurales, la atomización del trabajo, esto porque nos organizamos en torno al pilar de la enfermedad.

1.3.- EL ESTADO VENEZOLANO Y EL FINANCIAMIENTO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Resulta de vital importancia efectuar en este momento de la investigación una revisión heurística a la perspectiva económica del país con que se ha venido costear los servicios a la salud de los venezolanos. Es bien sabido que por algo más de medio siglo la economía de Venezuela pasó a depender casi de manera exclusiva de los ingresos provenientes de la renta petrolera, y vale significar que con muy pocos esfuerzos para generar un modelo alternativo que generaría el llamado crecimiento sustitutivo de ingresos a las arcas del erario público nacional. En consecuencia, destacan algunos hechos que marcaron pauta de comportamiento administrativo sobremanera durante las décadas de los años 60 y 70, cuando empezaron a hacerse visibles los signos de agotamiento del esquema de crecimiento sustitutivo “hacia adentro” tal y como se había iniciado en otros países latinoamericanos. Es viable inferir que una de las causales para que se produjese este agotamiento de manera temprana obedeció al largo período de dependencia al que había venido siendo atada la nación desde los inicios mismos de la explotación del petróleo a comienzos del Siglo XX.

El agotamiento temprano, suscitado en el llamado crecimiento sustitutivo, impulsado por el modelo de dominación capitalista trajo como consecuencias que Venezuela como país, siguiera dependiendo en el ámbito económico del estado quien desde siempre ha jugado su rol como protagonista, interventor y benefactor. Por otro lado, el estado, al no poder romper con la cadena de dominación mediante la elaboración de productos nacionales, o al menos disminuir la sustitución de importaciones, resultó dañino al país. Mas lesivo aún, puede ser considerado el hecho, que los industriales venezolanos se acostumbraran a la protección gubernamental, y en tal sentido, perpetuaron la ineficiencia y al parecer jamás incursionaron en la búsqueda de producir medicamentos.

Por su parte, en los años de la segunda mitad de los 70 y principio de los 80, se consumió mucho dinero para mantener entre otros servicios públicos a los hospitales del país; debido a muchos otros factores, también se contrajo una

gran deuda nacional, lo que indujo en cierta forma, a que Venezuela tuviese una alta deuda externa, acarreada en buena medida por la propensión a importar, Sabino (1991. Pág. 199) propensión a importar productos esenciales aun cuando se reconoce que Venezuela sea uno de los principales países productor de las materias primas necesarias con que se fabrica una gran mayoría de los productos que importamos. Para este autor, la propensión a importar, por un lado, es un concepto similar al de propensión al consumo Keynesiano. Mientras que, también indica la medida en que crece el gasto en importaciones cuando crece la renta nacional.

A comienzo de la década de los años ochenta, cuando se afianza la crisis económica venezolana, el sector privado, consciente de la insostenibilidad de la situación, había puesto a buen resguardo en el exterior gran parte de su patrimonio, lo cual trajo como resultado una drástica devaluación de la moneda venezolana en 1983, la primera en dos décadas. Y por subsiguiente la imposición de un control de cambios denominado: Régimen de Cambio Diferencial (RECADI) que no significó ningún cambio de rumbo en la economía venezolana, sólo lograron alargar la vida del viejo esquema por unos años más; pero, a costa de agotar las reservas internacionales, descapitalizar las empresas del estado, y someter al país a una mayor inflación que repercutiría enormemente en los servicios básicos entre los que destacan los de salud.

En un trabajo publicado por La Fundación Francisco Herrera Luque 1996, Maza Zavala (p.176)

La década de los ochenta se caracteriza por la emergencia de una grave y prolongada crisis de nuestra economía, en la que influyen factores internacionales y nacionales. La crisis afecta simultáneamente a toda la América Latina. En Venezuela particularmente, pueden identificarse los factores principales: la declinación probablemente irreversible, del modelo primario petrolero exportador, que se refleja sensiblemente en la crisis del Estado administrador del ingreso petrolero y eje de la economía. Esta crisis afecta igualmente al modelo de crecimiento "hacia adentro", sustentado en la industrialización sustitutiva de importaciones, la modernización de la agricultura y la expansión del mercado interno. Desde luego, el crecimiento y funcionamiento del sector público, en el que se incorporan

industrias y servicios básicos, revela la profundidad de la crisis. En consecuencia, declina, irreversiblemente, el modelo de acumulación cuya vertiente principal es el ingreso petrolero y se configura en el cuadro tradicional de la explotación del petróleo. El fenómeno de la crisis agota el impulso del crecimiento antes caracterizado y sus límites son alcanzados al término de tres décadas: de los 50 a los 70.

La economía venezolana se vio afectada por la coyuntura desfavorable del entorno económico internacional que apuntaló la crisis de la deuda, además de las irregularidades en las finanzas públicas domésticas, circunstancias éstas que sacaron a flote una serie de desequilibrios macroeconómicos subyacentes en el clima de relativa estabilidad exhibido durante las dos décadas precedentes. Esto inevitablemente impactó en los índices de pobreza humana por el empobrecimiento en múltiples dimensiones según se explica por: la privación a una vida larga y saludable, bajos niveles de conocimientos, nivel decente de vida.

1.4.- LA NECESIDAD DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Lo anteriormente descrito, ha venido generando de tal modo una situación de pérdida de valores éticos y morales en la personalidad de muchos funcionarios, conllevándolos a caer en desidia. Más bien, pareciera que por no tener un guía, a quien seguir se imbuyen en una especie de rutinas mentales, que intenta conducir a un buen número de funcionarios y funcionarias mediante la ley de la inercia hacia una gran esterilidad intelectual que les castraría el pensamiento creador, y esto, les obliga a desprenderse de ciertos valores éticos y morales que fueron aprendidos tanto en el hogar como en las aulas; o dicho de otro modo, pareciese que faltan modelos de funcionarios que ejemplaricen conductas tanto en el comportamiento de subordinados propios como de extraños.

De igual modo, la situación problematizadora puede ser medida por los grados de rendimientos aportados por la persona, una vez ubicada en la organización, y se comprueba que en su lugar genera incompetencia. El asunto problema, radica en

que pese a la vigencia de leyes donde están contemplados como obligatorios el adiestramiento y la capacitación, es poco lo que se hace para elevar sus niveles de conocimientos mediante planes de capacitación en áreas y/o competencias específicas. No obstante, estas acciones deben darse inclusive para capacitar a quienes de manera empírica hayan ingresado a la administración pública. Y también para aquellos egresados como profesionales en el ámbito técnico y universitario, porque no solo se les refuerzan conocimientos en áreas específicas, si no que al mismo tiempo se les reafirma su desarrollo personal.

Por lo general, esta situación ocurre cuando los procesos que deberían ser productivos se desarrollan con muy bajos criterios de lo que significa el deber ser organizacional. No obstante, cabe inferir que mediante la implantación de un adecuado sistema de gestión del conocimiento fundamentado dentro de una perspectiva reflexivista por compleja, que opere en una coproducción transdisciplinaria conjunta con la realidad y ajustada a cánones de pensamiento crítico contribuiría enormemente en el aniquilamiento de tales debilidades administrativas. Entendidas las debilidades administrativas como, aquellas actuaciones laborales que en ocasiones llegan a incrustarse dentro de las organizaciones contraponiéndose tanto a la planificación, control y evaluación de los recursos humanos así como a un adecuado desempeño en correspondencia con: la misión y visión, haciendo que se de al traste con los fines y propósitos de la estructura organizativa.

Sin embargo, una solución a tales problemas estaría en el supuesto implícito que se lograra la implantación de nuevos paradigmas que permitan adelantar procesos de formación, capacitación y desarrollo personal enmarcados en un nuevo modelo integral de ciudadanía que basado en la sensibilización haga “crecer armónicamente” al funcionario o funcionaria para que califique en nuevos roles, acordes con las demandas y exigencias propias de un país; más no de una distinguida organización en particular; entonces así serían más altas las probabilidades de alcanzar los cambios deseados.

En correspondencia a lo expuesto con antelación, el problema radica tanto en el desconocimiento de los deberes como de los derechos que por ley correspondan al contexto de la administración pública nacional en pro de: repotenciar en conocimientos, a funcionarios y funcionarias que reúnan condiciones y demuestren interés por el dominio de competencias específicas, para ocupar cargos y ejercer funciones definidas en áreas determinadas. Puede apreciarse en este sentido, la magnitud del problema causado por un gran desconocimiento acerca del funcionamiento de la administración pública como un cambio de paradigma el cual sería la manera más expedita para hacer cumplir el contenido del Artículo 63 de la Ley del Estatuto de la Función Pública. Al respecto, se hace necesario referir lo planteado en el artículo 63 La Ley del Estatuto de la Función Pública (2.002) Op.cit, en su Capítulo V, Artículo 63 el cual hace énfasis en:

“El desarrollo del personal que debe lograrse a través formación y capacitación y comprende el mejoramiento técnico, profesional y moral de las funcionarias o funcionarios públicos; su preparación para el desempeño de funciones más complejas, incorporar nuevas tecnologías y corregir deficiencias detectadas en la evaluación, habilitarlo para que asuma nuevas responsabilidades, se adapte a cambios culturales y de las organizaciones y progresar en la carrera como funcionaria o funcionario público”. Por otra parte se estima que “El desarrollo del personal se logrará mediante su formación y capacitación y comprende el mejoramiento técnico, profesional y moral de las funcionarias o funcionarios públicos; su preparación para el desempeño de funciones más complejas, incorporar nuevas tecnologías y corregir deficiencias detectadas en la evaluación, habilitarlo para que asuma nuevas responsabilidades, se adapte a cambios culturales y de las organizaciones y progresar en la carrera como funcionaria o funcionario público”. A partir de este orden de ideas, se asume conocer las bases y el modo en que se efectúa el desarrollo de las políticas gestión del conocimiento en el Ministerio del Poder Popular para la Salud”.

1.5.- OBJETIVOS:

1.5.1.- GENERAL

Formar los basamentos teóricos para estructurar un subsistema abierto de Gestión del conocimiento, que opere en las comunidades sobre la base de principios de recursividad y complejidad vinculados al Sistema Público Nacional de Salud.

1.5.2.- ESPECÍFICOS

1.5.2.1.- Determinar la reciprocidad existente en las diversas corrientes de pensamiento que caracterizan la gestión del conocimiento transferida desde el Ministerio Del Poder Popular Para La Salud a las comunidades, en pro del fomento, promoción de la salud, y valoración de la vida.

1.5.2.2.- Analizar, los indicadores de salud que se plantean para el estudio de salud de las comunidades con el propósito de ofrecer alternativas fundadas en promoción y valoración de la vida y la salud.

1.5.2.3.- Proponer la separación entre la histórica medición epidemiológica que engloba salud-enfermedad a fin de fortalecer la valoración de la vida en un contexto de pensamiento crítico.

1.6.- JUSTIFICACIÓN

Ante la premisa de interpretar la institución rectora de los servicios a la salud como un sistema en sí, se justifica, no entenderla al modo de una ciencia social o una disciplina en particular, sino, como espacios donde se deba dar aplicación tanto a las ciencias sociales como a otras ciencias susceptibles al análisis y comprensión de los asuntos públicos donde inclusive la productividad y el desempeño laboral a lo interno del sector salud deban ser concebidos como partes de un todo. En el caso venezolano, estas premisas se traducen en la misión que tiene el sistema de servicios a la salud, el cual fundamentalmente consiste en ampliar y fomentar, la satisfacción de necesidades a las personas usuarias de los diferentes centros que prestan servicios a la salud. Esta reflexión, invita en un primer momento a revisar el modo como se usan los indicadores de gestión con que se han venido midiendo los resultados de los programas de salud a lo interno de las comunidades.

Aunado a ello, se justifica interpretar sí realmente estos eventos de estudio tocan la parte medular del currículum de las universidades donde se estructuran, tanto las corrientes de pensamiento ideológicos, como el sustrato filosófico del profesional que interactúa en cada parcela del saber funcional en materia de: <<prevención de enfermedades, promoción de la salud y valoración de la vida>>, para determinar si está dirigido hacia enseñanzas específicas conducentes a un desempeño que pudiese ser cualificado de óptimo para el ejercicio de la función pública en el ámbito de la salud pública. Entendida Salud Pública, como todo un conjunto de acciones que <<implica la preocupación por los problemas de salud de las comunidades humanas, el estado saludable del ambiente de vida, la organización y funcionamiento de los sistemas de servicios de salud, incluyendo la atención médica curativa y la educación para la salud>>.

Para entender estos fines, se requiere explicar el modo como se vinculan los procesos de trabajo en salud pública para transformarse en un conjunto de esfuerzos institucionales organizados por la sociedad a fin de proteger, promover y restaurar si fuere el caso la salud de las personas. Bajo el entendido que, para, proteger, promover y en último caso, restaurar la salud de las personas, se requiere

agregar valor a los servicios, como herramientas básicas que permitan potenciar la inteligencia de las organizaciones o subsistemas del Sistema Público Nacional de Salud para que se hagan funcional (o “competitivos” como se le denomina a esta acción desde la jerga empresarial) es altamente necesario poner la información al servicio de los funcionarios (también llamados, por la sociedad capitalista “activos participantes, o activos intangibles” para identificar al hombre o mujer que trabaja) en cualquiera de los niveles jerárquicos, que van desde el personal de servicios, pasando por los cuadros medios de empleados para involucrar así, a todos los cuadros directivos del MPPPS hasta lograr un flujo y reflujo de comunicación entre este y las comunidades.

En esta misma dirección, se justifica revisar la información referida tanto al denominado conocimiento tangible como al intangible prevaleciente en el personal que integra el Sistema Público Nacional de Salud a fin de propiciar el flujo de redes de información pertinente para que todos y cada uno de los funcionarios puedan adaptarse a nuevas realidades, en las que el hacer, impere sobre la condición de ser empleado o empleada. Dicho de otro modo, el funcionario público deberá sentirse estimulado a capacitarse en el <<que-hacer>>, para que ello, se considere procedente conformar equipos de trabajo, donde la calidad de los resultados de actuaciones humanas juegue roles preponderante. Y el conocimiento, pase a formar parte de un conjunto de competencias que le acreditarán un valor de experticia o “activo organizacional” ¹⁶ que deba transmitir conocimientos a las personas que cohabitan en las comunidades. Otro insumo, para la confrontación dentro del debate que aquí se desarrolla, radica en revisar la equivocada creencia que persiste respecto a la concienciación de los pueblos. Entendida la conciencia, como acción de lo posible a lo interno del trabajo comunitario realizado por usuarios y usuarias de los distintos subsistemas del SPNS. Dado a que siguiendo la línea positivista, se piensa que todo aquel conocimiento que determine resultados deba ser susceptible a medición antes que a valoración; por consiguiente, se interpreta en modo arbitrario que todo

¹⁶ Se emplea aquí el binomio “activo organizacional” utilizando otro de los términos empleados por la mencionada sociedad capitalista, para hacer referencia al humano como “trabajador-productor” de bienes y servicios, y que en modo referencial estará siendo sometido al debate dentro de este trabajo.

conocimiento conducente a resultados prácticos deba ser medido, y por ende, sea tangible.

También se justifica, entender como se desarrollan los saberes en el marco de las nuevas tendencias tecnológicas, caracterizadas por: la adecuación, instalación, cambio y recambio de partes y componente en equipos; donde el conocimiento es la nueva fuente del poder, por ello, se requiere entonces, acrecentar el desempeño operativo en los distintos subsistemas del SPNS. Al hablar de tendencias tecnológicas, en ningún momento se intenta justificar el desplazamiento humano por el tecnológico; ni tan siquiera se hace referencia a la necesidad de realizar los procesos de trabajo con una mínima intervención humana como fuera establecida por la filosofía post industrial. Al contrario, un adecuado subsistema de gestión del conocimiento debe y tiene que prever la intervención humana en la transformación de las organizaciones del estado, en tanto y en cuanto, trascienda desde adecuados grados de confiabilidad en comunicación asertiva con excelentes resultados de desempeño, hasta llegar al diseño, implantación y evaluación de resultados tecnológicos; lo cual, debe hacerse de modo consensuado entre quienes lideran las acciones, para que los efectos sean integradores de: esfuerzos, voluntades, bondades y virtudes con tendencia a producir como resultado, verdaderos cambios en los escenarios comunitarios para facilitar la instauración de nuevos paradigmas que permitan operar sobre bases de un pensamiento crítico transformador de conciencia en el campo de la salud pública.

Estos nuevos paradigmas, estarían llamados a fomentar conocimientos y habilidades que se complementen con nuevas actitudes profesionales que respeten la autoestima y autonomía de cada usuario de los servicios dispensados por todo el sistema integral de salud. En este contexto, se refuerza la noción referida a que una organización deba poseer las personas necesarias y adecuadas, de la misma forma que posee: recursos materiales, físicos, tecnológicos y financieros” para acometer los proyectos de salud a lo largo y ancho del país. No obstante, más allá del necesario debate que deba suscitarse en torno a los denominados conocimientos tangibles e intangibles, se justifica hacer una revisión epistemológica para entender, el modo

como se logra la conceptualización “terminologizada” en xenónimos dada a: Capital intelectual. Capital humano. Recursos humanos. Activos tangibles e intangibles devenidos todos de la jerga (Lenguaje especial y familiar que usan entre sí los individuos de ciertas profesiones y oficios) usada en la naciente Economía basada en el Conocimiento (EBCA). Éstas posiciones, revelan los fines específicos de la Sociedad del Conocimiento y el modo como en las últimas décadas han experimentado un creciente uso de la información en la producción de bienes y servicios, en la formulación de estrategias empresariales tanto en el diseño como en la ejecución de las políticas económicas, industriales y tecnológicas que en muchos casos no pueden ser equiparables a los fines ni mucho menos a una gran mayoría de resultados obtenidos en los procesos de la administración pública.

Importa saber que, los anteriores argumentos demandan revisar el modo como se han permitido generar una gran dicotomía respecto a los saberes dentro del mundo empresarial. En desproporción de ello se explica, como de manera arbitraria se vienen ignorando: por un lado la utilidad etimológica de términos usados en el ámbito organizacional, la cual se fundamenta en el origen de las palabras, la razón de su existencia, de su significación y de su forma. Y por otro, se obvia el rol que juega la semántica en el estudio del significado de los signos lingüísticos y de las combinaciones que con ellos se logra de manera ex profesa para connotar y aseverar acciones dentro de disciplinas específicas desde un punto de vista sincrónico o diacrónico. Del mismo modo, se interpreta, que existe la tendencia de ignorar tanto a las teorías como a la filosofía que soportan a cada étimo en particular y el tipo de conocimiento que de ello se derive, alegando inclusive, en algunos casos, que su utilidad no es directamente tangible, dado a que, como se sabe, no se puede tocar, en el sentido de no llegar a «constituirse» en algo que pudiese expresarse visiblemente, y de un modo concreto, en la realidad. Conviene analizar, la estructuración de aquellos términos duales, que infunden un sentido de capital a factores que etimológicamente resultan incapaces de aceptarles dentro de un orden semántico. Sin embargo, no deja de ser común por ejemplo la doble interpretación que despunta en conceptos como capital-intelectual, cuya ambivalencia por extensión puede ser interpretado en sentido eterológico.

En síntesis, antes de divulgar el conocimiento explícito generado por los procesos de investigación y desarrollo (I+D), es imprescindible identificar los conocimientos implícitos en las tareas y funciones de numerosos actores e instituciones, públicas participantes y los fines que cada una de ellas persigue en el proceso de: generación, difusión, absorción del conocimiento y de las innovaciones en las sociedades modernas, articulando los diversos procesos de aprendizaje científico y tecnológico entre distintos actores e instituciones. Tales sean, los casos de aquellos conocimientos que se generan entre los grupos sociales e instituciones dispensadoras de salud, los cuales conforman una argamasa de manifestaciones y saberes que redundan en torno a: costumbres, hábitos, creencias, manifestaciones de carácter y orden ideológicos entre otros.

Para que estos cambios ocurran, se justifica interpretar el concepto de nación como el conjunto de los habitantes de un país regido por el mismo gobierno. Ello, facilitaría establecer claras diferenciaciones entre lo que puede ser una preparación académica para los negocios, y una preparación que coadyuve a implementar modelos de desarrollo con sentido nacional, para no seguir pensando en nuevas soluciones sobre la base de esquemas mentales fundados en parcelas y conceptos heredados de disciplinas exclusivas con tendencias ideológicas excluyentes. Finalmente, se justifica hacer una profunda revisión al sistema de producción y reproducción de los conocimientos a lo interno del SPNS, fundada en el moco como se ha venido generando y transmitiendo los saberes dentro de las comunidades a fin de desarrollar y vincular un concepto de valoración de la salud fundado en el pensamiento crítico, que permita hacer explicaciones estructurales de un nuevo episteme dentro del modelo de servicios a la salud en un orden sistémico- social y transdisciplinario que requiere el país.

CAPITULO II

LA METÓDICA

2.1.- ESTRUCTURA DE LA METÓDICA

Este capítulo, explica, la manera como esta investigación relaciona diversos: procedimientos, técnicas, enfoques, y métodos para desarrollar cada uno de los componentes esenciales de su planteamiento central, el cual se coloca bajo título de: *-Gestión del conocimiento, en el sistema público nacional de salud-*. La investigación, se fundamenta en un enfoque hermenéutico sobre la base del pensamiento crítico sustentado en la transdisciplinariedad y la complejidad. En modo longitudinal, se apela a teorías filosóficas relacionadas con las denominadas ciencias: humanas, sociales, del conocimiento y de la salud entre otras, de las que se derivan corrientes de pensamiento relacionadas con la existencia y la vida humana, siguiendo los propósitos y fines de este trabajo.

De igual modo, se trabaja todo un conjunto de enunciados y declaraciones de orden técnico relacionado con el binomio gestión del conocimiento los cuales son de uso común en campos específicos de la consultoría de procesos como práctica ampliamente extendida en el ámbito empresarial privado. Esto, con la finalidad de escindir el concepto gestión del conocimiento del ámbito empresarial donde tiene su génesis, para adecuarle al contexto de la administración de servicios públicos a la salud. Obviamente, que para alcanzar estos presupuestos se requiere estructurar un modelo sistémico de gestión de conocimiento en salud, apoyado sobre bases lo suficientemente probadas como, la Teoría General de Sistemas de Ludwig Von Bertalanffy, y John P. Van Gigch. De las que se espera, de manera indirecta contribuyan a establecer estrategias para accionar procesos de: investigación, producción y transferencia de conocimiento en espacios comunitarios.

Además de la información de orden nacional, la cual deba ser considerada como primera prioridad para armar el desarrollo y aplicación de las estrategias que coadyuven a la transmisión de saberes y conocimiento en materia de vida-salud-enfermedad, se estima incluir como base de datos esenciales, todo un conjunto de criterios y acuerdos devenidos de organizaciones de carácter internacional como: La Organización Mundial de la Salud y la Oficina Panamericana de la Salud entre los que destacan documentos como: Declaración de Alma Ata, OMS, Ginebra, 1978. Declaración de Yakarta sobre la Conducción de la Promoción de la Salud hacia el Siglo XXI, OMS, Ginebra, 1997, y Carta de Ottawa para la promoción de la Salud, OMS, Ginebra 1986 entre otros documentos de esta naturaleza informativa.

Del mismo modo, se apela a Modelos y Teorías relacionadas con temas de: conocimiento, salud pública y ciencias sociales, algunas desarrolladas a partir de la segunda mitad del siglo XX, sobre manera, en países de Europa y América del Norte. Por su parte se analizarán otros Modelos y Teorías, que habiendo sido retomadas tanto por investigadores como por connotados académicos contribuyen a trabajar temas en el orden de: la epidemiología, restitución de la salud y control de algunas enfermedades transmisibles dentro de campos comunes como: salud pública, salud poblacional y promoción de la salud.

De manera concordante con lo antes expuesto, se asume esta metódica, desde dos lógicas: la de la investigación que conduce a descubrimientos puntuales en los temas del conocimiento y la salud. Más la lógica de la deconstrucción y la estructuración, que permitirá estructurar un sistema de gestión de conocimiento aplicable a la dialéctica compuesta por vida-salud-enfermedad fundada en una esfera gnoseológica-epistemológica. Respecto al tema de la deconstrucción Gadamer (2007. Pág.85) no duda en admitir que la misma entra sin duda en el terreno de la hermenéutica, de la cual siente que “no constituye un método determinado que pudiera caracterizar por ejemplo un grupo de disciplinas científicas frente a las ciencias naturales. La hermenéutica se refiere más bien a todo el ámbito de comunicación intrahumana”, la cual, es en esencia uno de los fines que persigue

la gestión de conocimiento cuando busca que las personas internalicen en sí hábitos de conducta que les induzcan a: promover la salud, el cuidado de sí y la vida.

De manera ostensible, esta comunicación intrahumana puede ser desarrollada en las personas mediante aprehensión de conocimiento transmitido con el apoyo de eventos circunscritos a un sistema entre los cuales destaca la esfera gnoseológica planteada en el capítulo VI donde se cumple con una fusión semántica del término gnoseológico al epistemológico. Aun cuando, la vinculación de los términos gnoseológico-epistemológico trasluce una especie de redundancia. Esta posible confusión se disipa con ayuda del Diccionario de Filosofía de Cortés y Martínez (2002) donde se explica el uso del término gnoseológico; cuando es usado en modo general, ciertamente, es relativo a la teoría del conocimiento, pero; cabe distinguir que esto es, a la posibilidad, origen, naturaleza y justificación del conocimiento, en especial, cuando se trata de usar el término en un sentido clásico y tradicional; pero, si del conocimiento científico se trata, cabe hablar de epistemológico.

En síntesis, la construcción de una esfera gnoseológica-epistemológica obedece a dos situaciones: se interpreta como *gnoseológica* cuando opera mediante una dialéctica conceptual, integrada por componentes esencialmente usados en métodos prospectivos tales como: Saber. Poseer. Poder, los cuales, se apoyarían de manera integrada en un accionar que correlacionaría el conocimiento tradicional preexistente en las comunidades. Y *epistemológica* cuando para alcanzar los fines propuestos en el sistema, se hace uso del conocimiento científico que se desarrolla en instituciones y academias estableciendo nexos ex profeso entre ciencias sociales y la transdisciplinariedad moriniana para vincular: al ser ahí heideggeriano, al cuidado de sí “platónico-aristotélico-foucaultiano” a partir de la hermenéutica del sujeto y luego estos a las representaciones sociales retomadas por Serge Moscovici las cuales forman parte del accionar colectivo de las personas en los diversos espacios comunitarios.

2.2.- LA HERMENÉUTICA

En líneas generales, el Diccionario de Filosofía ob.cit., en una primera acepción presenta la hermenéutica como el arte de la interpretación de un texto, es decir, la posibilidad de referir un signo a su designado para adquirir la comprensión. A veces se intenta identificar la hermenéutica con la exégesis (Explicación, interpretación), o con la reflexión metodológica sobre la interpretación. Actualmente, este término designa una teoría filosófica general de la interpretación de discursos y textos. Entre estos discursos destacan aquellos desarrollados por Platón que luego en el Siglo XX, serían retomados por Foucault (1982), para explicar la Hermenéutica del Sujeto, donde el cuidado de sí destaca por cuatro características a saber: a) “cuidar de sí como una condición para cuidar de los otros”, b) cuidar de sí en cumplimiento de un papel compensador en función de una educación deficiente, c) reconocer que existe una edad propia para iniciarse en el cuidado de sí, d) el cuidado de sí se justifica también por la ignorancia del sujeto.

En la misma dirección de estos planteamientos, el precitado Diccionario de Filosofía, establece varios criterios etimológicos del concepto de Hermenéutica que hacen posible un análisis de su “relación entre los signos lingüísticos y los pensamientos, y la relación de los pensamientos con las cosas”, al tiempo que se establece una síntesis del tratado Político de Platón fundado en diferenciaciones surgidas en torno a su aplicación en diversas disciplinas y ámbitos del saber.

El adjetivo hermeneutiké se refiere a la técnica de interpretación de los oráculos o los signos divinos ocultos, pero en Aristóteles pierde este sentido de interpretación de lo sagrado. Por su parte Aristóteles, en *Peri hermeneias* (Sobre la interpretación), analiza la relación entre los signos lingüísticos y los pensamientos, y la relación de los pensamientos con las cosas. Es así, que en esta dirección tanto para él, como para la tradición aristotélica posterior, la hermenéutica trataría de las proposiciones enunciativas y de los principios de la expresión discursiva. Con Schleiermacher la hermenéutica empieza a cobrar plena relevancia filosófica, y comienza a aparecer como una teoría general de la interpretación y la comprensión.

Resulta interesante hacer una reflexión en torno al término Interpretar, a partir del Diccionario de la Lengua Española (20001), donde entre otras, existe una acepción en verbo transitivo que significa “Explicar, acertadamente o no, acciones, dichos o sucesos que pueden ser entendidos de diferentes modos”. Precisamente, se trata de interpretar y explicar acciones, dichos o sucesos referidos a: prevención de enfermedades, promoción de la salud, y valoración de la vida de las personas (sujeto) mediante el cuidado de sí. Siguiendo el curso evolutivo de la Hermenéutica, dentro de un contexto mas reciente cabe ubicar a Dilthey, Diccionario de Filosofía ob.cit, quien concibe la interpretación como “comprensión que se fundamenta no sólo en la conciencia histórica que permite entender mejor un autor, una obra o una época, sino que, a su vez, concibe la comprensión como un proceso que se dirige hacia las objetivaciones de la vida, que se manifiestan como signos de un proceso vital o de vivencias del “espíritu” asumida aquí, la acepción espíritu como esencia del conocimiento.

Aunque la hermenéutica adquiriera en Dilthey un carácter más objetivo, sigue la orientación de Schleiermacher, en cuanto afirma que el sentimiento vivido es, a la vez, el punto de partida y de llegada de toda comprensión de lo humano, donde se afina propiamente el intento de reconstruir de manera particular el sentimiento vivido de otro, y de otros. Esta posición de Dilthey, encuadra con el principio de alteridad descrito por Foucault (2002. Pág.131) donde equipara al prójimo de la antigüedad con el otro de la actualidad, ése otro que resulta indispensable para desarrollar la práctica de sí, para que la forma mediante la cual se define esta práctica para que alcance efectivamente y se llene de su objeto, es decir, el yo consciente. Para que una persona desarrolle la práctica de sí, es indispensable el otro, dado que ésa práctica convierte a la persona en sujeto ontológico, trascendente por sus conocimientos que le permitan alcanzar como meta final de la vida el poder llegar a ese yo consciente, del “cuidado del cuerpo”.

Para que un presupuesto de esta naturaleza pueda ser llevado a la práctica en un Subsistema de Gestión de Conocimiento en Salud, necesariamente debe y tiene que emerger una condición de alteridad desde el contexto institucional que

haga nacer en el otro que cohabita en los espacios comunitarios un gran interés por obtener nuevos conocimientos que les permitan impulsar la “inquietud de sí” por el “autoconocimiento” que conlleve a la practica de sí. Surge la necesidad de abordar la hermenéutica de Ricoeur, porque en ella elabora su teoría en diálogo continuo con el propósito de establecer vínculos precisos entre el estructuralismo modelos y teorías usados en: salud pública, salud poblacional y epidemiología con la lingüística y la semiótica, en un intento por aunar distintas estrategias, en pro de un dialogo discursivo y estructurado en gestión del conocimiento.

Este orden relacional, conllevó a considerar que Paul Ricoeur, junto a Gadamer y Heidegger vendrían a ser unos de los autores más relevantes en la hermenéutica contemporánea, ambos comparten la idea, que el objetivo de esta disciplina debe perseguir, tiende a identificar el ser del yo. De un yo, que no puede reducirse a ser simplemente el sujeto del conocimiento sobre prevención y salud, sino que como persona deberá estar abierto a muchas otras experiencias, entre las que destacarían en este caso, la autoconsciencia. Heidegger, por su parte, insiste en que para identificar al yo el objeto de la investigación deba girar entorno a la persona en sentido de -ser el ser-ahí- en su facticidad¹⁷, la cual no pueda ser interpretada ni mediada en esencia por conceptos teóricos que involucren, por ejemplo; hechos ni espacios como la epidemiología y la enfermedad.

2.3.- PROPÓSITOS DE LA METÓDICA

El propósito de esta investigación, radica en desarrollar aspectos de: relevancia científica fundada en la hermenéutica tal y como lo explica Gadamer (2007.Pág.62). “El arte de la hermenéutica no consiste en aferrarse a lo que alguien ha dicho, sino en aceptar aquello que realmente se ha querido decir”. En este orden, el aspecto social, tiende a interpretar los diferentes contextos donde viven las personas

¹⁷ En Cortés y Martínez Ibíd., se interpreta Facticidad como una palabra devenida del latín, factum, la cual se traduce como hecho. Lo que caracteriza a algo como un puro hecho. Se interpreta, sobre todo, en contextos propios de la fenomenología y el existencialismo, como contingencia, temporalidad, historicidad. Según Sartre, el hombre ha de construir su propio sentido desde su facticidad, desde su existir puramente contingente. En sentido parecido habla Heidegger de la facticidad de la existencia humana, como mero hecho de «estar ahí» en el tiempo, cuyo sentido intenta comprender el hombre. En estos autores, la facticidad remite al absurdo de la existencia humana.

(sujetos) entendida la vida como inmanencia, o sea, lo que es inherente a algún ser, o va unido de un modo inseparable a su esencia, aunque racionalmente pueda distinguirse de ella. Mientras que el aspecto institucional, está dirigido a generar desde el ente rector de los servicios a la salud un subsistema de gestión del conocimiento en situaciones de vida-salud-enfermedad, a fin generar y transmitir conocimientos que contribuyan a preparar a las personas para que identifiquen y contrarresten patologías regionales y las denominadas enfermedades emergentes que puedan surgir en cada espacio comunitario. Se alude al término espacio, como continente de todos los objetos sensibles que existen. Y comunidad, como parte de este continente que ocupa los objetos sensibles.

De manera que, cuando aquí, se hace referencia a comunidad, por extensión, se refiere al contexto humano, dentro de un entorno físico o de situación (político, histórico, cultural o de cualquier otra índole) en el cual, cabe considerar las acciones humanas como hechos sinérgicos. Estos hechos, se consideran relativos a las representaciones sociales como fuerzas de la sociedad que subyacentemente operan activadas en forma cada vez más complejas, a lo interno de estos espacios comunitarios.

En esta Metódica, desde la óptica heideggeriana se aborda el problema de la exclusión del sustrato vida, que le es inmanente a la persona como <<ser ahí>> desde el modelo -medicalista-curativo-restitutivo- desde donde se ha pretendiendo escindir la palabra vida de la persona, como ser ahí, o razón de su propia existencia, al pretender <<des-existencia-lizar>> al <<ser ahí>> existencial indivisible e inescindible de lo humano. Se estima que la génesis de esta exclusión guarda relación directa con una concepción etimológica misma del término salud devenido de: <<salus>> o <<salvus>>, los cuales no han tenido una traducción al español más allá del étimo salvo o salvar, de manera tal, que esto ha generado un dilema que no ha podido superar el logo. El logocentrismo es, a su vez, un fruto del presencialismo, basado en las concepciones tradicionales sobre el significado en este caso del concepto salud en el mundo occidental. A este respecto señala Derrida que la filosofía occidental ha mantenido una presuposición fundamental que obliga el

lenguaje a estar subordinado a unas intenciones, ideas o referentes que son irreductiblemente extrínsecos o exteriores al propio lenguaje. Esta posición de Derrida se identifica con el modo como el modelo -medicalista-curativo-restitutivo- ha venido prácticamente castrando el significado existencial de vida lo cual degrada a la persona en la medida en le obnubila la consciencia del ser.

El existencialismo de Heidegger propone el <<Mintsein>> el cual, reseñado por Morfaux Ibíd., (221) se traduce en condicionantes que determinan **al** ser ahí, o sea, la persona en relación a, **el ser-con**, por consiguiente a, **el mundo-del-con** los vecinos **(-los-otros)** unidos para participar y realizar acciones preventivas de enfermedades y trabajos por la vida unificando para sí esfuerzos en lo **social, o “masa”**, y que se expresa por el uso del pronombre indefinido “se”: lo que se hace, en este caso de manera mancomunada para efectuar acciones de promocionar la salud y preservar la vida. En esta dirección, se entiende que aunque las actividades en pro de la salud, las haga un individuo, no es un producto “auténtico” del yo, en tanto y en cuanto, sea hecho de manera participativa en pro de los otros. En el devenir de la existencia humana, históricamente el hombre se ha venido haciendo una pregunta respecto al «ser en el mundo» que ha trascendido al conocimiento mismo. En consecuencia de ello Heidegger procura encontrar respuesta desde tres criterios a saber:

a) el «ser en el mundo»: el hombre no es primariamente un sujeto pensante, que se pone ante el mundo para conocerlo; él es mundo y el mundo pertenece a su estructura: el hombre es todo lo que llega a ser en el mundo y con el mundo; «ser» es «ser con» el mundo y con los otros. Es la trascendencia de la existencia. Las cosas, que propiamente no existen, sino que sólo «están presentes», no son en el mundo y, por ello, son seres-a-la-mano para el hombre, utensilios, que están simplemente «ante los ojos». En cambio, los otros, los hombres, despiertan en nosotros «solicitud», «cuidado», «preocupación», porque ellos son también «ser con».

Otra connotación, digna de ser profundizada en esta metódica, se circunscribe en la posición del hombre, el <<se ahí>> como parte esencial del mundo, o de manera contraria, el mundo se debe más bien al hombre, por ser quien lo construye,

pero que también lo destruye en la medida que el hombre contamina, y daña de manera consuetudinaria el hábitat fundado en un discurso como el trazado en el ya mencionado modelo-medicalista-curativo-restitutivo- el cual no sólo intenta transgredir la sensibilidad humana y alienar a la persona en la medida que tiende a opacar la propia existencia humana al negar la vida y por ende la existencia del tema salud y enfermedad junto a todo aquello que represente lo vital.

b) el «estado de abierto»: el hombre no está meramente en el mundo como está algo encima de una mesa, sino que su forma de estar en el mundo es un estado de apertura (Erschlossenheit) al mundo; el hombre se abre al mundo con el «encontrarse», el «comprender» y el «discurso». El encontrarse (die Befindlichkeit) es la sensibilidad, posibilidad primera de abrirse al mundo, que expresa además la facticidad (Faktizität), porque por su medio se da cuenta sin más de que es en el mundo, se descubre en «estado de yecto» (Geworfenheit); el comprender (das Verstehen) no es simplemente el poder saber, sino el poder ser, ya que se es en el mundo sólo como proyecto (Entwurf), y se es lo que se llega a ser; el discurso (die Rede) es la capacidad de articular mediante el habla lo que se es capaz de llegar a ser o de la interpretación (Auslegung) del proyecto o sentido (Sinn) del mismo.

Finalmente el tercer criterio en que se basa Heidegger para responder la ancestral pregunta respecto a la existencia humana se circunscribe al planteamiento de revisar la manera inauténtica de actuar en que suele actuar el hombre como ser. Lo cual se interpreta como una consecuencia negativa de la interpretación antológica dada al ser humano, y por consiguiente a la existencia humana misma. A partir de estas apreciaciones se permite inferir que esta existencia trivial sólo podrá ser superada en la medida que el ser ahí mas allá del poder saber, la persona humana desarrolle el poder ser en la consciencia y allá de la consciencia desarrollada sobre bases prospectivas¹⁸ se logre alcanzar la autoconciencia del ser.

c) la «caída»: describe el aspecto negativo del ser en el mundo. Es la manera cotidiana de ser del «ser ahí», su manera inauténtica de ser, por la que no es

¹⁸ Para Elvia del Olmo ob.cit. (Pág.13) Existen diferentes maneras de concebir la prospectiva, una de ellas, la considera como actitud, otra, la sitúa como una herramienta o apoyo para la planeación, como una guía conceptual en este proceso, una toma de decisiones anticipatorio o un esfuerzo por controlar el futuro. Como actitud mental, la prospectiva consiste en la "manera" de mirar a lo lejos y desde lejos, al mismo tiempo, una situación determinada. (Decouflé 1974) No obstante, con carácter netamente Normativo, la prospectiva intenta obtener el futuro deseado, a través de la identificación de un sistema de valores, lo cual implica la participación de los involucrados en el proceso, iniciándose con un acto esencialmente creativo, de manera volitiva y conciente, el mundo posible y deseable hacia el cual deberán tender nuestros esfuerzos y acciones. La intención por anticipar, contiene la definición de los fines y propósitos futuros del objeto de estudio La intención por anticipar, contiene la definición de los fines y propósitos futuros del objeto de estudio.

él mismo. Representa la manera trivial de ser, en la que domina lo impersonal (das Man), y no la manera propia del ser en cuyo ser le va su ser. La «existencia trivial» es la caída (Verfallen)

Estas exigencias *Per se*, deben y tienen que operar de manera circular, en una sociedad que demanda tanto de los conocimientos generados de manera endógena como aquellos que de manera exógena se produzcan en la academia. En la medida que ambos conocimientos deban ser transmitidos a las personas que cohabitan en cada espacio comunitario se estará trabajando por fomentar la consciencia. Pero sólo, en la medida que las personas participen en **el mundo-del-con-** se estaría fomentando la autoconsciencia respecto a la existencia humana y sólo así estará en capacidad de: prevenir enfermedades, promover su salud y valorar su vida. De lo cual se deduce; para que los procesos de transferencia de saberes tendentes a hacer usos de conceptos de <<salud-vida-enfermedad>> en tiempo y espacio logren de manera integrativa desarrollar capacidades y experiencias, que contribuyan a fomentar consciencia en las personas para mejorar la salud y preservar la vida humana como eje central del ser ontológico tal y como lo explica Martín Heidegger.

Se recapitula aquí la ontología fundamental de Heidegger, expuesta en el ser-ahí por considerar que el hombre o ser humano es el ente privilegiado a quien se dirige la pregunta por el ser, así como también es el hombre quien formula la pregunta respecto a su existencia. Es este sin duda, un acto privilegiado porque dado su carácter óntico es la persona humana quien une un carácter ontológico, porque se trata de aquel ente al que le es esencial una comprensión de su propio ser, en el sentido que su relación con los demás entes implica siempre un cierto modo de entender en qué consiste el ser en general y porque trasciende. En consecuencia, es esto lo que obliga a Heidegger a afirmar que el ser-ahí «somos en cada caso nosotros» quienes cohabitamos determinado espacio al que denominamos comunidad donde se forja la existencia o (Existenz), mediante la cual Heidegger se propone responder a la pregunta por el sentido del ser a través de un análisis de la existencia fáctica del ser-ahí.

La existencia, en este caso no significa simplemente el mero hecho de existir, en el sentido tradicional de existencia («ser ante los ojos»), sino «posibilidad de ser», que quiere decir lo que se decide ser en cada caso; el «quién», no meramente el «qué». No se trata, pues, de la existencia concebida como el ser-ante-los-ojos (Vorhandensein) de los entes intramundanos, a los que el hombre tiende a verse asimilado en la metafísica tradicional, sino del análisis del peculiar modo de ser del ser-ahí, sobre el que no se parte de ningún concepto previo, sino que se pretende captarlo en su facticidad, en su darse inmediato.

En esta orientación se interpreta la facticidad como un término exclusivo del ser-ahí, cuya traducción al español se corresponde con hechos de las personas, de modo que, no se puede decir que más allá de hechos conductuales tenga cabida la existencia de entes intramundanos. En esta dirección el análisis existencial, que se despliega en torno a la vida se circunscribe en una fenomenología del ser-ahí, es decir una fenomenología de la persona misma; de manera tal, que pondrá de relieve el carácter puramente referencial de la existencia.

De aquí, se evoca la existencia como una amplia referencia al ser, en tanto que, cuando se habla del ser-ahí, se trata del ente, de la persona precisamente destacada por su comprensión de sí misma, como explica Heidegger en su expresión por «irle su ser»; lo cual vendría a ser una referencia a sí mismo. Cuando una persona logra entender la existencia de sí misma, y en consecuencia, como posibilidad de su existencia, comprende modos de valorar su vida; así como una referencia a las cosas que de una u otra manera pudiese afectar su salud, en tanto que al ser-ahí –a la persona- le es esencial ocuparse de esas cosas dentro enfoques prospectivos. Para Elvia del Olmo (1984. Pág. 25) los enfoques prospectivos se relacionan directamente con la posición del planificador respecto a la explicación o no de los valores a manejar. Esta analítica existencial culmina en la caracterización de la existencia como cura. El análisis de la estructura de la existencia humana respecto a criterios de: vida-salud-enfermedad, básicamente consiste, en describir aquellas características del «ser ahí» -que Heidegger llama «existenciales» o aquellos «existenciales»- que pueden considerarse como las categorías con que se explica el contenido del Dasein en la esfera gnoseológica-epistemológica de promoción de la salud y valoración de la vida.

Estas conjeturas hechas por Heidegger, en si mismas guardan implicaciones que conllevan a pensar en torno a una tendencia psicológica o antropológica de su filosofía. Sin embargo, sobran evidencias donde se demuestra que el autor pone gran insistencia en desmarcarse de tales discursos e idealismos representados más bien por la gran industria de consumo cultural, precisamente por considerar que en modo subyacente sus actos y promociones no dejan de considerar al hombre en cuanto que un ente del que se predicen propiedades, y no prestan atención a su carácter ontológico, que es el que se quiere remarcar con el término ser-ahí, evitando acudir a nociones más tradicionales como las de «sujeto» o «persona».

Cabe dejar constancia que en desarrollo de este trabajo se aplica el término <<sujeto>> para establecer concordancia con el uso que comúnmente le suele ser dado a la persona en el contexto de las ciencias sociales, pero; de manera muy diferenciada en la sociología. De igual modo, se explica que el verbo aplicar en tiempo presente, se da en concordancia con el DRAE, cuyo significado traduce: Emplear, administrar o poner en práctica un conocimiento, medida o principio, a fin de obtener un determinado efecto o rendimiento en una cosa o persona. También, conviene aclarar que no se usa el vocablo sujeto¹⁹, con propósitos de cazar provocación alguna a lo dicho por Heidegger. Por el contrario, su uso viene a ser parte del papel que adquirirá la analítica del ser-ahí o analítica existencial, que tendrá por rasgo fundamental intentar apartarse de un análisis meramente conceptual de la cuestión típica de la metafísica tradicional; en consideración a ello, se persigue ubicar este discurso, más allá, de los postulados y principios de la física, para encontrar asidero en la hermenéutica, dado a que la misma se traduce en: explicación, expresión o interpretación que permite la comprensión a la persona en sentido amplio.

¹⁹ En Cortés y Martínez ob.cit., se interpreta al Sujeto devenido del latín medieval -subiectum y obiectum- originariamente, el sujeto, como subiectum, es el término con que se traduce, en el latín medieval, el hypokéimenon griego de Aristóteles, en el sentido de «lo que está puesto debajo», y se refiere al sustrato, que permanece en el cambio, o a la sustancia, que propiamente es sujeto en los enunciados; en este aspecto, sujeto no tiene a «objeto» como correlato, puesto que su entidad es de tipo lógico o metafísico. La teoría del conocimiento racionalista de Descartes hace del sujeto, el «yo pienso», o la razón humana reflexiva, el punto de partida de todo conocimiento, inaugurando así la distinción entre «sujeto que conoce» y «objeto conocido». Esta distinción se atenúa en Kant porque «el sujeto que piensa» sólo se conoce a sí mismo como objeto empírico, y por lo mismo como fenómeno, y no como sujeto o yo último, como cosa en sí, por lo que queda desconocido: es el llamado yo trascendental.

2.4.- FINES DE LA INVESTIGACIÓN

Entre sus fines principales, la investigación persigue que las personas que cohabitan en cada uno de los espacios comunitarios puedan interpretar de manera prospectiva la importancia de la salud, y por consiguiente, de la vida, hasta lograr responder la tradicional pregunta de orden filosófico sobre el ser, la existencia humana y el cuidado de sí. Es por esto, que se deba atribuir a la analítica del ser-ahí un carácter fenomenológico. Y de allí en adelante, los caracteres esenciales de la facticidad, que a lo largo de esta analítica se hallen, o que bien se compile en la noción de cura, a partir del “Sorge”, el cuidado de sí y la práctica de sí. Es importante destacar, que uno de los fines más importante radica en proponer que este tipo de conocimiento los cuales hasta ahora ha venido siendo un privilegio casi absoluto de las discusiones académicas, deban ser atenuadas como para ser difundidas y entendidas de manera sencilla en los espacios comunitarios. Así, la gestión del conocimiento en este contexto, busca privilegiar la religazón de saberes a fin de encontrar adecuación de tan trascendentales temas en el ámbito comunitario por considerar que allí también se desarrolla la existencia del <<ser-ahí>> y, por tanto, también en ese ámbito existen respuestas a la pregunta por el ser. Sólo que la tradición académica no ha permitido la trascendencia de la intelección a estos espacios.

Cabe suponer, que cuando el hombre común comience a conocer el sentido de la vida del modo como la entiende George Simmel (2001.Pág.28) “cualquiera que sea su medida absoluta, sólo puede existir a condición de ser más-vida; mientras la vida existe, produce cosas vivas, pues ya la autoconservación fisiológica es una continua producción nueva, lo cual no es una función que ejerza junto con otras, sino por el hecho de hacerlo es precisamente vida”. Esa autoconservación fisiológica radica en el modo en que se realice el cuidado de sí fundado en la prevención de enfermedades en la medida que se promocióne la salud de cada persona en modo particular y la de sus conciudadanos. En síntesis, ésta finalidad redundaría en un conocimiento de sí, que coadyuve a encausar los ya invertidos valores por la salud y la vida tal y como lo advirtiera Nietzsche, quien fuera uno de los principales

inspiradores de la hermenéutica contemporánea al señalar que no hay hechos, sino inter-pretaciones, y mostraba la inversión de los valores como causante de hechos y males mayores entre las personas. En esta dirección, apunta Frondizi (2005.Pág.545) cuando aprecia la relación de un sujeto con un objeto que constituye una cualidad estructural, no se da en el vacío sino en una situación. La situación no es el receptáculo en que se produce la relación de la que surge el valor, sino que forma parte del valor mismo.

Otra característica, de vital importancia en esta metódica de orden hermenéutico tiene que ver con la complejidad en la que se desarrollará la gestión del conocimiento, la cual ha de suceder en la temporalidad, y el contexto de época en que habrá de trascender la información desde un primer tiempo, o nivel perceptual, hasta un segundo tiempo, o situación aprehensiva, luego en un tercer tiempo, se aborda la situación comprensiva y finalmente en un cuarto tiempo, se aborda la situación integrativa de procesos donde el ente logra completar el conocer. Acciones que entre otros propósitos permitirán al sistema impulsar el cuidado de sí en las personas.

En síntesis, la investigación se inclina por la hermenéutica que se relaciona directamente con la ontología de la existencia. Además, porque la comprensión es entendida como una estructura fundamental del ser humano. En la hermenéutica requerida por un sistema de gestión de conocimiento en salud, no se trata de la mera comprensión de un texto en su contexto, sino que en la comprensión ya va involucrada en la propia auto-comprensión, que aparece por medio del lenguaje. Así, la hermenéutica requerida para plantear la transmisión de conocimientos relacionados con la salud y la vida no es una forma particular de conocimiento, sino que debe inscribirse en todos aquellos componentes que hacen posible cualquier forma de conocimiento que contribuya a entender la complejidad ontológica de la existencia humana. Esta identificación entre hermenéutica y ontología se hace patente en cuanto se aborda la cuestión del sentido del ser a partir de la comprensión del ser del Dasein o <<ser ahí>> en tanto el hombre, en cuanto persona abierta al ser, sea intérprete privilegiada del ser.

De esta manera, se plantea que la filosofía necesaria para abordar temas de la salud, de la vida, de la existencia humana, para ser entendida como ontología fenomenológica, debe basarse en una hermenéutica de la persona y el cuidado de sí. Por ello, planteada la comprensión como un existencial, no debe ser un simple proceso cognoscitivo sino que, ante todo, es un modo de ser, un modelo de persona que deba crecer y fomentar valores que coadyuven a cultivar entre otras la virtud del pensamiento crítico. En este proceso aparece el círculo hermenéutico caracterizado por contribuir a encontrar explicación e interpretación a los hechos de vida, los mismos que caracteriza la comprensión como una estructura de anticipación o proyecto que muestra el carácter de lo «previo» o de la pre-comprensión de lo humano y su existencia: toda interpretación que haya de transportar comprensión de la salud y la vida tiene que haber comprendido ya lo que trate de interpretar la existencia. Pero este círculo no ha de ser un círculo vicioso, sino un círculo abierto que muestre aquella identificación entre hermenéutica y ontología.

CAPITULO III

MARCO REFERENCIAL

3.1.- FUNDAMENTOS FILOSÓFICOS DE GESTIÓN DE CONOCIMIENTO EN SALUD

Es valido interpretar, como desde la antigüedad el ser humano ha permanecido en una constante búsqueda de saberes que puedan ser transformados en actos productivos, o en pro del cuidado de sí. Por ende, nuevos modos de hacer lo que necesita, desea o prefiere, a fin de satisfacer necesidades básicas y, en función de ello se ha dejado guiar más por su natura intuición que le induce a ubicarse en una concepción filosófica con marcada tendencia gregaria, generadora a su vez de representaciones sociales. No obstante, cabe suponer, que toda representación social, es dependiente de la perspectiva del sujeto que la constituye.

En primer término, se entiende aquí la acepción perspectiva, como construcción de una imagen, que operaría en función de una direccionalidad social, encajada en el punto de vista del observador e investigador que pretende transformar lo perceptible en conocimiento a ser compartido con las comunidades donde desarrollará: **el mundo de** trabajo y transferencia de Conocimiento a lo interno “**del con** las personas”. El trabajo comunitario **con los otros** / con los excluidos. En este mismo sentido estaremos trabajando en el siguiente orden. El estudio **del se**. Estudio **del con**. Estudio del **ser-con**. Finalmente, el estudio del mundo **del con** para alcanzar el cuidado **de sí**. Todos ellos se vincularán a paradigmas y perspectivas para estructurar la gestión de conocimiento. Entendida aquí gestión de conocimiento GC, no precisamente del modo generador de activos de capitales económicos como fuera concebido en el campo de la sociedad de la información, sino, como <<adecuada generación de saberes, fundados en pertinentes investigaciones, transferencia y/o enseñanza de conocimiento a personas que cohabitan en todos los espacios comunitarios, con más precisión en aquellos considerados “excluidos”>>.

3.1.1.- El Maquinismo En Los Procesos De Trabajo Al Servicio De La Salud.

Un buen comienzo de esta interpretación, surge de la reflexión hecha respecto al modo de trabajo conocido como maquinismo, el cual se profundizaría en la llamada era de la producción masiva, que dominó el período comprendido entre 1942 y 1984, en ella, básicamente imperan los procesos desarrollados en la industria automotriz cuyas prácticas se extenderían de manera inconsciente e inconsistente a los procesos de trabajo que aun en la actualidad se desarrollan en la función pública destinada a prestar servicios a la salud de las personas. Lo cual, es una condición distintiva, que no admite comparación con los procesos que se realizan en la industria, donde mediante el maquinismo se logra el acabado de un “producto”, con actividades hechas por maquinas en mas de un 95%. Por tanto, es admisible, que en este tipo de procesos, se interponga un altísimo grado de “irracionalidad” en el estricto sentido del término, que contiene “todo aquello que en el humano no es el producto de una acción consciente, porque más bien resultaría dirigida por la razón de actos fallidos”. Sin embargo de esta era, devendrían los tres estilos de procesos de trabajo, considerados actualmente como trascendentales, o al menos, más usados en el mundo: Organización del Trabajo, modelo estudiado por Taylor y Fayol generado en los Estados Unidos y conocido como “Taylorismo”. El fordismo originado en la planta ensambladora de automóviles Ford, (USA). Y finalmente el estilo Toyotista generado en la fábrica de automóviles Toyota en Japón.

El Taylorismo. Referido entre otros autores por Morfaux (1985, p.251) es definido como el conjunto de métodos que se proponen la gestión racional de los puestos, y de las condiciones de trabajo con la finalidad de aumentar el rendimiento, simplificando el trabajo y evitando la perdida de energías en el mismo. Mientras Neffa (1998, p.18) concibe que el taylorismo, puede ser comprendido mediante la *asignación de tiempos determinados y estandarizados* en virtud de los estudios de tiempo y movimientos, más la división social y técnica del trabajo, relacionando el rendimiento, con la remuneración.

Entre tanto. El Fordismo, lo hace imponiendo los *tiempos y la cadencia a los operarios, actuando de manera exterior, “objetiva”, mecánica, por medio de la cadena de montaje*, cuya cadencia es regulada según los objetivos de los responsables de la producción. Este ritmo de trabajo es interpretado por Coriat (1982. Pág. 66) como una evolución que inicia el operario al penetrar el taller y establecer en él el dominio de nuevas normas, donde el cronometro sería el dispositivo que da origen a esa forma moderna de la acumulación del capital: la producción en masas, al tiempo en que recalca la existencia de una concatenación particular que conduce del nuevo proceso de trabajo a las nuevas modalidades de acumulación del capital, que sirve para recorrer el espacio de las diferencias inscritas por el taylorismo y el fordismo y dar cuenta del mecanismo específico constitutivo de la “producción en masa”. ¡Una especie de arqueología económica de los tiempos modernos!

Entre tanto, el Toyotismo se caracterizó por el “*principio organizador de la producción*”. Según explica Coriat (2000. Pág. 41) Es en este sentido que por lo menos desde entonces (principios de los cincuenta), *se está consolidando una vía propia, japonesa, de organización del trabajo y de administración de la producción*. Un rasgo central y distintivo del Toyotismo, que establece comparación con la vía tayloriana estadounidense, es que en vez de proceder por destrucción de los Conocimiento obreros complejos y por descomposición en movimientos elementales, la vía japonesa procederá por *desespecialización de los profesionales* para transformarlos, no en obreros parcelarios, sino en plurioperadores, en profesionales polivalentes, en “trabajadores multifuncionales”.

Como bien puede apreciarse, en estos tres modelos de procesos de trabajo, existen elementos conceptuales bastante comunes entre los que destacan. *Operario. Tiempo. Ritmo, movimiento o cadencia, en pro de la producción y la productividad* que permite la generación de capitales. Antes de avanzar en esta disertación; es conveniente, revisar tanto la acepción de *Maquinizar*, la cual, según el DRAE. “Se refiere al empleo de maquina como herramienta que sustituyen o mejoran los procesos de trabajo del hombre” en los cuales por diversas vías se incurre involuntariamente en un progresivo desgaste de la salud y la vida misma. Por

consiguiente, el *Maquinismo* como “modo de empleo predominante de la maquina casi de manera irracional en la industria moderna” no repara en incurrir en desgaste progresivo de la fuerza vital de operarios y operarias. Esta irracionalidad impuesta por el desarrollo científico para acceder a nuestra subjetivación, repercute en la naturaleza humana misma cuando afecta directa o indirectamente la salud y la vida. Estas acciones, según Foucault (2006. Págs. 22-23) “pueden repercutir en la racionalidad de la vida, para que por su intermedio el sujeto gestione el cuidado de sí, dado a que ésta, resulta ser idéntica a la racionalidad de lo que la amenaza”. Este presupuesto resulta equiparable a todos aquellos factores contaminantes que inciden en la generación de enfermedades dentro del mundo del trabajo.

En el párrafo anterior, se leyó, una versión del Taylorismo referida por Morfaux (1985, p. 251) donde entre otros factores se interpreta como el *conjunto de métodos*. Y ahora se lee que el maquinismo es *un modo*. Entonces conviene establecer las posibles diferencias epistemológicas encontradas entre modo y método. En este autor puede apreciarse, al método como un “*Conjunto de procedimientos racionales puestos en juego para establecer y demostrar la verdad*”. Entre tanto, el diccionario de la Real Academia Española, admite que el método equivale a un “modo de decir y hacer con orden”. En síntesis, el método contiene al modo. Empero, el mismo DRAE, explica, que *Modo es el procedimiento o conjunto de procedimientos para realizar una acción*. Como quiera que, en lo adelante, se busca el perfil de un modelo de gestión de conocimiento valido y aplicable a las organizaciones de salud donde cuya estructura sea básicamente humana y a su vez *muy racional*. Y de plano, deba diferenciarse de los modelos Taylorista _ Fordista _ Toyotista, preconcebidos para líneas de producción industrial, basándose sobremanera, en una mentalidad obrera, tal como fuere el modo del maquinismo. En Rovere ob.cit., se describe una manera típica de cómo opera el modelo Fordista en las instituciones de salud.

El trabajador objeto factor de producción, ofrece su trabajo a cambio de un complejo sistema de salarios directos o indirectos, y no es considerado sujeto, (aunque esté “sujetado”) de este proceso de trabajo. “Puede resultar funcional que el trabajador “actúe” como una pieza de esa maquinaria a fin de evitarse problemas, pero a partir de este modelo resulta evidente que solo se puede garantizar la permanencia física del trabajador durante un período determinado y una producción generalmente mecánica y estandarizada. (p.53

Para entender el por qué, de la manera mecánica y estandarizada del modelo Fordista, sólo basta, con recordar a aquella frase en cierto modo trascendental, que pronunciara el propio Henry Ford a sus trabajadores. “No os pago para que penséis”. La cual permite deducir que, tanto a él como a su empresa, sólo les interesaba la cadena de montaje, y que cada uno de sus “obreros”, supiera cuando y donde, colocar la pieza adecuada, y en ella, el tornillo, tuerca o remache necesario en cada automóvil.

En efecto, esa forma de reproducción de prototipos fue y sigue siendo exitosa en su área. Pero ciertamente, no en el sector salud, porque allí no se reproducen prototipos mecánicos. Y por ende, no se trata de una automatización, por el contrario es un axioma que se evidencia como dice Balestrini (1999.Pág.2002) “Por la forma de enfocar el fenómeno de salud-enfermedad, desde la corriente biologista”, desde una concepción de vida, asumida desde la biología, como una estructura molecular capaz de establecer un soporte material de transferencia energética homeostática, (Homeostásis o conjunto de fenómenos de autorregulación, conducentes al mantenimiento de una relativa constancia en las composiciones y las propiedades del medio interno de un organismo) cuando es estimulada por el medio en condiciones favorables.

De la concepción biologista se dice que, obedece a una gran connotación de tipo mecanicista y excluyente en sí mismo, porque, cuando el funcionamiento de la estructura molecular del cuerpo humano se hace incapaz de establecer transferencia energética u homeostática, mediante un soporte material automáticamente el organismo o sistema humano es desestimulado por quebrantamiento. Entonces por homeostasis se procura restablecer aquella posición o estabilidad perdida y en este sentido se induce a que otros sistemas influidos por agentes exteriores acudan a la autorregulación para devolver la constancia de las propiedades o facultades humanas. Es aquí, cuando se apela al modelo reconstitutivo-curativo o biologista para recuperar la energía²⁰, léase salud o vitalidad.

²⁰ En concordancia con Daniel Reid (1994.Pág.179) esa energía humana tiene dos aspectos básicos llamados <<prenatal>> o <<primordial>> y <<postnatal>> o <<temporal>>. Hay dos tipos de energía postnatal: la energía <<celeste>>, que los seres humanos obtenemos del aire al respirar, y la energía <<terrestre>>, que obtenemos de los alimentos y agua mediante la digestión y el metabolismo.

Otra particularidad, propia del modelo biologista-mecanicista es servir al modelo de dominación imperante en las economías de mercados donde se suele comparar la energía de los sistemas mecánicos a la energía vital con que funcionan los sistemas humanos, lo cual no solamente resulta incompatible entre lo humano y lo mecánico, sino que entre humanos pese a ser idénticos en lo que respecta al organismo, los niveles de energía entre un cuerpo y otro no resultan ser idénticos, y eso marca otra gran diferencia entre los resultados humanos y los resultados mecánicos o maquinismo (producto del empleo predominante de máquinas en la industria moderna). Es importante recordar, que el modelo biologista comienza su expansión en pleno, el apogeo del maquinismo cuando en el contexto de la industria se extendió la duración del trabajo. Hubo una extensión de las horas libres, junto a la mecanización y parcelación del trabajo en cadena como producto de la automatización.

No obstante, a que el resultado de aquellas investigaciones, hubiesen estado fundamentadas en obreros, progresivamente, fueron siendo globalizados y transferidos de manera extensiva al resto del contexto productivo empresarial, aplicándose a empleados de distintos rangos, pese a que las competencias y funciones con que fueran desarrollados en aquellas industrias hubiesen sido diferentes a las que aun hoy día persisten en campos de la administración pública se adoptaron sin percatarse que lo grave del asunto consiste en que, aquellos criterios de rendimiento laboral no fueron susceptibles de considerar como mecanicistas y al mismo tenor fueron introducidos al campo de Administración Pública, donde vinieron formando parte de los procesos internos en campos tan sui géneris como el sector salud, donde cada cargo y puestos estarían permanentemente al servicios de humanos.

Dado este marco referencial, respecto al maquinismo como modelo de producción, alcanzado mediante el uso de maquinas, y con muy poca participación humana. Se retoma el planteamiento en torno a la presencia, y necesaria intervención de la fuerza humana en los procesos, y organización del trabajo. Sobremanera en el campo de la prestación de servicios de salud, donde, debido a

una gran diversidad de elementos y criterios a ser tomados en cuenta resultaría imposible que la maquina suplante al humano. Es decir pese a los grandes adelantos de la robótica, la nanociencia y por consiguiente la nanotecnología resulta impensable que un robot cuide a un paciente. O que una maquina tenga que decirnos como prevenir las enfermedades en un barrio o cualquier comunidad venezolana.

Aunque la anterior analogía, parezca inverosímil las comparaciones demuestran que hasta ahora los procesos de trabajo en el sistema de salud, dentro del ámbito nacional, se vienen trabajando sobre modelos basados en métodos y modos, diseñados y probados con altos logros, y muy buenos resultados en la industria de automóviles. Pero, con escasos aciertos en el sector salud; porque se ha intentado gerenciar los servicios de salud con un esquema ideado para atender casos de producción y comercialización cuando más bien la solución de problemas ha debido trabajarse sobre bases fundadas en la organización. A decir de Elorduy, (1998. Pág. 41) Para resolver un problema de los muchos que ya se han ido intuyendo, lo primero que se necesita es enunciarlo bien, con sus efectos y causas. Por ejemplo, es muy distinto considerar un problema de organización o de comercialización antes y después de haber enunciado todos los antecedentes que fueron provocando ese problema. Es de suponer, que en lugar de modos, se deba más bien seguir métodos de trabajo. Porque con ello, se estaría haciendo uso de un *Conjunto de procedimientos racionales* en la medida que se alejan el maquinismo, sus “consecuencias²¹ y problemas planteados por su desarrollo en las sociedades industriales avanzadas. El cual, estuvo destinado básicamente al aumento de la productividad industrial tal y como se refiere en párrafos anteriores.

En el sector salud venezolano, se encuentran dos sistemas básicos de procesos de trabajo, el tecnológico y el humano-social, ambos circunscriptos por supuesto a los modelos clásicos de administración de procesos merecen una adecuación a los nuevos tiempos a través del Enfoque Sistémico contemporáneo. En

²¹ Entre las que destacan: la eliminación de mano de obra y crecimiento del paro, al tiempo en que generó crisis de la energía, y de las materias primas”. A través de los estudios del trabajo se interpreta que estos estilos de procesos de trabajo, fueron generados desde la industria automotriz, donde sus actores principales fueron obreros. Y su fin siempre ha sido la generación de capitales.

consecuencia se aborda la Teoría General de Sistemas acuñada por Ludwig Von Bertalanffy en el año 1945, entendida como. “Todo un conjunto ordenado de elementos y dispositivos que se relacionan entre sí formando una unidad de funcionamiento”.

En este orden de ideas, a partir de Bertalanffy, surge el pensamiento sistémico considerado como una actitud del ser humano, que se basa en la percepción del mundo real aplicado en términos de totalidades para su análisis, comprensión y accionar a diferencia de la rigidez con que se dan los planteamientos desde el método científico. Bertalanffy cuestiona al método científico por su aplicación en los problemas de la biología basado en una concepción mecanicista. A la luz de estas consideraciones, cabe comparar al MPPS como una perspectiva sistémica. En concordancia con el Instituto Andino de Sistemas- IAS, (2007.Pág.2)

Una perspectiva sistémica fenomenológica y hermenéutica es que hace posible ver la organización ya no como que tiene un fin predeterminado (por alguien), como lo plantea el esquema tradicional, sino que dicha organización puede tener diversos fines en función de la forma cómo los involucrados en su destino la vean, surgiendo así la variedad interpretativa. Estas visiones estarían condicionadas por los intereses y valores que posean dichos involucrados, existiendo solamente un interés común centrado en la necesidad de la supervivencia misma.

De lo anterior se puede derivar que el Enfoque Sistémico contemporáneo aplicado al estudio de las organizaciones plantea una visión Inter, multi y transdisciplinaria que le ayudará a analizar cada organización del Ministerio del Poder Popular Para la Salud de manera integral permite al Sistema Público Nacional de Salud identificar y comprender con mayor claridad y profundidad los problemas organizacionales, sus múltiples causas y consecuencias. De esta manera, el Enfoque Sistémico puede permitir al SPNS actuar como un ente integrado, conformado por subsistemas que se interrelacionarán entre sí, a través de una estructura que operaría en el ámbito nacional, entre los que destaca el subsistema integrado de gestión del conocimiento que le dará capacidad de poder detectar con la amplitud requerida tanto la problemática humana, como los procesos de cambio que de manera integral en recursos y procesos, que fueren necesarios.

Merlau-Ponty (1976) citado por Miguel Martínez Miguélez, (2006, Pág.195) sostiene que las estructuras no pueden ser definidas en términos de realidad exterior, sino en términos de conocimiento, ya que son objetos de la percepción y no de realidades físicas; por esto, las estructuras no pueden ser definidas como cosas del mundo físico, sino como conjuntos percibidos y, esencialmente consisten en una red de relaciones percibidas, que, más que conocida, es vivida (pp. 204, 243). Por consiguiente, se estima que el modelo de estructura organizativa que más convendría al Ministerio del Poder Popular para la Salud sería aquel que represente en si mismo un conjunto ordenado de elementos y dispositivos que se relacionan entre si. Pero; sólo puede alcanzar el grado de sinergia dentro de un orden sistémico necesario para generar la energía necesaria que permita imprimir la vitalidad requerida por los recursos humanos como uno de los componentes más importantes del SPNS para transmitir nuevos conocimientos a las comunidades.

Sí, realmente se pretende dar al sector salud un Enfoque Sistémico de gestión del conocimiento, se hace necesario hacer una revisión al interior de la estructura del Sistema Público Nacional de Salud, concretamente en La Dirección General de Investigación y Educación del Ministerio del Poder Popular para la salud, por ser ésta unidad de funcionamiento el eje central del subsistema de estos procesos. En correspondencia con el Artículo 35 del Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud. Según Decreto N° 5.007 del 22 de diciembre de 2006, corresponde a esta Dirección regirse por doce numerales. De los cuales por sus contenidos y exigencias se ajustan a los propósitos de este estudio los numerales: 1.- Diseñar políticas y estrategias que orienten la docencia y la investigación para el Sistema Nacional de Salud. El numeral 2.- Se propone formular planes y proyectos que promuevan el desarrollo de competencias con base en las prioridades y estrategias de las políticas y situación de salud del país, con participación de las comunidades conforme a la Ley. Y, el numeral 12, establece que esta Dirección estaría llamada a. Coordinar con los órganos de la Administración Pública y los entes públicos y privados, para desarrollar estrategias en investigación, transferencia tecnológica y formación de recursos humanos en el sector salud, en el marco de acuerdos nacionales e internacionales.

Morin (2003.44) escribe, “quizá más importante que el funcionamiento del sistema como tal, es que la inteligibilidad del sistema debe encontrarse no solamente en el sistema mismo, sino también en su relación con el ambiente, y esa relación no es una simple dependencia, sino que es constitutiva del sistema”. Máximo si se trata de un sistema humano social Con fines de discusión, sostiene Bertalanffy (ob.cit. 2004) entendamos <<ciencia social>> en sentido amplio, incluyendo sociología, economía, ciencia política, psicología social, antropología cultural, lingüística, buena parte de la historia y las humanidades entre otras. Entendamos <<ciencia>> como empresa nomotética, es decir, no como descripción de singularidades, sino como ordenación y elaboración de generalidades. Morin ob.cit., presupone que a partir de estas definiciones, puede afirmarse con gran confianza que la ciencia social es la ciencia de los sistemas sociales. Por esta razón deberá seguir el enfoque de la ciencia general de los sistemas.

Cabe decir, sistema humano social, porque agrega el elemento humano que de plano establece diferenciación con los factores tradicionales que integran los sistemas sociales. Para Ackof, (2002. Págs.31-32) Los sistemas sociales, -por ejemplo, las corporaciones, las universidades y las sociedades- tienen finalidades por sí mismos, contienen partes, léase comunidades (otros sistemas sociales u organismos animados) que tienen finalidades por sí mismas, y por lo general son partes de sistemas sociales más grande que contiene otros sistemas sociales (por ejemplo corporaciones y naciones). Por su parte Bertalanffy (2004, Pág.56), refiere que un sistema puede ser definido como un complejo de elementos interactuantes.

Interacción significa que elementos, P , que están en relaciones, R , de suerte que el comportamiento de un elemento P en R es diferente de su comportamiento en otra relación R'' . Si los comportamientos en R y R'' no difieren, no hay interacción, y los elementos se comportan independientemente con respecto a las relaciones R y R'' .

Dicho de otro modo, los procesos de servicios deben y tienen que fundarse en la gente y con la gente, porque todo sistema humano social, se fundamenta básicamente en procesos de competencias humanas y, para con los humanos. Es decir procesos realizados por: Médicos en diversas especialidades, Enfermeras, Bioanalistas, Odontólogos, Psiquiatras, Psicólogos y muchos otros miembros del

gran equipo interdisciplinario de los denominados activos intangibles presente en las organizaciones dispensadoras de salud, o sectores sociales receptores de usuarios. Tanto en el sistema como en cada subsistema al servicio de la salud.

Lo antes dicho, remite a establecer una distinción entre: usuario, paciente y cliente. De acuerdo a Rubio Cebrian (1994, p.193). Se consideran como pacientes, a los Individuos que en virtud de su estado de salud son tributarios de asistencia médica y receptores de determinado tipo de atención por parte de los proveedores de bienes y servicios sanitarios. Dada la connotación dada por el DRAE al término proveedor el cual significa. Toda persona o empresa que provee o abastece de todo lo necesario para un fin a grandes grupos, asociaciones, comunidades. Se entiende que cuando Rubio hace mención del mismo para referirse a los pacientes que reciben asistencia médica, se está colocando desde el ala de los servicios médicos privados. Mientras que, usuario es cualquier individuo, grupo u organización que de forma habitual u ordinaria, puede ser beneficiario o receptor de un bien o servicio a través de un consumo del que obtiene una utilidad que satisface sus necesidades. Cabe añadir que se puede ser usuario del resto de la organización sin que necesariamente la persona venga en calidad de paciente.

Mientras que por cliente, se entiende en una primera acepción. Aquella persona que utiliza con asiduidad los servicios de un profesional o empresa. Mientras que en una segunda acepción se lee. Cliente es. *Toda persona que compra en un establecimiento o utiliza sus servicios*. Tal y como puede apreciarse, es muy notoria la diferencia conceptual entre paciente, usuario y cliente. Además es evidente que este último concepto introduce dos términos relacionados con el mercado, y por ende al capital, tales como *empresa* y *compra*. Ambos, son términos muy usuales en la corriente del capitalismo y, subyacentemente esto implica una serie de comportamientos ligados a la lógica del capital que fueron introducidos a los diferentes entornos laborales privados cuando se comienza a hablar de un nuevo modelo de Economía basada en el conocimiento (EBCA) o industrialización del conocimiento, la cual, es definida por Álvarez y Rodríguez (2003pp.62) como: una expresión acuñada para destacar las tendencias más recientes en la economía mundial. Indudablemente, que esta apreciación permite formular la siguiente

interrogante ¿Habiendo sido creada la EBCA, para generar beneficios en el sector privado, su constitución estaría formulada para dar los mismos beneficios en el sector público? Indudablemente que la respuesta es no.

A decir de Peluffo y Catalán (2002. Pág.8) Los síntomas iniciales de la llamada Nueva Economía aparecen en la década de los sesenta, especialmente con la aparición de los primeros computadores, luego la expansión de las empresas multinacionales y con ellas la formación de un mercado internacional de capitales. Posteriormente, en la década de los ochenta, algunos de estos hechos se centraron en las variaciones que se iban dando en la forma en se organizaban los procesos tales como: el cambio de un modelo fordista a una organización flexible. No obstante, la historia de las EBCA tiene su génesis por una parte, en la aparición de los distritos industriales en el norte de Italia. De igual modo, los cambios internos en las empresas japonesas y sus resultados en la competitividad internacional. También, influenciaron en ella factores como: La consolidación del mercado de capitales. Las innovaciones en materia de tecnologías sobre la gestión de la información y de las comunicaciones. Por último, la consolidación de viejos bloques económicos y la formación de nuevas áreas de integración económica.

De tal manera, quedó evidenciado que en las dos últimas décadas del siglo XX, la industrialización del conocimiento, logró propagarse cual onda progresiva en los mercados mundiales y, permitió que muchos propósitos suyos pasasen, de lo abstracto, a lo complejo; es decir de la idea, al hecho, o como mejor se entienda; convirtiéndolas en productos, que a la postre facilitaron el paso de la incertidumbre como principio de la ciencia a la certidumbre de un producto. Por supuesto, dándole “la razón” a quienes desde siempre estuvieron seguros de lo que estaban generando, y que esto produciría para siempre cambios irreversibles entre el conocedor y el consumidor de conocimiento. En esa línea, Nonaka (2000) sostiene.

En una economía cuya única certidumbre es la incertidumbre, la mejor fuente para obtener ventajas competitivas duraderas es el Conocimiento. Cuando de la noche a la mañana cambian los mercados, proliferan las tecnologías, se multiplican los competidores, y los productos quedan obsoletos, sólo alcanzarán el éxito las empresas que de un modo consistente creen nuevo

conocimiento, lo difundan por toda la empresa y lo incorporen rápidamente a las nuevas tecnologías y productos. (Pág. 24)

Bajo esta perspectiva, la concepción de Nonaka ob.cit., puede equipararse al ámbito político y considerarle válida de ser aplicada para optimizar el buen funcionamiento de los servicios públicos. Después de todo, luego de haber transcurrido algo más de dos décadas, desde cuando se comenzó a hablar de industrialización del conocimiento, inevitablemente buena parte de su bagaje terminológico hubo de trascender hasta el léxico de las organizaciones públicas venezolanas a través de la principal aliada de las (EBCA) la economía basada en la información (EBI) en la cual, se ha venido utilizando en el argot de la administración pública todo un bagaje de conceptos devenidos del mundo empresarial privado.

Los cambios antes mencionados por Peluffo y Catalán ob.cit., van a determinar la base de transición para la formación de un nuevo paradigma económico, a este periodo lo denominaremos “Economía basada en la información (EBI). Algunos autores sostienen que el paradigma de las (EBI) ha sido un gran contribuyente en: a) la Globalización de los mercados, b) el conocimiento como eje de los cambios, c) la innovación y su velocidad para implantar cambios, d) la Digitalización, e) la Virtualización, f) la Convergencia entre la informática, las comunicaciones y la información, g) la Conectividad, h) la asimilación del trabajo de personas y organizaciones a “sistemas neuronales” y la combinación de elementos sistémicos, i) el “tiempo real” o la inmediatez con que se llevan a cabo las relaciones entre las redes, j) la desintermediación que disminuye la brecha entre productores y consumidores. Este último ejemplo, entre servidor público y ciudadanos como demandantes de los servicios de salud y parte integrante del subsistema humano social que representa cada comunidad servida.

3.1.2.- El Componente Humano En Organizaciones Al Servicio De La Salud.

A menos que se haga referencia a la automatización, resultaría realmente impropio (Ajeno a las personas, cosa o circunstancia, o extraño a ellas) hablar de *procesos y organización del trabajo*, sin que de manera ostensible se tenga como

referente al ser humano. A sabiendas que, el término proceso también significa “acción de avanzar de manera extensible al progreso de la reflexión que tiene objeto el conocimiento de una cosa”. Y que tanto reflexión, como conocimiento, son facultades propias del ser humano; entonces, vale admitir, que no se podría hablar de procesos de trabajo, sin la presencia humana. A partir de esta reflexión conviene iniciar un análisis pertinente a los orígenes de esta concepción etimológica e interpretar su incidencia en aquellos procesos de trabajo que comúnmente han venido siendo utilizados en los servicios administrativos de Salud pública, a fin de establecer comparaciones entre ellos, y por su grado de racionalidad intrínseca, determinar cual sería el más adecuado a la función pública.

El sistema Humano Social, puede ser asimilado en los centros dispensadores de atención primaria a la salud²² desde las consultas externas o de triaje, como todo un conjunto (entendida la acepción conjunto como adjetivo que significa estar unido o contiguo a otra cosa) ordenado de elementos y dispositivos que se relacionan con los servicios de hospitalización mediante la agrupación de componentes dinámicos, interdependientes o especializados por áreas y/o patologías que en realidad pueden ser identificadas y tratadas de manera simultánea mediante un de proceso de monitoreo.

El monitoreo en salud, resulta ser aquel que se aplica a la mujer en estado de gestación, cuando se requiere apreciar el estado de salud de la madre entre los que destaca los niveles evolutivos del embarazo, mediante estos análisis se llega a determinar los posibles riesgos al momento de producirse el parto, y por ende se mide la evolución del feto a fin de poder determinar las condiciones en que este nacería. En esta misma línea, el monitoreo sirve para visualizar el estado de salud de cada paciente, y orientar a los especialistas hacia una finalidad determinada, que pueden incidir tanto en la prevención de enfermedades como en la restitución de la salud. Pero, lo que en verdad le hace dinámico al sistema humano social, es la

²² Resulta interesante saber que la Atención Primaria de Salud, es la asistencia sanitaria esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables. La Declaración de Alma Ata, OMS, Ginebra, 1978, subraya que todo el mundo debe tener acceso a una atención primaria de salud y participar en ella. El enfoque de la atención primaria de salud abarca los componentes siguientes: equidad, implicación/participación de la *comunidad*, intersectorialidad, adecuación de la tecnología y costes permisibles.

capacidad intrínseca de modificar su funcionamiento, de acuerdo, tanto a la demanda, como a los resultados de la actividad propia de un hospital como macro sistema, o de un ambulatorio como subsistema. En tal sentido, conviene establecer una clasificación de los procesos más comunes que intervienen en cada subsistema separado.

En cuanto que, el Sistema Tecnológico, se fundamenta en aquellos procesos de trabajo, donde necesariamente, se requiere de la maquina y demás equipos de tecnologías, operadas por la experticia humana el numeral 4° del Artículo 35 del Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud sostiene que “Se requiere: Coordinar y apoyar la ejecución de planes y proyectos que impulsen el desarrollo de investigaciones tecnologías en áreas de alta prioridad para el Ministerio de Salud, en concordancia con los órganos y entes competentes”. Esto, con la finalidad de estar al servicio tanto de usuarios, como de pacientes. Ya sea, en la detección de daños y alteraciones internas en el organismo humano, como en el mantenimiento o en la restitución de la salud.

Este Sistema, también puede subdividirse en Subsistemas Tecnológicos, estos, en su mayoría vienen dado por la capacidad instalada. Y esta capacidad, debe darse en concordancia con la demanda de servicios específicos por pacientes o usuarios en particular, que tienen a bien hacer uso de las organizaciones de salud independientes de los grandes complejos hospitalarios como tal; llámense: Ambulatorio tipo 1, 2, o 3., o los denominados consultorios y clínicas populares. Otra característica, importante a resaltar y digna de ser interpretada; es lo relacionado a la uniformidad de las organizaciones en el sector salud venezolano. Lo cual, en líneas generales obedece a una ausencia de características administrativas uniformes, por tanto, sus acciones no pueden ser catalogada como una forma idéntica de administración en el ámbito nacional. En el área clínica existen marcadas diferencias, tanto en: la conformación del denominado capital intangible por áreas y servicios como en el equipamiento tecnológico.

Se hace necesario, evaluar tanto los propósitos, cómo el funcionamiento en si del equipamiento tecnológico, por esto se recurre a Elorduy ob.cit. (30) para establecer criterios que permitan explicar la finalidad de la operación objeto de análisis: ¿Cuándo se implantó? ¿Porqué y para qué? ¿Quién la mantiene y porqué? ¿Es necesario? ¿Podría conseguirse su finalidad mediante otro modelo? ¿Quiénes serían los afectados si se hiciese de otro modo? Esta actitud previsiva en el tiempo debe considerarse de igual modo prospectiva, a fin de garantizar el normal equilibrio entre los recursos que alimentan los distintos subsistemas entendido como: capital humano, capital de información y capital organizacional. Lo cual no representa algo más allá del potencial humano que desempeña funciones en los subsistemas humano social, subsistema de información y subsistema organizacional.

Es sabido, que por las diversas razones antes expuestas en este trabajo el contexto general de la Administración Pública Venezolana adolece de ciertos vicios que por su dilatada trayectoria resulta un tanto difícil, más no imposible de erradicar. En consecuencia, el funcionamiento administrativo del Ministerio del Poder Popular para la salud, por ser un apéndice de la AP. adolece de la alineación de los procesos. En Kaplan y Norton (2004), encontramos una reflexión al respecto. Pese a grandes esfuerzos en distintos momentos ha podido haberse hecho para conformar una estructura que permita interpretar a todos los servicios alineados con los recursos de la organización. Por ende, se hace necesario que los procesos administrativos se mantengan alineados con la agrupación del trabajo en funciones, subfunciones y tareas, según requiera el caso, donde se establezcan relaciones de autoridad, jerarquía coordinación y comunicación entre factores activos; el Sistema Humano Social, en conexión con factores pasivos o con el Sistema Tecnológico.

Aunque los propósitos (entendido como propósito con el animo o intención de hacer o de no hacer una cosa) del Balanced Scorecard planteado por Kaplan y Norton (2004) sea el producto de una serie de investigaciones dentro de un gran numero de empresas al servicio del capitalismo, la finalidad, o sea, el fin con que, o por que se hicieron las investigaciones radicó en contribuir a integrar en buena disposición de lo que tradicionalmente conocemos como: recursos humanos, redefinidos por ellos como Capital Intangible, para separarlos de los recursos técnicos, materiales y financieros redefinidos como Capitales Tangibles, y finalmente identifican a los dispositivos que integran las tecnologías de la información como

Capital de la Información. Es por ello que *La perspectiva de aprendizaje y crecimiento* identifica los activos intangibles que son más importantes para la estrategia. Los objetivos de esta perspectiva identifican qué tareas (el capital Humano), qué sistemas (el capital de información) y qué clase de ambiente (el capital organizacional) se requiere para apoyar los procesos internos de creación de valor. Estos activos deben estar *agrupados* y alineados con los procesos internos críticos.

Las organizaciones de salud enmarcadas en él deber ser, según Rubio Cebrian (ob.cit.) estarían llamadas a funcionar como todo un proceso de actividades consistentes y efectivas en concordancia con: “Jerarquía de autoridad; división de tareas, normas, tecnología y procedimientos; sistemas de comunicaciones e información; medios de control; y motivación”. (190). La corrección de los factores adversos, que se mencionan en el párrafo anterior deben y tienen que ser objetos de un exhaustivo análisis de causa efecto a bien de lograr cerrar las brechas de desempeño que coexisten entre los recursos de la organización, tal y como lo prevé Fuenmayor (2001, Pág.22) cuando sostiene que la Organización está definida como un sistema de actividades expresamente ordenado, “organizado” de acuerdo con un fin que ha sido definido de antemano. Cabe destacar que en comparación con Kaplan y Norton quienes se basan en resultados de investigaciones hechas en Los Estados Unidos. Fuenmayor, ha venido trabajando en Venezuela las concepciones Mecanicista e Interpretativa sobre Organizaciones, y sostiene que, “el mecanicismo organizacional considera a los seres humanos que laboran en la organización como “recursos” o piezas de la maquinaria organizacional, mas no como actores”.

Es precisamente en las organizaciones del sector salud, donde por falta de un Modelo Organizacional adecuado al trabajo humanizado, para los humanos, es que constantemente existe un buen numero de actividades humanas, sujetas a ese alto grado de automatización a que alude Fuenmayor. Cuando se hace referencia un Modelo Organizacional adecuado a las organizaciones del sector salud se piensa un sistema de actividades orientado por un propósito. Como lo es servir cada día mejor a pacientes y usuarios con un alto sentido de sensibilidad humana. Es decir utilizar lo mecánico, sin mecanizar las interrelaciones entre paciente, usuarios y servidores públicos y añade que. “Las actividades, aunque estén sujetas a un alto grado de

automatización, requieren, en última instancia, del concurso de un grupo de personas que denominamos “actores”.

Al igual que las maquinas, sostiene Fuenmayor, dentro de cada sistema los seres humanos simplemente funcionan eficientemente o no, y en salud resulta inadmisibile que alguna parte del sistema no funcione. Es por ello que, “el problema fundamental de las organizaciones que funcionan desde un punto de vista mecanicista, se reduce a buscar el modo de organización con medios más eficiente para cumplir el objetivo formal” (25), confiando muchas veces, el resultado final más a la confiabilidad de la maquina, que a la experticia humana. Aun cuando las probabilidades determinen un alto margen de error en los resultados de esos procesos mecánicos.

Muy contrario a los fines de la concepción mecanicista, Fuenmayor expone que la concepción Interpretativa. Supone que los fines de la organización sólo existen como interpretaciones humanas, cuyo basamento descansa en el terreno axiológico. Es decir que se interesa por las normas de lo verdadero y lo bueno. En tanto que los objetivos formales pueden ser entendidos de modo diferente, por diferentes personas. Pueden además existir otros fines que no sean interpretaciones del objetivo formal, pero que hagan inteligibles a ciertas acciones organizacionales para que se enmarquen dentro de la idea del bien.

Para generar cambios, entre el campo operativo de la salud, se requiere buscar el porque de la existencia generalizada de una concepción mecanicista, porque se estima, que es allí, donde la concepción interpretativa permite explicar y/o declarar el sentido de los procesos con fundamentación humana. Para estructurar una visión de conjunto, expresada en términos, exclusivamente humanista, necesariamente hay que abordar el tema en primera instancia desde una desfundamentación filosófica de lo mecanicista. Entonces la primera consideración que surge, es la de aplicar un análisis desde la dialéctica sujeto-objeto. Tal y como lo plantea Fuenmayor ob.cit.

Asumiendo que en la concepción mecanicista de la organización encontramos un alto predominio del objeto. Y en la concepción

Interpretativa la tendencia es hacia el sujeto. Y en ambas encontramos al trabajador como un factor de producción. Sólo, que en la segunda concepción el trabajador se enmarca dentro de procesos más humanizados. Ya que se hace necesario considerar que aun cuando las circunstancias agravantes que fijan las reglas del trabajo, en pos de una elevada productividad que a la postre redunde en la abundancia y por ende conduce hacia la acumulación del capital. En suma, demuestran que muy poco o nada les importaría la humanidad, y por ello impulsan acciones infundadas y hacen que casi desaparezca el sujeto como ente pensante y actuante, en el momento mismo cuando el trabajador es valorado en función de su adaptabilidad a un proceso de trabajo diseñado por otros y para otros fines, que lo convierten en un objeto factor de producción.

A tales efectos, se hace necesario, destacar que la ausencia del sujeto en los procesos dentro de las organizaciones de servicios de salud, se ha mantenido muy inclinada hacia un modelo mecanicista que partió desde el mismo momento en que fuera diseñado en base: al modelo administrativo–gerencial, a la descripción del puesto de trabajo, al contrato de trabajo y, a la cultura organizacional, entre otros conjuntos de criterios fundamentados en la presunción de rigidez con que han venido siendo realizados la mayoría de los procesos determinantes en el área; ya que sólo, ocasionalmente el trabajador tendrá oportunidad de reflexionar y/o discutir las características de su proceso de trabajo, limitándose a explotar en mayor o menor medida los grados de libertad que le queda dentro de las determinaciones que generan las estructuras administrativas que controlan los procesos.

En síntesis, dado a que el fin de este estudio, mayormente estriba sobre bases biológico-conductual-comportamental, requiere hurgar en: Costumbres, hábitos, actitudes, aptitudes y conductas de comportamiento humano, adoptados ante los procesos internos de las organizaciones de trabajo y, por ende se necesita comprender ¿Por qué a través del tiempo, los procesos de trabajo en las organizaciones del sector salud, han venido siendo realizadas con fundamentos industriales? Y, ¿Por qué, los procesos de conducción del personal profesional ha venido siendo testado y evaluado con patrones diseñados para conducir personal obrero? Y finalmente. ¿Por qué, hemos venido midiendo los resultados conductuales en el comportamiento humano ante problemas de salud pública con medidas paramétricas utilizadas en la producción industrial? Coincidentalmente, para estas

tres interrogantes funciona una sola respuesta. Se venía haciendo de esta forma, porque simple y llanamente esa es la manera, como desde las universidades al hacer usos del viejo paradigma cuantitivist-positivist ha venido enseñando a hacer las cosas guiadas por un comportamiento gobernado. Respecto a este tipo de comportamiento Bertalanffy, (ob.cit. Pág. 199) afirma lo siguiente.

El comportamiento es gobernado por el principio económico, esto es, con mínimo gasto de energía vital. En la práctica, el principio económico equivale al postulado de las demandas mínimas: P. Ej., redúzcanse las exigencias escolares al mínimo necesario para llegar a ser ejecutivo, ingeniero electrónico o fontanero, que de otra suerte se tuerce la personalidad, se crean tensiones y se genera un desdichado.

Sobre esa línea, tradicionalmente se ha venido desarrollando el cumplimiento de los procesos de trabajo como una necesidad impostergable de fundamentar un perfil de modelo organizacional donde se interprete a las personas, no sólo como un factor de producción, sino que: genere un involucramiento de creatividades, facilite las condiciones para que cada una de las personas inmersas en los procesos, aprenda a convivir y participar con el resto del equipo de trabajo, en la medida que aprenda a valorar, tanto a las personas como al fin mismo del trabajo, al tiempo en que aprende a reflexionar que su trabajo radica en contribuir a dar y mantener vidas humanas.

En resumen, para que todo esto ocurra en el seno del equipo humano-operacional, los encargados de gerenciar los diferentes subsistemas de las organizaciones, deberán facilitar a los funcionarios públicos herramientas validas que les permitan desarrollar capacidades creativas con un alto grado de sensibilidad humana para ejecutar los procesos a partir del establecimiento de las condiciones óptimas donde cada funcionario pueda pensar y sentirse humano en todo momento. Lo cual, es considerado como las principales cualidades requeridas para alcanzar un desempeño con altos grados de competencias profesionales al trabajar con el sistema humano.

En una palabra, es tácito que un modelo de organización interpretativa debe y tiene que estar totalmente distanciado del maquinismo. Aunque en Venezuela estas

prácticas mecanicista asoman comprobados visos de ser un modelo en decadencia; por considerársele entre otros aspectos que no genera, ni contribuye a generar creatividad alguna, menos, valor agregado a los procesos de trabajo, sin embargo, al igual que en muchos otros países de América Latina sigue siendo de uso muy común.

3.1.3.- Indagaciones Históricas Sobre El Conocimiento

Luego de interpretar el modo como interviene el componente humano en los procesos de trabajo con más incidencia en las Organizaciones del sector salud, se estima conveniente hacer algunas indagaciones históricas en torno a la génesis del Conocimiento y sus contribuciones específicas en el mundo del trabajo, pero de manera muy particular en el campo de la salud. De donde en buena parte, se desprenden los fuertes y extensos debates, que en la antigüedad se pudieron tejer en diversos foros para dilucidar una concepción de conocimiento como virtud ontológica del ser, pese a que sus contribuciones aun lucen turbias²³ la búsqueda continúa en diversos ámbitos del saber. En esta línea, las páginas históricas del pasado reciente, explica como al interior de connotadas escuelas filosóficas entre las que destacan: La Escuela de Francfort (1922) con sus críticas formuladas a la sociología del conocimiento, por su particular manera de entender el concepto de ideología y la relatividad del conocimiento, asumiendo que ambas contribuyeron a la decadencia del interés por esta orientación sociológica. A ello, se suman La Escuela de Praga (1929), el Círculo lingüístico de Copenhague (1931) y Karl R. Popper quien hizo una dura crítica a la sociología del conocimiento por considerarla como un

²³ En Cortés y Martínez. (1996-98) El conocimiento, según Aristóteles, se divide en especulativo o contemplativo (episteme theoretiké), propio de la ciencia y la teoría, práctico (episteme praktiké), propio de la actividad humana ética y política, y productivo. También Platón considera (en la metáfora de la línea) que mientras la diánoia tiene por objeto los entes matemáticos, la noesis tiene como objeto de estudio las ideas. Ambas (la diánoia y la noesis) forman el verdadero conocimiento o epistémē y se distinguen de la pístis (fe) y la eikasía (suposición), que forman la doxa. En Aristóteles, se opone a la aístheis (sensación), y designa el conocimiento discursivo basado en causas y principios, que es el auténtico conocimiento y el fundamento del saber verdadero. dianoético GEN. El término griego, derivado de (diánoia o conocimiento discursivo) designa lo que es intelectual. En la actualidad, este término se utiliza especialmente para referirse a aquellas virtudes (las virtudes dianoéticas) que, según Aristóteles, se refieren a la parte intelectual o pensante del alma (Ética a Nicómaco, 1139 b). Aristóteles distingue cinco virtudes dianoéticas: arte (tekhné), ciencia (epistémē), prudencia (phrónesis), sabiduría (sophía) y entendimiento (nous). Se distinguen de las virtudes éticas, que son aquellas que pertenecen al alma, pero que, incluso sin concurso de la razón, pueden obedecerla (Ética a Nicómaco, 1102 b).

núcleo de teorías que promueven una irracionalidad que enturbia la «objetividad científica».

Entre otros propósitos, se estima que la finalidad de aquellas críticas, perseguían por un lado, unificar criterios en torno a una acepción propia del <<conocimiento>> que favoreciera al método científico, y por otro, depurar al concepto de todo cuanto dejase dudas para clarificar sus fines y propósitos, (que ya apuntaban al desarrollo de capacidades) de ideas como las que Descartes llamaría “*ideas adventicias e ideas facticias*”. Aunque vale reconocer que al hecho significativo de aquellos debates trascienden entre otros, términos como episteme, devenido del griego «conocimiento», este a su vez del verbo <<epistamai>> que se traduce como saber o entender de algo. Esta palabra en general, significa conocimiento, saber o ciencia.

En la actualidad se usa como raíz de algunos conceptos devenidos de la teoría del conocimiento o epistemología²⁴. No obstante, las discusiones en torno al conocimiento aun continúan, aunque vale decir, que todavía existen divergencias conceptuales respecto a: su definición y adecuación a orientaciones filosóficas. Un ejemplo de ello, lo contiene la filosofía actual cuando se habla de filosofía del lenguaje se prefiere definir el conocimiento como «saber proposicional» o un «saber que». Este tipo de saber resalta hoy día en el campo laboral cuando se investigan los diferentes contextos disciplinares con técnicas que se aplican para detectar necesidades de capacitación que luego son aplicadas a procesos de gestión de conocimiento. O cuando simple y llanamente, se desea interpretar a través de los giros lingüísticos²⁵ existentes en un área específica de trabajo se apela a los resultados de cualquier acción, interrogando sobre la base de un <<saber que>>. Por

²⁴ Ibíd., Epistemología EPIST. (del griego episteme, conocimiento o ciencia, y logos, teoría o estudio) Etimológicamente significa «estudio del conocimiento», o «estudio de la ciencia», y puede entenderse como la rama de la filosofía que estudia los problemas del conocimiento. Este término, que empieza a generalizarse a finales del s. XIX, sustituyendo al más antiguo de teoría del conocimiento y, luego, al de gnoseología, presenta cierta ambigüedad, por lo que no siempre se usa con idéntico sentido.

²⁵ Ibíd., Aunque la filosofía se ha ocupado desde sus orígenes de problemas relativos al lenguaje, sólo en el s. XX se ha producido lo que se ha dado en llamar el «giro lingüístico» (R. Rorty) o aquel «cambio de marcha» (J. Ferrater Mora) en filosofía, que ha hecho del lenguaje, no meramente un objeto de estudio como instrumento o medio de comunicación, sino el medio mismo en que ocurre el conocimiento, llegándose hasta a identificar lenguaje y conocimiento: en esta época, «el conocimiento se ha vuelto oracional», según se expresa Ian Hacking, al preguntarse ¿Por qué el lenguaje importa a la filosofía?,

ejemplo; ¿Qué sabe hacer esta persona?, ¿Que experiencia tiene esta persona?, ¿Que tanto, pudiese rendir esta persona si perfeccionara sus conocimientos?, ¿Qué tanto, pudiese llegar a rendir esta persona si se le brinda la oportunidad de conocer tal o cual método de trabajo?

Al analizar el uso de las palabras «conocer» o «saber» (términos estos que en inglés se identifican, to know) Conocer²⁶, en este caso, consiste en saber que el resultado de un enunciado sea verdadero (o falso). Ejemplo; una persona ante un computador sabe hacer algo por la organización, o simplemente no sabe hacer nada productivo con este equipo. En este caso, a fin de lograr entender el <<saber que>>, conviene aplicar la lógica del conocimiento, la cual en concordancia con sus presupuestos se formularía el enunciado en modo proposicional. Cuando se habla de conocimiento científico, la lógica enuncia, para que exista conocimiento, es necesario que se cumplan las tres condiciones siguientes: Condición de verdad. Condición de creencia y condición de justificación. Estas condiciones permiten estructurar una ecuación a partir del siguiente orden: **S** es el sujeto, y **p** cualquier enunciado (predicado) que el sujeto dice saber.

- 1) Condición de <<verdad>>: <<Si S, Sabe que P, entonces P es verdadero>>.
- 2) Condición de <<Creencia>>: <<Si S, Sabe que P, entonces S cree que p>>.
- 3) Condición de <<justificación>>: <<Si S, Sabe que P, entonces S tiene razones para creer que p se justifica>>.

Esta ecuación al ser llevada a la práctica se interpretaría del siguiente modo: «S sabe que p, sí, y sólo sí, es verdad que p, S cree que p y, además, S está justificado en creer que p», sea verdad, que lo creamos y que tengamos razones para creerlo (y por supuesto, que ninguna de estas razones sea falsa). Esta la lógica, por lo general, se aplica en un lenguaje corriente, como el que comúnmente suele ser usado en las organizaciones (incluso, sin saber que se hace referencia a la

²⁶ Ibid., El «Conocer» puede distinguirse de «saber» y, en sentido estricto debe hacerse. En este supuesto, «conocer» indica un contacto consciente con el objeto conocido a través de la experiencia y, en concreto, de la percepción, en oposición a «saber» que es un conocimiento por conceptos e ideas. Saber es, así, exclusivo y propio del hombre, mientras que tanto los hombres como los animales conocen. Se conocen cosas; se sabe verdades o proposiciones verdaderas. Por esta razón, las frases en que se utiliza con propiedad el verbo «conocer» se construyen con un sintagma nominal, mientras que aquellas en que se utiliza «saber» se construyen con una oración sustantiva como complemento. «Conocer» es, además, un proceso perceptivo directo e inmediato, que se justifica por sí mismo; «saber», en cambio, es un proceso indirecto, mediato e inferencial, esto es, apoyado en razones. La distinción de Russell entre conocimiento directo (knowledge by acquaintance), o conocimiento de «cosas», y conocimiento proposicional (knowledge by description), o conocimiento de «verdades», ayuda a precisar qué es lo que realmente conocemos en uno y otro caso.

lógica del conocimiento). No obstante, de hecho el que se sepa o no, cuándo se aplica lógica o teoría en el acto de conocer, realmente no ha sido una preocupación generalizada en la sociedad. Inclusive, en aquellos grupos sociales donde prevalecen títulos en muchas disciplinas, donde en modo común se habla de gestión del conocimiento, realmente, no suceden grandes acontecimientos.

Importa así mismo recalcar, que en una gran mayoría de los casos, donde se dice hacer gestión del conocimiento, pareciera haber muy poco interés por interpretar el hecho de ir (después «meta») mas allá de la física, en el sentido de un saber que pueda trascender al mundo de la física, o del conocimiento de la naturaleza, para de esta forma, ir en busca de principios y conceptos que puedan explicar la conducta humana en modo trascendente al mundo físico; y en esta dirección, llegar a la tan cuestionada verdad por vías no físicas como la hermenéutica, por ejemplo, dado que relativamente es poco cuanto se profundiza en registros teóricos de esta naturaleza. Desde la óptica del método científico se estima, que un conocimiento sólo alcanza certeza cuando lo que se diga o haga en torno a él, pueda ser creíble y además, deban existir razones para creerlo. Lo cual, explica como en forma breve, se pueda llegar a entender que el «conocimiento» es una creencia verdadera justificada. De manera tal, se piensa que el conocimiento científico también puede ser definido como una creencia racional justificada.

Este análisis, en torno al conocimiento, también busca interpretar la acepción «Conocer», la cual puede ser distinguida del término saber «saber», (en este caso se alude a la persona que debe, y tiene que aprender a saber, hasta dominar sabiduría o conocimiento profundo de alguna materia o ciencia) sobre manera cuando en sentido estricto el saber implica lo que debe hacerse, por ejemplo, mediante una acción práctica en un saber específico donde una persona demuestra tener habilidad para una cosa, o estar instruido y diestro en un arte o facultad. En este supuesto, «conocer» indica un contacto consciente con el objeto conocido a través de la experiencia y, en concreto, de la percepción, en oposición a «saber» que es un conocimiento por conceptos e ideas. Tal y como puede apreciarse, hay diversas maneras de clasificar los tipos de conocimiento. Admitiendo que, este puede ser entendido en un sentido amplio, como captación del objeto por parte del sujeto;

también es sabido que el «conocimiento» se distingue, según el orden o nivel en que la captación se pueda producir, entre conocimiento sensible y conocimiento intelectual.

El conocimiento sensible, no es más que la simple recepción pasiva que una persona pueda obtener -desde un punto de vista epistemológico general- de los datos objetivos, o datos sensoriales, mediante la sensación, que supone la captación del estímulo adecuado para convertirlo en unidades más amplias y activamente integradas, que se conocen como percepción. A este respecto, existen resultados de investigaciones donde se demuestra que tanto los animales como el hombre perciben. Pero; la percepción humana se distingue por estar directamente relacionada con el pensamiento y el habla. Del pensamiento, se deriva el conocimiento intelectual, también puede ser llamado pensamiento, en esencia este viene a ser la captación del objeto mediante una imagen mental, normalmente llamada concepto o referente. En este orden de relaciones la recepción de información juega un rol fundamental en la adquisición de conocimiento. La recepción puede ser pasiva o activa. La recepción pasiva de la sensibilidad, es ahora elaboración activa de los datos ofrecidos por los sentidos, a los que se unen los pensamientos. Estos pensamientos, figuran desde los albores del conocimiento, cuando el hombre quiso ubicar las inquietudes en grupos. Luego, a partir del conjunto de ideas inscritas en la doctrina de Pirrón de Elis se ejercería una gran influencia en el pensamiento antiguo hasta originar el llamado pirronismo que posteriormente pasarían a denominarse corrientes de pensamiento.

Sería entonces, a partir del filósofo chino Lao-Tse²⁷ cuando en el siglo 5º antes de Cristo surgirían los primeros destellos de pensamiento, a favor de un aprendizaje para: el hacer, discutir y explorar posibles soluciones de casos en el trabajo. Estas premisas, se tradujeron en bases para estructurar aprendizajes en las organizaciones dentro de un marco de sensibilidad, que en principio, sería entendido

²⁷ En el Siglo 5 º antes de Cristo, el filósofo chino Lao-Tse (también Lao-tzu) escribió la siguiente máxima: "Si me dicen algo, sin mostrarme los detalles, lo escucho y simplemente me imagino ver. Pero si me enseñan y me dejan experiencia, voy a aprender". Así, comenzó una de las primeras filosofías de aprendizaje activo. En esta línea, se inscriben otros filósofos chinos, tales como: Kung Fu-tse (latinizado como Confucio) y Han Fei-Tzu, Lao-Tse habría seguido utilizando un método que se asemeja a lo que ahora se conoce como el "método de casos o estudio de casos".

como capacidad de respuesta a: muy pequeñas excitaciones, estímulos o causas que condujeron las personas a entendimientos fundados en dos tipos o niveles de conocimiento. Un primer conocimiento que permite; comprender, discernir, crear y explorar. Y un segundo tipo de conocimiento, dirigido a incluir en sí, la capacidad de enseñar un “hacer”, fundado en la práctica. De los cuales cabe deducir, que tanto el comprender, como el hacer, son también «fuentes del conocimiento»; por consiguiente, nunca podrán ser consideradas independientes, sino, integradas en la persona mediante acciones que conducen a un mismo proceso del conocer: es así como a partir de ello; se puede demostrar la fundamentación filosófica aristotélica que enuncia: «sin sensibilidad ningún objeto nos sería dado y, sin entendimiento, ninguno sería pensado; esto explica en buena medida el aprendizaje y dominio de las Tic's, dado que en ellas los pensamientos²⁸ sin contenido, son vacíos; así como las intuiciones sin conceptos o referentes, pasan a ser ciegas». Esta premisa, posibilita entender las equivalencias de conocimiento directo y conocimiento indirecto.

Retomado el planteamiento de las corrientes de pensamiento, cabe dejar claro, que estas jamás podrán adquirir un carácter estático; por el contrario se las considera muy dinámicas. Un planteamiento interesante al respecto, se refleja en las diferentes corrientes de investigación sobre medios de enseñanza, la cual en la actualidad se ubica al menos, bajo cuatro perspectivas, en el siguiente orden. Corriente semiológica, con tendencia al análisis de los sistemas simbólicos movilizados en los medios y sus cargas expresivas, estéticas y comunicacionales. Para los efectos también cuenta el apoyo en la corriente marxista por considerar que esta se preocupa por analizar la sociedad que se desarrolla y propicia vinculación con los medios para difundir información, incluyendo los de información y comunicación a las masas.

De igual modo, es considerado como muy valido, el soporte brindado por la Corriente psicoanalista centrada en la reflexión de aquellas aportaciones que los

²⁸ Las tres corrientes de influencia del pirronismo fueron: **1)** la del propio Pirrón y sus inmediatos seguidores: Timón de Fliunte y Filón de Atenas. **2)** la de sus seguidores tardíos: Enesidemo y Sexto Empírico, entre el siglo I a.C. y el siglo II d.C., y **3)** la de los otros escépticos de la antigüedad, tales como las representadas por los miembros de la Academia Media y la Academia Nueva (Arcesilao y Carneades).

individuos incorporan en los medios. Y, por su puesto, la Corriente sociológica, porque se ocupa de analizar el impacto de los medios como elementos culturales.

En el decurso histórico de los aprendizajes en las organizaciones, cabe considerar como positivas las aportaciones brindadas por las corrientes de pensamiento enmarcadas en: el Conductismo, Cognitivismo, Constructivismo, Humanismo y Connectivismo para soportar diversos estilos de aprendizaje vinculados a procesos que sirven de experiencia en la transferencia de enseñanza como ejemplo de acción o sucesos que advierten los modos cómo se debe obrar en casos análogos de conocimiento, como los que deberán ser empleados en los sistemas de gestión, el cual puede verse desde dos perspectivas. La primera se funda en el "conocimiento = objeto" fundada en los conceptos de "Teoría de la Información" y en la comprensión de otros conocimientos ubicados en un orden cibernético por ejemplo. Los investigadores y profesionales que a ello se dedican, participan normalmente en la construcción de: sistemas de gestión, almacenaje y reingeniería de la información. Este grupo de gestores, desarrolla sistemas de conocimiento. Mientras que el segundo grupo cambia la forma de utilizar los conocimientos, por que se dedican a generar cambios de comportamiento humano. Aquí el Conocimiento puede ser visto como "Proceso de Conocimiento", el cual, se basa en conceptos de: filosofía, psicología y sociología. Aquí, los investigadores, y profesionales de diversas áreas, participan normalmente en procesos de educación tendentes a transformar hábitos y costumbres en las personas. Ellos, terminan siendo los principales implicados en: la evaluación, el cambio y la mejora de las capacidades individuales y humanas de comportamiento.

Lo anteriormente explicado, facilita entender el porque en las últimas décadas, con la agregación del verbo gestionar a la acción del conocimiento, en los entornos empresariales y de organizaciones gubernamentales o públicas, se han producido algunas debilidades filosóficas a la forma de concebir el conocimiento. Una de las debilidades importantes que allí se puede detectar, radica en la carencia de sustratos teóricos, importantes para desarrollar teorías con bases estructurales en los procesos de gestión de conocimiento en el ámbito laboral. En consecuencia, a partir de la implantación de adecuadas estrategias, no sólo, se logra alcanzar mejoría en

las capacidades sensibles de trabajo; sino que, de manera equitativa, se deba nutrir a la persona tanto de conocimiento sensible, como del intelectual, sobremanera, en aquellas organizaciones donde se requiere innovar y/o actualizar conocimiento que estarán al servicio de las personas como ocurre en servicios a la salud. A lo interno del campo laboral, también pueden ser establecidas distinciones entre conocimiento directo, o inmediato; porque allí mediante la práctica, se obtienen ambos, en la medida que las explicaciones surgen dentro de un contexto y la aplicación práctica se da en otro momento. Mientras que en el conocimiento inmediato, el sujeto conoce sin la mediación de nada; sin que sea necesario un conocimiento anterior, o sin que haya ninguna inferencia en el proceso de conocer.

En síntesis, esta inmediatez o conocimiento directo, se conoce por el nombre de intuición, algunos autores la definen como capacidad natural o innata. De manera tal, que la intuición puede ser sensible o intelectual. La intuición sensible, consiste en la captación inmediata de los datos de los sentidos sin intervención de ningún proceso intermedio: las cosas, se conocen por experiencia (externa o interna) inmediata ante lo cual cabe la presunción de, que al estar inspirados en las pseudo-teorías que impulsan las modas gerenciales fundadas más en la intuición que en el equilibrio logrado entre el hacer y el comprender. Por tanto las organizaciones privadas como públicas, deberán ser precavidas ante de usar alegatos de criterios andragógicos en la pretensión de transferir conocimiento, sin basamento filosófico ni sustrato teórico. Estos desaciertos en buena parte, desdichan de los procesos de gestión de conocimiento aplicados en determinados tipos de organizaciones para convalidar en el mejor uso de este término, aquellas experiencias desarrolladas en personas adultas que en buena medida operan sobre bases empíricas, haciendo usos de una intuición poco racional por no estar sustentada teóricamente.

Los postulados anteriores, se usan inclusive en campos donde se aplican tecnologías, las cuales, requieren de conocimientos específicos; por tanto, ha de suponer, que quien las aprehenda deba hacer la captación inmediata de ideas, conceptos o referentes validos para convertirlos en práctica. Por consiguiente, este

imperativo no encausa con los principios de la teoría sinérgica²⁹ de Félix Adam (1984), la cual, no exime a la transferencia de conocimiento en adultos del uso de bases teóricas, fundadas en marcos conceptuales propios de cada área. Estas excepciones de componentes teóricos a la tecnología, no sólo resultan complicadas, sino que exigen la comprensión de cómo ésta se vincula a los procesos sociales, que impactan en el conocer, para hacer. Por lo general, se suele considerar, el término *tecnología* como elemento de *hardware*, cuando en realidad es un verdadero sistema de conocimientos prácticos. Esta acepción, derivada de la antigua palabra griega *techné*. También puede ser traducida para referirse al arte, oficio o habilidad. Platón, la consideraba como una acción sistemática del conocimiento científico. En cambio Aristóteles, fue un paso más allá, al afirmar que la *techné* era el uso sistemático de los conocimientos para la acción humana.

3.1.4.- Construcciones Gramaticales, o Juegos Semánticos Para Definir Capacidades Humanas.

El préstamo lingüístico o xenónimo³⁰, se produce en diversas disciplinas cuando una lengua toma de otra, elementos léxicos que no le pertenecían a su conjunto patrimonial se genera de este modo una especie de giro lingüístico. En muchas ocasiones, se convierten en encuadres lo suficientemente lógicos, al establecer analogías estrictamente dentro de un orden material. Lo cual, no suele ocurrir tan lógico cuando se intenta hacer un híbrido entre una sustancia (asumida aquí la acepción sustancia como esencia o entidad de algo) inmaterial con otra material, donde queda totalmente desvirtuado el sustrato filosófico del conocimiento, como sustancia, ser de las cosas que permiten (cosificar) existir una cosa en sí y no en otra; un ejemplo válido de cosificación o reificación puede ser apreciado en la

²⁹ Existen 3 principios básicos en la aplicación de la teoría sinérgica en el aprendizaje del adulto: Principio del Escalonamiento: o distribución en el tiempo del contenido del aprendizaje en forma ordenada siguiendo una progresión ascendente y continua. Principio de la Progresión: La organización progresiva del aprendizaje fortalece las bases de la transferencia del conocimiento. Principio de la Transferencia: La ordenación escalonada y progresiva de los contenidos teóricos de aprendizaje los cuales facilitan la transferencia de las nuevas experiencias a la estructura cognoscitiva.

³⁰ Para Amaro y Rojas (2007. Pág. 128) Los xenónimos son referidos en otras fuentes como préstamos lingüísticos, en una forma quizá poco precisa dado que más que un préstamo es un deslizamiento e inserción de términos que van haciéndose presentes por consecuencia del roce con otros idiomas y asientos culturales

construcción de palabras que por fuerza de la costumbre se asientan en uso popular o técnico según sea el caso, o en ambos, tal sea el caso de “Capital Intelectual”.

A partir de ejemplos como éste, cabe suponer que la adopción de extranjerismos y usos constantes de términos heterológicos en un libre albedrío dentro de ciertas disciplinas, a la postre no resultan ser tan ventajosos para las ciencias. Un claro ejemplo de extranjerismo, se evidencia en el uso corriente dentro de exposiciones en idioma español del término inglés “Stakeholders”, el cual, puede traducirse como apostadores / agentes de influencia. Este concepto de *Stakeholder*, o agentes de influencia, ha venido tomando importancia en la primera década del siglo XXI como fundamento de acción en la gestión del conocimiento a lo interno del ámbito empresarial, para hacer referencia a empleados, clientes, directivos, beneficiarios y proveedores entre otros que apuestan o influyen en los negocios.

En consecuencia, sería válido revisar algunas acepciones técnicas, usadas para relacionar los procesos de trabajo, a fin de hacerles análisis por separado, y determinar, si más allá de simples expresiones destinadas a capitalizar todo, pueda existir un metalenguaje ubicado en el discurso con un contexto semántico específico que permita guardar coherencia entre significantes y significados. O, si contrariamente el uso desconsiderado de expresiones técnicas impropias, resultan ser parte de un léxico incoherente, que se pretende, deba operar entre ambos, como imperativos categóricos³¹ cuando en verdad se aproximan mas a las condiciones propias de imperativos hipotéticos³². Respecto a estos usos, Amaro y Rojas (2007. Pág.52) advierten que “La expresión técnica busca una designación universal para el objeto, y no tiene pretensión alguna en que el receptor fije su atención en el significante sino en el significado, directamente”.

De manera tal, convendría saber: **A.-)** Sí al estar planteadas estas acepciones en forma de acto fonético el cual consiste en la Producción de determinados sonidos grandilocuentes como por ejemplo; Capital Intelectual (donde

³¹ Morató y Ruiz ob.cit. El imperativo categórico sería aquel que representa una acción por sí misma como objetivamente necesaria, sin referencia a ningún otro fin.

³² Ibíd. El imperativo hipotético señala que la acción es buena para algún propósito posible o real.

la constitución del mensaje parecería buscar más acontecimiento que sentido) por adolecer de intelección a causa de usar núcleos conceptuales fijos e inapropiados, llega a ofrecer una escasa relación entre código y contexto, lo cual, por causas del logocentrismo produce ciertas alteraciones en la esencia del significado. Paul Ricoeur (2006. Pág.29) sostiene al respecto, que el código o conjunto de unidades con significación en gran medida, se corresponde con el uso que de ellas se hace para construir mensajes que designan la función metalingüística, más allá de cualquier logocentrismo³³, mientras que el contacto y el contexto, son los portadores de las funciones fáticas (de hecho) y referenciales (el acto fático, consiste en la producción de vocablos con una determinada construcción gramatical y entonación).

Mientras por otra parte (B.-) conviene saber, si estas acepciones guardan relación con el acto rético de la teoría de los actos de habla, desarrollados por John L. Austin, en la que sostiene que “este acto, además que se realiza por el hecho de decir algo, consiste en el uso de cierta construcción con un significado determinado, constituido por el sentido y la referencia de los componentes de la construcción utilizada”; pero que en efecto, no trasciende más allá de ser simple y llanamente un significante más que embaluma la gran jerga de las modas empresariales. El significante, según la terminología de Ferdinand de Saussure, citada por el diccionario de Filosofía de Morató y Ruiz ob.cit., viene a ser:

Uno de los dos componentes del signo lingüístico; es el aspecto sonoro, la imagen acústica que se opone al otro término de la asociación, el concepto, de carácter más abstracto. Esta imagen acústica no es el sonido material, sino su huella psíquica. El significante tiene carácter lineal y su relación con el significado es arbitraria. L. Hjelmslev sustituye «significante» por «expresión» y «significado» por «contenido», y distingue entre sustancia (sonidos, acento y entonación) y forma (fonemas) del plano de la expresión y sustancia y forma del plano del contenido. El signo lingüístico resulta de la unión de la forma del contenido con la forma de la expresión.

³³ El logocentrismo es, a su vez, un fruto del presencialismo, basado en las concepciones tradicionales sobre el significado, que han engendrado la tesis -en realidad nunca formulada explícitamente- de que «presencia» significa siempre de hecho «presencia en la mente humana». Es decir, que la tradición, según afirma Derrida, ha tendido a dar por supuesto que determinadas experiencias mentales reflejan o representan naturalmente las cosas. En consecuencia, se ha postulado que el sentido y la verdad de las cosas sobreviene en las operaciones de la mente que la tradición llama «razón» o «pensamiento».

De igual modo, conviene saber si como resultante de componentes teóricos estas construcciones reciben su inteligibilidad mediante alguna agregación de valor al desempeño laboral; a la productividad del negocio, o las organizaciones en el caso que sean aplicadas estas “terminologías” en el ámbito público. Sobremanera, es importante saber, si realmente estos etiquetamientos gramaticales influyen en métodos y técnicas utilizadas para: medir, testar, valorar y/o cualificar los procesos de trabajo con la etiqueta del capital. Una evidencia de ello, lo representa el Capital Sinérgico desarrollado por Boisier³⁴ desde donde se deriva un número de nueve tipos de capital, los cuales a su entender, vienen a ser contributivos al desarrollo endógeno de las organizaciones donde se desarrollan vínculos puntuales entre: el capital social, las empresas y organizaciones sociales que conforman sus entornos, según se explica en el siguiente cuadro:

Cuadro 01. El Capital Sinérgico Y Su Vinculación A Capitales Complementarios

Capital Sinérgico	Constituye la capacidad social de promover acciones en conjunto dirigidas a fines colectivos y democráticamente aceptados en busca de un resultado. Este capital presenta una estructura compleja, e influye sobre él diversos aspectos tenidos en cuenta en cualquier intervención para estimular el desarrollo endógeno regional, entre los que se encuentran:
	Capitales complementarios
Capital económico	Está constituido por el Stock de recursos financieros.
Capital cognitivo	Este capital se basa en la dotación del Conocimiento científico y técnico disponible en la comunidad.
Capital simbólico	Lo conforma el poder del lenguaje para construir una región o marco conceptual
Capital cultural	Lo representa el acervo de tradiciones, mitos y creencias, lenguajes, relaciones sociales, modos de producción, productos materiales e inmateriales. Que indudablemente influyen indirectamente sobre las organizaciones por ser parte del entorno.
Capital Institucional	Estaría constituido por el mapa institucional
Capital psicosocial	Lo conforman: sentimientos, emociones, recuerdos, experiencias colectivas construidas por la memoria colectiva local.
Capital social	Actores sociales están organizados con predisposición de ayuda interpersonal basada en relaciones de confianza.
Capital cívico	Queda representado en: practicas políticas democráticas, de confianza en las instituciones públicas, de preocupación personal por el público
Capital humano	Es la constitución de: Conocimiento y habilidades que poseen los individuos a lo interno de una organización.

Elaboración Propia del Autor, a partir de Boisier, S. 1999. Citado en Peluffo y Catalán 2002. Págs. 38-39

³⁴ BOISIER, S. "El desarrollo a partir de la construcción del capital sinérgico. Una contribución al tema capital intangible y del desarrollo", en "Instituciones y Actores del Desarrollo Territorial en el Marco de la Globalización", Universidad del Bío-Bío/ Ilpes/CEPAL., Ed. Universidad del Bío-Bío, Santiago de Chile, 1999,

Por consecuencia, en virtud de lo antecedente, conviene interpretar el modo de cómo por sí mismos estas denominaciones de capitales pudiesen ejercer sobre los grados de dominio de conocimiento y, por consiguiente, en las potencialidades que acompañan a cada persona, dentro del continuo o manera como se determinan los desempeños dentro de cada organización. Específicamente en el modo cómo estas, se desenvuelven cualitativamente en el desarrollo de las actividades intrínsecas a cada tarea en los procesos de transmisión de saberes. Para efectos de este tema, aquí no se hace uso de la expresión “nivel de conocimiento” por considerar que la misma, etimológicamente, sirve para denotar otros propósitos.

En síntesis, a fin de averiguar, tanto la concordancia epistemológica, como el encaje de algunos conceptos que habiendo sido estructurados para hacer designaciones a distintos objetos o cosas, mediante la aplicación de un uso desmesurado en el mundo empresarial, se intenta cosificar y/o lexicalizar las correctas expresiones usadas en el mundo del trabajo con términos propios de las ciencias económicas al ser trasladados en calidad de prestamos a las ciencias humanas, como por ejemplo; ha venido ocurriendo con la acepción misma de recurso, cuyo significado según el DRAE, en una primera acepción nos dice que. Recurso equivale a un *“conjunto de elementos disponibles para resolver una necesidad o llevar a cabo una empresa”*. Entendiéndose “elemento” según este diccionario, como *“Componente de una agrupación humana”*.

En un segundo momento, se aprecia que la acepción “recurso”, también significa medio de cualquier clase que, en caso de necesidad, sirve para conseguir lo que se pretende, y que, siendo administrados correctamente, le permitirán o le facilitarán a quien los use, alcanzar sus objetivos. Mientras que en una primera acepción del Diccionario Gredos de María Moliner, 1995. Se aprecia recursos como: Medio a que se recurre para algo. Medio que encuentra alguien o que se le ocurre para conseguir algo. De igual modo, se alude a persona de recursos lo cual equivale a; la persona que sabe encontrar solución o remedio cuando se encuentra ante una dificultad. Respecto a la acepción “medio” conviene saber que en esencia es un término muy polisémico, no obstante tiene por connotación diligencia o acción

conveniente para conseguir una cosa. Lo cual contribuye a descartar que ningún humano deba ser tomado como tal. Más aún, en el caso específico de un subsistema de gestión de Conocimiento los entes humanos no pueden ser medios porque precisamente son actores. De vuelta a la acepción recurso, encontramos que existen tres connotaciones específicas a saber: *materiales, técnicos y humanos*. A partir de ellas, más allá de una revisión semántica conceptual, se hará entonces, un análisis estructural, según acepciones encontradas, en los diccionarios antes señalado.

Recursos Materiales: En este rubro, quedan comprendidos el dinero, las instalaciones físicas, la maquinaria, los muebles, las materias primas.

Recursos Técnicos: Aquí, se listan los sistemas, procedimientos, organigramas e instructivos con que se rige cada una de las organizaciones.

Recursos Humanos: Según Fernández-Ríos, (ob.cit.) estos estarían conformados por conocimiento, habilidades, y capacidades de cualquier tipo que tienen las personas, pero; que no debe confundirse con las personas mismas. Tales capacidades, habilidades y/o destrezas, son consideradas (contabilizados por la corriente capitalista) como recursos cuya utilización o accesibilidad es objeto de relación e intercambio. (Ibíd. Pág. 763) También son considerados recursos potenciales del ente humano sus *aptitudes, actitudes, motivación, intereses vocacionales, destrezas, salud y demás potencialidades*. Entendida potencialidad como equivalencia de una cosa respecto de otra en virtud y eficacia que deviene de potencia física o capacidad para producir un trabajo o efecto físico, medida por la cantidad de ese trabajo o efecto producida en la unidad de tiempo.

En este orden de relaciones, las organizaciones estarían llamadas a reconocer que las inmensas facultades innatas con que estamos dotados los humanos, y que nos distinguen, por hacernos capaces de desarrollar un conjunto de habilidades intelectuales y destrezas manuales, hasta convertirnos en poseedores de todo un conjunto de “recursos”, nos hacen radicalmente diferentes a cualquier comparación con los recursos Materiales y Financieros. De igual modo, cabe reconocer que la

gran diferencia radica en que los Materiales y Financieros son recursos mensurables y cuantificables. Mientras que las vitales capacidades potenciales que dispone cada ente humano, por obedecer a una estructura dinámica y cualitativa debe y tiene que ser gestionada con criterios netamente humanos. Entendido aquí el término gestión, como la actividad gerencial que realiza la persona encargada de accionar los recursos.

A lo largo de este trabajo, se hace mención a la persona para referirnos al ente humano con la pretensión de estar haciendo uso del término en el mejor sentido de la palabra, a fin de separarle, del sentido Heterológico³⁵ que le ha venido siendo endilgado como capital, cuando se hace referencia al potencial de habilidades intelectuales, que entre las demás especies vivas, sólo una persona estaría en capacidad de desarrollar. En este orden de relaciones, Libia Suárez de Peñalosa (2006. Pág.79) señala que persona es.

Una sustancia individual de naturaleza intelectual y señora de sus acciones...” “...Una persona es el centro de libertad puesto al frente de las cosas, al universo, al mismo dios...” Persona es el modo específicamente humano de la existencia...” (Mounier) El concepto de persona es de orden ontológico, es una perfección metafísica y sustancial que en el orden operativo se abre y se desenvuelve en valores psicológicos y Morales.

Además, a la persona humana, se le considera dotada en una sociedad libre y democrática, de los principios de autonomía, inviolabilidad y dignidad humana para realizar el trabajo de la mejor manera, sin que debamos incurrir en el contrasentido que generan los factores dominantes sobre la dignidad humana, al influir en modo determinante sobre sus voluntades y creatividad usada para generar y transformar materias primas en productos e ideas en servicios.

³⁵ Becerra (2002.Pág.134) Define lo Heterológico como propiedad de un objeto, término o palabra, que no le es inmanente a sí mismo, por ejemplo; la palabra bueno de tanto repetirla pueda convertirla a alguien en un ser bueno. Cabe destacar que la propiedad de heterogeneidad puede llegar a generar efectos subliminales en los hablantes, pues crea condiciones para autogestionarse, obnubilarse y auto8+confundirse, haciéndose creer que si se usan sinónimicamente y se repiten ciertas palabras o términos, continuamente, sin establecerse sus verdaderos significados, estos se adquirirán solos y se puede estar seguros de que es así como se usan con absoluta propiedad.

3.1.5.- Gestión De Recursos Humanos Y Equipos De Trabajo

En las últimas décadas, tanto en organizaciones privadas, como públicas, se viene hablando de *gestión de recursos humanos* para referirse en términos generales al modo como se mediría el rendimiento y/o desempeño de los sujetos que trabajan. Más no a la actividad *per se*. Al respecto, Betancourt (2007. Pág.10) define la gestión de Recursos Humanos como: Un Sistema de Indicadores de gestión por competencias de saberes, que pretende involucrar en un todo a: personas, equipos, procesos y controles, con la intención de crear un flujo de información, fundado en el propósito de satisfacer las necesidades de usuarios de los servicios internos en una organización o estructura dinámica. Es importante resaltar, que los indicadores de gestión deben ser diferenciados radicalmente de los propósitos de la llamada contabilidad social³⁶ interpretada desde la Teoría del beneficio verdadero.

Asumida aquí, la acepción *dinámica*, según Lewin, citado por Morfeaux (1985.Pág.85) es expresada como un “*método de acción ejercida sobre los individuos en grupos, con el propósito de modificar su comportamiento*”. (85). Dicho esto, conviene formularnos otra interrogante ¿Qué pasaría en un sistema humano social, si estuviésemos haciendo uso de la acepción dinámica, en el estricto sentido que comúnmente suele encontrarse en los sistemas dinámicos simples, como la mayoría de las máquinas y los modelos de la física newtoniana? De ser así, entonces de plano se establecería una injusta comparación del hombre con la máquina al estilo de La Mettrie. La conjetura, alude aquella longeva expresión elaborada por Julien Offray de La Mettrie (1709-1751) quien en su obra *L’homme*

³⁶ Esta teoría, sostiene que la empresa en la determinación de sus resultados ignora los efectos sociales y medioambientales por lo que, la información dada a través de la contabilidad social podría medir su contribución neta a la sociedad. Para determinar esta contribución se debe considerar los efectos externos sociales y medio ambientales que es originada en el proceso productivo, considerando necesario la valoración de esos efectos externos generados en la economía medioambiental. Este proceso de valoración medioambiental tiene muchas limitaciones ya que es inaceptable moralmente monetizar ciertos aspectos de la vida humana o la extinción de alguna especie, ya que existe una dificultad en elegir una tasa de descuento social, por ejemplo, para la valoración del efecto de los costos nucleares futuros; estas dificultades operativas e inconsistencias a los modelos de valoración han conducido a esta teoría a una solución práctica "calcular el costo para evitar los efectos externos sociales y medioambientales". Díaz Inchicahui Miguel **Quipukamayoc**© UNMSM. Facultad de Ciencias Contables ISSN versión electrónica 1609-8196

machine (1747), desarrolla de manera consecuente las concepciones del materialismo mecanicista, que le permiten considerar al hombre como una máquina. En Cortés y Martínez. (1996-98), se aprecian detalles interesantes tanto de la obra referida al mecanicismo, como del autor, el cual se cita por la concordancia de su pensamiento con el tema desarrollado en estos párrafos.

“Las ideas de La Mettrie estaban plenamente en consonancia con las de otros filósofos de la Ilustración, como el sensualismo de Condillac, que consideraba al hombre como una estatua con sentidos, o el pensamiento del barón d’ Holbach. Posteriormente T.H. Huxley (1825-95) consideró esta comparación como un paradigma o modelo del funcionamiento de los sistemas biológicos (Sobre la hipótesis de que los animales son autómatas y en virtud de ello y su historia, 1874). Modernamente, con la aparición de los sistemas cibernéticos, las computadoras y la denominada «inteligencia artificial», se plantea de nuevo esta cuestión, aunque desde la perspectiva, fuertemente influenciada por la idea de la máquina de Turing, de si las máquinas por ser determinantes en procesos dinámicos puedan pensar”.

Sin lugar a dudas, la acepción “dinámica”, en el caso de los equipos de trabajo más bien puede ser equiparada al término sinergia, porque etimológicamente contempla la acción de dos o más causas, y porque, cuyo efecto es superior a la suma de los efectos individuales. Además, la sinergia tiende a guardar una estrecha vinculación con los fines intrínsecos del “rendimiento humano”, cuando se trabaja en equipo. Esta especulación es corroborada por Fernández-Ríos, (ob.cit.) (819) cuando sostiene que la sinergia es una acción coordinada de varios factores que concurren hacia un efecto único, de modo que, el efecto resultante es siempre superior a la suma de los efectos alcanzados en cualquier acción aislada de cada uno de los factores independientemente considerados. Naturalmente que cuando se realiza trabajo en equipo existe una coordinación similar.

Sinergia, también es sinónimo de “unión de fuerzas” y “esfuerzo de equipo coordinado en pro de un objetivo”. Aunque sí realmente se le aplica un análisis interpretativo de orden etimológico, se encuentra que en la acepción sinergia, subyace de igual modo una comparación hombre máquina y puede visualizarse cuando el precitado autor habla de factores de rendimiento mediante la unión de

fuerzas. Características muy propias de los equipos máquina. Por ello cuando se hace referencia a los universalmente conocidos “Equipos de Trabajo”, nos volvemos a encontrar con el término dinámica, y en él, también resulta patética la comparación hombre máquina. Para visualizarla, bastaría con que se aplique un análisis al significado estructural del concepto “equipos de trabajo” para comprobar el giro que adquiere su significado tanto en el orden, como en la posición de los términos que guardan relación con el movimiento y sus resultantes. En esta dirección Fernández-Ríos, (ob.cit.) define equipos de trabajo como un grupo de personas que realizan sus actividades bajo una misma coordinación hacia unos determinados objetivos.

Entonces, conviene saber que, tanto la eficacia y satisfacción de sus miembros depende de factores intrínsecos y extrínsecos al grupo tales como, dinámica interna (movimiento interno alcanzado mediante la unión de fuerzas), definición de: metas, roles, expectativas de logro, adecuación del perfil directivo, cultura y procesos organizacionales”, entre otros. De manera tal, que aun en momentos claves, dentro de actividades y procesos específicamente humanos hacen empleo de términos inherentes a la máquina como suelen ser: dinámica, fuerza y por su puesto donde el fin común es la producción. Extraña de manera particular que, pese la existencia de una Filosofía de la técnica, como base estructural semántica, de la cual pudiesen servir para la construcción de étimos conceptuales, ésta, no ha sido tomada en cuenta por quienes de una u otra manera han venido estructurando conceptos duales como la determinación de la calidad de un objeto para designar capacidades entre quienes trabajan, tales como: capital intelectual, capital social, recursos humanos y otros que bien pueden ser merecedores de postulados concretos, a partir de criterios filosóficos validos por ser coherentes. Al contrario, se incurre en un craso error al distinguir acciones muy propias de las habilidades intelectuales desarrolladas de manera exclusiva por los humanos con terminologías mecánicas usadas en el argot de la maquinización.

En este orden de relaciones, cabe entender que, cuando se alude a términos técnicos usados indistintamente para cualificar a los denominados; “Capitales”, entre los que resaltan los “recursos humanos” y en consecuencia “talentos humanos”

construidos con la exclusiva intención de resaltar términos como: Conocimiento, habilidades y capacidades”, prácticamente, se intenta obviar la naturaleza de las Facultades humanas. Y en consecuencia, se está reforzando todo aquello que de manera mecánica gira en torno a las más candentes argumentaciones; sobre manera, cuando hay necesidad de hacer referencia a los resultados generados tanto por la creatividad e inventiva, como por la capacidad resolutive que les son inherentes al ente humano. Entiéndase funcionaria o funcionario público en el más ralo sentido de quien ejerce funciones y tareas.

3.1.6.- Talento Humano

El despliegue de uso dado a la acepción Talento Humano, viene a encontrar cabida en el ámbito empresarial privado; algunas veces como sinónimo de capacidad, otras, como equivalente a lo que hoy día se conoce como inteligencia práctica. De igual modo, es bien conocida la existencia de posiciones ubicadas detrás de un sentido reduccionista de lo humano, donde se inscriben teóricos que suelen aseverar que algunas personas alcanzarían a desarrollar más capacidades que otras. También en torno al tema, existen corrientes de pensamiento en torno a conducta y comportamiento humano inclinados a afirmar, que todos venimos a este mundo dotados de facultades o bases esenciales para hacer de todo, y en consecuencia, se estima que sólo faltaría desarrollar el potencial que intrínsecamente acompaña a cada ente humano. En esta misma dirección, se habla de la existencia de comprobaciones científicas, donde se expresa, que tanto para la activación de la inventiva o creatividad³⁷ como del talento, sólo privan factores esencialmente intrínsecos como: propósito, un fin en mente y voluntad para desarrollar tales capacidades.

Tal y como puede apreciarse, hasta ahora, no ha sido necesario hacer uso de la construcción “talento humano” para hacer referencia al desarrollo de determinadas capacidades. Con absoluta responsabilidad, se admite que su omisión

³⁷ En Morfaux (1985. Pág.68) se alude a la creatividad como un neologismo devenido del inglés *creativenees* construido sobre el modelo de “productividad” y se usa en psicología como sinónimo de Capacidad y métodos para encontrar ideas originales o soluciones nuevas, en particular en el campo de aplicaciones industriales tanto en el campo de la publicidad como en las ventas. Un ejemplo de ello queda representado en el Brainstorming.

obedece a que pasa a ser concebible como una expresión tautológica. De igual modo se considera redundante, porque el talento es otra de las grandes facultades encontradas de manera exclusiva en la especie humana. Por consiguiente, es tácito que todo talento sea humano, entonces, cuando se hace un uso ex profeso del término “talento humano” pareciera más bien, que fuesen seres de otra especie quienes estuviesen refiriéndose a los humanos. En demostración etimológica, se admite que la palabra talento por naturaleza, es parte de esas dotes naturales o adquiridas de inteligencia, cuyas facultades, son dadas de manera implícita y exclusiva a los humanos, para que desarrollen sus procesos cognoscitivos, tal y como intentan explicarlo Amaro y rojas (ob.cit., Pág.24) en cinco fases a través del siguiente cuadro.

FIGURA 1: Proceso Cognitivo



Fuente: Amaro y Rojas, 2007. (Pág. 24).

La discusión planteada en relación al término talento puede ser diferenciada a partir de: dos acepciones de talento encontradas en el diccionario de la Lengua Española, con dos del diccionario de María Moliner y una del diccionario de Ciencias humanas de Louis-Marie Morfaux. En la primera acepción del DRAE, talento es igual a Inteligencia y/o capacidad intelectual. Segunda. Talento es sinónimo de aptitud, y/o capacidad para el desempeño o ejercicio de una ocupación. Mientras que, en la primera acepción del Diccionario de María Moliner. La acepción talento es expresada como: Entendimiento. Inteligencia. Capacidad para obtener resultados notables con

el ejercicio de la inteligencia. En el caso específico de los adultos a esta inteligencia se la conoce como inteligencia práctica. Según Pineda (2002. Pág.151). A partir de las perspectivas planteadas por Cattell, en los años ochenta se elabora el concepto de inteligencia práctica, que se diferencia de la cristalizada, porque incluye un conjunto amplio de inteligencias diversas (Scribner, 1988). Otro aporte significativo de este autor, radica en la distinción entre lo teórico y el pensamiento práctico. Este último es definido como aquel modo de pensar que se desarrolla en actividades globales con la finalidad de llevar a cabo tales actividades sin que se diferencie el trabajo intelectual del manual (Scribner 1984:9).

Otra distinción evidente, sería la aportada Moliner (ob.cit.) cuando en una segunda acepción, denota que talento es Habilidad o aptitud para una cosa determinada: Por ejemplo; se dice que tal operario, tiene talento para los trabajos de mecánica. En esta acepción puede emplearse, naturalmente, en plural, para referirse a aptitudes diversas; pero el empleo en plural indeterminado, con el significado de «dotes» cambia la construcción. En esta fundamentación se basa Morfaux cuando interpreta que el talento en sentido general: es una aptitud natural o adquirida para usar con habilidad de los medios requeridos para alcanzar un fin. Dada las anteriores argumentaciones tendríamos entonces, distintas maneras de chequear la puesta en práctica del talento cuando se intenta explicar su aplicación práctica mediante el siguiente ejemplo. Un dispositivo electrónico, destinado a brindar servicio optimo de tomografía, genera de manera constante la demanda de muchos otros dispositivos y componentes muy sofisticados requiere tanto de: “adecuaciones para” que sea operativo en un área determinada, como adaptaciones de dispositivos genéricos.

Asumida aquí la acepción dispositivo, como cualquier mecanismo o artificio, dispuesto para producir una acción prevista, donde se conjugan las dos formas de pensamiento descritas por Scribner como pensamiento teórico y pensamiento práctico. Otro ejemplo, sería la telefonía móvil que funciona cual mini computador o cámara fotográfica. Para que este avance tecnológico ocurra, indudablemente se ha requerido gestionar (administrar) el conocimiento técnico en mayor grado, hasta dotar a los especialistas de un adecuado grado de competencias de gestión, fundamentadas en nuevas tecnologías; o sea, aquellas donde por ejemplo; se

desarrolla el dominio sobre la conformación estructural de equipos de computación. Las competencias de gestión se definen por la orientación hacia los resultados dentro de las organizaciones.

Al revisar lo anteriormente expuesto, cabe admitir, que dentro del conjunto de relaciones que se establecen al interior de una totalidad de Conocimiento, tanto tecnológico como humano-conductual, conviene retomar lo que sobremanera desde el mundo empresarial se ha venido definiendo como talento humano; lo cual, en esencia, no dista de ser una tautología más, utilizada para definir concepciones de: Inteligencia, capacidad intelectual. Dado a que su fin radica en desarrollar una aptitud, o capacidad para el desempeño y/o ejercicio de una ocupación.

En consecuencia, para hacer un leve despeje de dudas en torno a esta construcción gramatical, se abordaría desde la erotética cotidiana como una forma corriente de preguntar, en la que se asume de manera sobreentendida el significado de las preguntas debido las formas de respuestas a ellas³⁸. En casos específicos, cuando se hace uso de dispositivos tecnológicos cabe formular preguntas puntuales a fin de localizar algunas pistas que conduzcan a identificar bases donde pueda centrarse o desarrollarse el talento. **1)** ¿Solamente sería talentoso el fabricante, y no aquel que hace uso de la invención? O por el contrario. **2)** ¿Los usuarios hacen uso de un dispositivo tecnológico, sólo para desarrollar la creatividad que particularmente cada uno de ellos pueda poseer? **3)** Entonces, ¿Quiénes pueden ser considerados como poseedores del talento humano, el fabricante, o los usuarios de dispositivos tecnológicos? Porque, también es válido pensar, que en última instancia son los usuarios quienes demandan exigencias de los nuevos Conocimiento que se alcanzan mediante la investigación de procesos tecnológicos realizados por los fabricantes tal y como puede apreciarse en los equipos de alta tecnología o tecnología de punta, usados como dispositivos de tecnología médica, por ejemplo.

³⁸ La Erotética según Arcángel Becerra, (2002. Pág.107) es la rama de la lógica y del conocimiento que se ocupa del estudio de las preguntas en toda su extensión y significado. Entre sus más destacados estudiosos se tienen: N. Rescher, G. Sthal, D. Harrah y N. Belnap.

El cierre de la analogía anterior, se determinaría mediante el uso de un razonamiento simple, al extrapolar las respuestas a las tres preguntas donde quedan involucrados: fabricantes, usuarios y dispositivos tecnológicos *per se*, para despejar la controversial madeja que implican en modo específico aquellas acepciones de talento dispuestas en estrecha relación con los procesos de trabajo, las cuales refieren al talento como: *Aptitud, y/o capacidad para el desempeño o ejercicio de una ocupación*. Por consiguiente, desde esa óptica cabe especular sobre dos premisas. Con la primera, se concluye que todo talento es humano y, la segunda premisa radica en que de acuerdo a la competencia de gestión requerida por cualquier trabajo, se hace necesario activar en menor o mayor proporción el talento.

3.1.7.- Capital Humano

En otro orden de ideas, cabe destacar que pese la longevidad del tema sería en la última década del siglo XX cuando en Venezuela se comenzaría a hablar con mayor insistencia de Capital Humano dentro de las organizaciones públicas. Este concepto, construido en el ámbito empresarial internacional es presentado por Fernández-Ríos, (ob.cit.) como un “Conjunto de Conocimiento, habilidades y actitudes de las personas con que cuenta una organización para desarrollar el proyecto de empresa y alcanzar las metas y objetivos propuestos. Por su parte, Martínez Pichardo y Sarmiento T. (2005.Pág.24) Sin embargo, la ciencia económica comienza de verdad a tomar en cuenta el papel del capital humano a partir de los aportes de Schultz (1961) quien planteó por primera vez: Becker (1964) es quien reconoce el valor del capital humano.

Este mismo término, capital humano, es definido por Contreras de Ussher (2005. Pág.56) como: El conjunto de los recursos humanos de los que dispone una empresa. El término se refiere de manera particular al valor de los Conocimiento y la experiencia que se invierte en el trabajo y que favorece a la empresa. De hecho, los precitados autores, consideran al capital humano como un factor económico primario en su estudio sobre el conocimiento, donde además concluye que, el mayor tesoro que tienen las sociedades es el capital humano que poseen, refiriéndose a éste como habilidades y destrezas que las personas van adquiriendo a lo largo de su vida,

bien sea por medio de estudios formales, como las escuelas, o por Conocimiento informales, que son lo que adquieren las personas por medio de la experiencia. Siendo aquí, donde precisamente Becker (1964) pone mas énfasis al señalar que: “Muchos trabajadores elevan su productividad aprendiendo en el puesto de trabajo, al adquirir nuevas técnicas o perfeccionar las antiguas”. Esto, evidencia que la formación en el puesto de trabajo inclina la balanza hacia la agregación de valor a las capacidades (tenidas como capital humano) de los trabajadores.

De allí que, constantemente se tiende a establecer una confusión entre la acepción capital humano con la de recursos humanos. Porque en resumidas cuentas no existe diferencia alguna en los fines perseguidos por ambos conceptos. Tan así es, que el referido autor nos dice; el conjunto de los recursos humanos reales y potenciales que dispone una organización en un tiempo dado constituye su capital humano. Por su parte Betancourt ob.cit. (27) define al capital humano en tres dimensiones *la primera* tiene que ver con la cantidad de personal con que cuenta una organización. *Segunda*; estaría fundamentada en las competencias que puedan poseer las personas para ejecutar los procesos y una *tercera* dimensión radica en la cultura organizacional adecuada.

3.1.8.- Capital Intelectual

Este, viene a ser otro binomio conceptual, suficientemente usado en las últimas décadas, al parecer surge a partir de los trabajos de Likert y Bowers (1968). Por su parte, Peluffo y Catalán ob.cit. (Pág. 36) refieren que fue Thomas Stewart, quien acuñaría (en modo heterológico) la definición de Capital Intelectual para definir la suma de todos los Conocimiento que poseen los empleados de una empresa y le dan a ésta, suma ventaja competitiva” (*A esta sumatoria de Conocimiento Gagné las identifica como habilidades intelectuales (1997.Pág.36) Estas son capacidades que hacen competente al hombre*). Sin embargo, es a partir de los estudios hechos por Queiroz y otros Ibíd. (Pág.1), donde se aprecia buena parte de la evolución histórica del binomio Capital Intelectual, donde se admite que, también han sido frecuentes las propuestas teóricas sobre la contabilización de hombres y mujeres trabajadores bajo la etiqueta de intangibles como se le ha venido definiendo en las últimas décadas a los “recursos humanos”.

La contabilidad de los Recursos Humanos ha sido una parte importante de la Contabilidad Social con trabajos como los de Likert y Bowers (1968) y Brummet, Flamholtz y Pyle (1968). Entre los pronunciamientos pioneros de asociaciones profesionales destacó el “Report of the Committee on Human Resource Accounting” de la American Accounting Association, AAA (1977).

Estos autores, luego de revisar diversas líneas de investigación, consideradas como pioneras en el desarrollo del denominado Capital Intelectual ubican los trabajos de Brooking (1996), Sveiby (1997), Edvinsson y Malone (1997) y Stewart (1998) fundados en híbridas teorías cuyos contenidos se estructuran entre la contabilidad comercial y la productividad humana. Más no en la productividad intelectual. En este mismo orden de ideas, se encuentran Modelos de medición del capital intelectual, cuya secuencia histórica recorre un orden cronológico que partiría desde el año 1996 al 99. Destaca en esta dirección, una revisión oportuna a la ausencia de normativas teóricas, dado que en su gran mayoría estos modelos sean diseñados y construidos fuera de los debidos contextos de las ciencias humanas y/o ciencias sociales con que se nutren los estudios del trabajo, en vinculación con las ciencias administrativas las cuales sirven de soporte tanto a la administración como la gerencia para relacionar al objetivo central de sus propósitos como resultan ser los entes humanos que trabajan. Al parecer, tampoco estarían soportados en bases teóricas-epistemológicas de las ciencias de la educación, las cuales, de ordinario se articulan con las que estudian los comportamientos conductuales, actitudinales y/o cognitivos.

CUADRO 02. Cronología de Algunos Modelos De Medición Del Capital Intelectual

Modelo	Autoría	Fecha de Creación
Balanced Business Scorecard	Kaplan y Norton,	1996
Navigator de Skandia	Edvinsson,	1992-1996
Technology Broker	Brooking	1.996
Universidad de West Ontario	Bontis	1.996
Canadian Imperial Bank	Hubert Saint-Onge,	1.996
Intellectual Assets Monitor.	Sveiby,	1.997
Down Chemical	Euroforum,	1998
Intelect	Euroforum,	1998
Capital Intelectual	Drogonoetti y Roos,	1998
Dirección Estratégica por Competencias: El Capital Intangible,	Bueno	1998
Nova	Club de Gestión del Conocimiento de la Comunidad Valenciana	1999

Fuente: Elaboración propia del autor, Robles 2008.

Siguiendo estas consideraciones. En nuestra opinión el llamado capital intelectual no deja de ser un símil de lo que Gagné, ob.cit., define como habilidades humanas. Esta apreciación queda reforzada en (Ibíd. 44) donde sostiene lo siguiente. Cuando se analizan las actividades humanas derivadas de las necesidades sociales, se obtiene un conjunto de capacidades humanas, las cuales son descripciones de lo que los adultos de una sociedad deben saber, particularmente de lo que deben saber hacer. Por añadidura, se revisarán aquellos modelos de gestión cuyos contenidos reúnen elementos que guardan una estrecha vinculación con los tópicos tratados en este capítulo bajo el título de: *acepciones que tienden a definir grados de dominio del conocimiento en los procesos de trabajo dentro del sector salud*. Además de otros múltiples razonamientos teóricos, para los efectos del análisis aquí planteado, en buena medida serán contrastados entre sí, cinco modelos encontrados en gestiondelconocimiento.com.

El primer modelo a ser analizado, será el Intellect (euroforum, 1998), dado a que reúne criterios como: identificación, selección, estructuración y medición de activos. Aun cuando sus autores admiten que dichos criterios hasta ahora no han sido evaluados de forma estructurada por las empresas, reconocen que pretende ofrecer a los gestores, información relevante para la toma de decisiones y facilitar información a terceros sobre el valor de la organización. A decir de sus creadores (euroforum, 1998), este modelo se caracteriza porque: Enlaza el Capital Intelectual con la Estrategia de la organización. De igual modo los autores del Modelo Intellect, estiman que éste, es un modelo que cada organización debe personalizar. Otra de las características, es que se le considera abierto y flexible. Además, sostienen que mide los resultados y los procesos que los generan, aun cuando sus mismos creadores no dan testimonios de haberlo utilizado en mediciones puntuales dentro de empresa alguna, pero; aseguran que combina distintas unidades de medida. En consecuencia estiman que es un modelo aplicable a diversas organizaciones, porque según permite operar a partir de una Visión Sistémica.

Los tres grandes bloques que integran el Modelo Intellect. En consideración a la importancia que revisten para la estructura integral de cualquier proceso de

gestión del conocimiento los componentes distinguidos como: Capital humano. Capital Estructural y Capital Relacional. Así, como las dimensiones que los autores de este modelo le incorporan a la estructura del mismo fundada en un direccionamiento que transita desde: el Presente al Futuro, y de lo Interno a lo Externo donde además destaca el llamado Flujo / Stock, al tiempo en que se destaca el modo como ambos se conjugan con los Conocimiento del tipo Explícito y Tácito. A lo interno de la concepción del modelo Intellect, el Capital Humano es referido al conocimiento (explícito o tácito) útil para la organización que poseen las personas y equipos de la misma, así como su capacidad para regenerarlo; es decir, su capacidad de aprender. El Capital Humano, es la base de la generación de los otros dos tipos de Capital Intelectual y Relacional.

En párrafos anteriores, se ha hecho referencia a una especie de deshumanización del trabajo que radica en la concepción de una nueva División Internacional del Trabajo (DIT) cual es una ramificación de la acumulación primitiva del capital inspirada en el impulso de la primera revolución industrial viene a quedar confirmado por quienes desarrollaron el Modelo Intellect, conscientes tal vez de, que una forma sencilla de distinguir el Capital Humano es, sabiendo que la organización no lo posee, no lo puede comprar, sólo alquilarlo durante un periodo de tiempo. Todo esto sencillamente porque a las capacidades del ente humano no se le puede comprar.

Mientras que el Capital Estructural, viene a ser descrito por este modelo como el conocimiento que la organización consigue explicitar, sistematizar e internalizar y que en un principio puede estar latente en las personas y equipos de la empresa. De igual modo, los creadores del modelo aceptan que en el denominado Capital Estructural quedan incluidos todos aquellos Conocimiento estructurados de los que depende la eficacia y eficiencia interna de la empresa entre los que destacan: sistemas de información y comunicación, la tecnología disponible, los procesos de trabajo, las patentes, los sistemas de gestión. Es importante destacar, que los desarrolladores del modelo no dudan en reconocer que el Capital Estructural pasa a ser propiedad de la empresa, y queda en la organización cuando sus personas

(creadores o desarrolladores) la abandonan. De igual modo, reconocen que un sólido Capital Estructural, facilita una mejora en el flujo de conocimiento e implica una mejora en la eficacia de la organización.

Entre tanto, el Modelo Intellect, define al Capital Relacional, como el valor que tiene para una empresa, todo el conjunto de relaciones que mantiene con el exterior de la misma. El cual incluye: La calidad y sostenibilidad de la base de clientes de una empresa y su potencialidad para generar nuevos clientes en el futuro. En este mismo orden de relaciones, se percibe que la clave para su éxito, vendría dada en buena parte por el conocimiento que puede obtenerse de la relación con otros agentes del entorno (alianzas, proveedores) dado a que el modelo opera con unas dimensiones incorporadas a la estructuración y medición de los activos intangibles que permitirían actuar en el momento inmediato y sobre todo, revelar el futuro previsible de la empresa, en función a la potencialidad de su Capital Intelectual y los esfuerzos que se realizan en su desarrollo. Entre tanto, a lo Interno y Externo de las organizaciones, el Modelo Intellect, prevé identificar cualidades en los intangibles (léase hombres y mujeres trabajadores) que generan valor desde la consideración de la organización como un sistema abierto. Se consideran los activos internos (creatividad personas, sistemas de gestión de la información) y externos (imagen de marca, alianzas, lealtad).

Dentro de esta perspectiva, cabe resaltar que el sólo hecho, de hacer un pequeño análisis semántico al conjunto de relaciones que se establecen al interior de una totalidad de conceptos empleados en modelos como el Intellect, se percibe el juego en que incurre la gran mayoría de ellos, no solo con la pretensión de forzar cambios a conveniencia en el léxico tradicionalmente empleado en los procesos de trabajo. Sino que, también a través de ellos, se ha pretendido cosificar el conocimiento al modificar y/o suplantar términos específicos por otros que nunca llegarán a calzar de un todo en la adecuada estructura semántica que constituye la esencia de los, porque demuestran ser demasiado incongruentes tanto con la epistemología, como con el contexto humano que trabaja y produce Conocimiento. Por ejemplo; una clara evidencia de estas apreciaciones, coincide con la connotación

dada a la palabra **Flujo**, al ser usada como sinónimo de abundancia de saberes a lo interno de una empresa. En concreto, la palabra flujo es poco polisémica, por tanto, no está en capacidad de ofrecer muchas acepciones que concuerden con los propósitos modificadores a los que se circunscriben estos modelos.

El trasfondo de estas precisiones puede rebatirse recurriendo a una revisión etimológica fundada en dos Diccionarios de lengua española comenzando con la versión Electrónica de María Moliner, donde la palabra Flujo, es definida como: “acción de correr o brotar un fluido u otra cosa”. En términos contables, adquiere una connotación que la equipara a fluidez de capitales, flujo de capitales, o flujo de caja. Empero, sigue guardando distancias con la abundancia de saberes y/o Conocimiento. En tanto que, en el Diccionario de La Lengua Española la acepción de flujo más cercana al conocimiento alcanza a traducir “abundancia excesiva de vocablos”.

Al mismo tenor de la connotación dada a la expresión flujo, se hace uso de la acepción stock para suplantar la acepción biblioteca y/o bloques de contenido de saberes específicos. Sabino (1991. Pág.227) sostiene que stock, es una palabra inglesa que significa “existencias” o “mercancías almacenadas”. Y añade. Stock es parte del capital de trabajo de una empresa y consiste en mercancías terminadas y listas para la venta. Empero, los creadores tanto del Intelect, como de otros modelos al hacer uso de la acepción stock intentan añadirle un carácter dinámico a las tradicionales formas de guardar contenidos de Conocimiento y saberes ordenados en las bibliotecas. En consecuencia, se habla de stock de capital intelectual. En este orden de ideas, existe un sin número de estructuras gramaticales repletas de léxicos impertinentes, con los que se pretende aludir acciones de conocimiento. Como por ejemplo. *El adecuado y constante transvase entre Conocimiento tácitos y explícitos es vital para la innovación y el desarrollo de la empresa.*

Si hacemos esta expresión haciendo uso de específicas acepciones en idioma español de esa estructura gramatical habría que hacer la siguiente reestructuración. En un primer momento la palabra correcta viene a ser transvase que significa;

“acción y efecto de transvasar”. Por consiguiente transvasar quiere decir: “*Pasar un líquido de un recipiente a otro*”. Entonces, metafóricamente se estaría queriendo significar lo siguiente. El paso constante entre Conocimiento tácitos y explícitos resulta un hecho vital para alcanzar la innovación y el desarrollo en la empresa. Pero; no hay que obviar aquí, que subyacentemente también se estaría comparando a humano con un recipiente, y un recipiente según el DRAE es un utensilio hecho de diversas materias, por tanto es una cosa. Lo cual induce a pensar que esta construcción tiende a cosificar al humano que aprende.

En consecuencia, con los razonamientos anteriores se pretende abrir posibilidades de hacer análisis críticos que permitan por una parte, entender el contenido semántico de los modelos de medición de capacidades humanas y/o Conocimiento para el desempeño en diversos campos laborales. Y, en otro contexto, revisar si los mismos vienen siendo estructurados sobre bases de pertinentes sustratos teóricos necesarios para promover y conservar Conocimiento adecuados a determinadas corrientes filosóficas de pensamiento crítico, o si los mismos serían vulnerables al continuo imperante en la teoría de la dominación. Los cuales han demostrado una visible incongruencia con los propósitos liberadores necesarios para desarrollar un Sistema Público de Salud.

El entramado de la anterior discusión, radica en la forma que algunos modelos como el Intelect pretenden al interior de la empresa hacer suya de manera exclusiva: la planificación, coordinación, transferencia y/o gestión de los Conocimiento tácitos (o empírico) y explícitos (transmisibles) al igual que aquellos Conocimiento más personales, subjetivos y difíciles de compartir por parte de los trabajadores y trabajadoras. Es bien sabido, que estos presupuestos no son viables sin el respaldo pertinente de un sustrato teórico. En este mismo orden de relaciones, conviene hacer un trasluz por los resquicios que a menudo abren dudas por la forma en que algunos autores, circunscriptos a determinadas tendencias y/o corrientes de pensamiento plantean el término “capital intelectual” inspirados en la idea de hacer comparaciones con un máximo grado de valoraciones. Cuando de hecho, existe presunción de riesgo al cualificar a ultranza que todo trabajador representa en potencia un “capital

intelectual". A propósito de ello Williams ob.cit. (Pág.189) sostiene que la acepción intelectual.

Al menos, se usa hoy con frecuencia de una manera neutra y por momentos incluso favorable, para designar personas que se dedican a ciertos tipos de trabajo intelectual, especialmente los más generales. En las universidades se hace a veces una distinción entre especialistas o profesionales, con intereses limitados, e intelectuales, con intereses más amplios. En líneas más generales, se insiste a menudo en los productores directos en la esfera de la ideología y la cultura, en contraste con aquellos cuyo trabajo, si bien "exige" un esfuerzo mental, pertenece esencialmente al ámbito de la administración, la distribución, la organización o (como en ciertas formas de docencia) la repetición.

Esta reflexión de Williams, permite entrar en concordancia con Betancourt ob.cit. Pág. (27) cuando visualiza al Capital Intelectual como: un proceso de sistematización del conocimiento que básicamente se ampara en el adiestramiento que difunda el conocimiento. Pero al mismo tiempo, nos conduce a revisar de manera más detenida la acepción *intelectual* desde dos premisas. La *primera*, es presentada por Morfaux (ob.cit.) quien expresa. La acepción intelectual es relativa a: inteligencia, intelecto, entendimiento, o a la mente. Y ese entendimiento es requerido para aceptar la transferencia de Conocimiento necesarios para desarrollar las competencias signadas en habilidades y destrezas las cuales, necesariamente deben estar ubicadas en el campo social, desde donde este autor establece dos justipreciaciones substantivas del término intelectual, con aplicación en esta área.

No obstante, se estima conveniente saber que más allá de la confusión etimológica surgida entre capital intelectual y el capital económico extraído desde las técnicas contables conviene hacer una clara distinción entre los fines; tan así es, que algunos teóricos suelen argumentar que, al decir capital intelectual directamente nos estaríamos refiriendo al capital económico como principal nutriente del capitalismo, que obedece básicamente a: *La riqueza puesta en reserva, ya sea para su posterior consumo, ya sea como medio destinado a producir nuevas riquezas, mediante la aplicación de los valores de cambio y uso*. Por consiguiente, esta posición en sí misma, exige diferenciar el uso de un binomio producido desde el contexto de la contabilidad mercantil, con el indebido uso que se le pueda dar en el sector público,

aún cuando se pretenda contextualizar dentro de la trama que ha sido denominada como “contabilidad social” que a la postre, en nada se diferencia del capital como valor de cambio que promueve y sustenta el valor de uso.

Este valor de uso, según Williams ob.cit. (Pág. 49) deviene de los *capitalistas que tiene mano de obra barata cuando la necesitan*. Pero ahora ya tenemos claro que etimológicamente el término capital, aparte del valor de cambio contiene otros significados que no chocan con los saberes que en menor o mayor grado puedan poseer el conjunto de humanos. Indudablemente que el capital económico genera los procesos productivos dentro de las organizaciones que operan al servicio del capitalismo, como régimen económico caracterizado por la gran industria y el libre comercio impulsado por la propiedad privada de los capitales. Al asumir, que la raíz etimológica de la acepción capital, deviene del término cabeza tal y como lo expusieramos con anterioridad. Y entendamos, que la acepción “intelectual” se corresponde con el planteamiento de intelecto activo o de la razón, hecho por Aristóteles y los escolásticos, cuando establecieron una clara diferenciación del mundo sensible entre intelecto pasivo e intelecto activo, determinando a su vez que intelecto pasivo es la función por la cual recibimos Conocimiento por la mediación de los sentidos.

Cabe destacar, que desde su aplicación práctica el término “intelectual” hace referencia.- a) Al que, por profesión, cumple solamente tareas en las que se ejercita sobre todo la inteligencia o las facultades mentales; ejemplo los escritores, los críticos, los profesores y científicos entre otros. Y, b) en sentido peyorativo, aquel que, entregándose solamente a investigaciones u ocupaciones en las que predomina el pensamiento abstracto, pierde el sentido de las realidades concretas y de la vida practica. A sabiendas, que estas competencias son ocupadas por quienes han tenido a bien dedicarse a ellas y desarrollarlas hasta generar productos en este orden, entre los que destacan creaciones literarias o científicas de diversas índoles, mal pudiésemos adjudicar el calificativo de intelectual a toda persona que cumple funciones productivas en cualquier lugar o área de una organización, y al mismo

tiempo adjetivarle la categoría de “capital intelectual” como si se tratase de un común remoque.

Por consiguiente, se estima necesario preguntar ¿Ciertamente, le puede ser dado en acompañamiento al intelecto la categoría de capital?, es necesario hacer una deconstrucción del binomio y revisemos primeramente el significado que desde una óptica humanista Louis- Marie Morfaux (1985) ha dado a la acepción capital, traducida del latín *capitalis*, la cual en español adquiere el significado. “Propio de la cabeza, *caput*, o relativo a la misma”. De igual modo, el término *intellectus*, también deviene del latín, y al ser traducido al español se entiende como: “Facultad de comprender, darse cuenta, conocer, comprender”. Tal y como puede apreciarse, independientemente cada una de estas acepciones guarda estrecha relación con el ente humano. Lo cual, da pie para deducir que al desarrollarlas en conjunto se estaría hablando de asumir una condición de competencia intelectual. Por tanto, al decir capital humano, se hace referencia, a una expresión binómica formada con toda la intencionalidad de aludir a las potencialidades intrínsecas, que posee cada ser humano en su cabeza, como albergue de la masa cráneo encefálica, donde convergen los saberes registrados en los tres cerebros humanos identificados hasta el presente donde destacan: características, habilidades, o conductas directamente relacionadas a su efectividad en un trabajo. A esas características, habilidades o conductas se las denomina genéricamente competencia. En otras palabras, decimos que: el capital intelectual de un individuo es la sumatoria de sus competencias.

Al seguir el curso del debate respecto a la génesis del binomio Capital Intelectual, trasciende las fechas antes descritas por estos autores, para resituarse en hechos concretos a favor de las empresas con capital privado; permitiendo inclusive, hablar de “contabilidad social”, concepto este, que le ubica cómodamente en condición de aliado a la producción y la productividad, según queda reflejado en Queiroz y otros, ob.cit. La *segunda premisa*, con que se aborda el tema referido al “Capital intelectual” puede ser vista desde otra de las concepciones surgidas en el siglo pasado bajo el entendido de cociente intelectual. En Cortés y Martínez (1996-98) se aprecia que es una manera de expresar el desarrollo según la edad introducida por William Stern, psicólogo alemán, la cual se obtiene, dividiendo la

edad mental (EM) por la cronológica (EC) y multiplicando por 100 el resultado. Esta explicación invita a que nos preguntemos ¿Será, que en el seno de las organizaciones productivas se aplica esta formula a cada trabajador antes de catalogarlo en el vademécum que les certifica como capital intelectual?

Para que se pueda entender el símil de “Capital intelectual”, es menester conocer el desarrollo de la formula con que se obtiene el coeficiente intelectual según se especifica: $EM, \text{ sobre, } EC, \times 100$, cuyo despeje es el siguiente. La edad cronológica es la que el sujeto tiene. La edad mental (EM) es el valor promedio de los tests que el individuo resuelve de modo satisfactorio, y que el promedio de sujetos de una edad determinada resuelve; se supone que todo sujeto soluciona satisfactoriamente algunos “tests” o parte de “tests” que superan su edad cronológica y todos los que le son inferiores o los que son propios de su edad cronológica (EC). Se asume, que las gerencias de organizaciones tanto privadas como públicas que se priven de ser responsables, no deberían hacer uso indiscriminado de la acepción <<intelectual>> en el sentido de una paradoja o figura de pensamiento que consiste en emplear expresiones o frases que envuelven contradicción al cualificar a cualquier trabajador o grupo de trabajadores como legitimo capital intelectual sin tan siquiera haber medido su coeficiente intelectual CI. Es bien sabido, que las mediciones de CI hechas por psicólogos especializados son trascendentes a los modelos de medición del desempeño laboral. Por intermedio del coeficiente intelectual se puede apreciar lo siguiente.

Un CI superior a 100, indica que la edad mental del sujeto es mayor que su edad cronológica; un resultado inferior, que su edad mental se halla en cierto retraso respecto de la edad que tiene. Por encima de 120 se considera al individuo como dotado. Por ejemplo; si se aplica la siguiente ecuación a un niño de ocho años ($EC = 8$) que soluciona todas las pruebas de un test para niño de ocho años y además ocho pruebas (de un total de diez) para niños de nueve años, tiene la MD de 8,8 ($9-2/10=8,8$), y su CI es 1,1 (110) CI es igual 8,8 sobre ocho, igual $1,1 \times 100 = 110$.

A manera ilustrativa, nos serviremos de la experiencia del test desarrollado por Stanford-Binet (1857 - 1911) quien fue, pedagogo y psicólogo francés. Se le conoce por su esencial contribución a la psicometría. Por tanto, se le considera el padre de los test de inteligencia. Además Binet, fue creador de los primeros estudios sobre la

inteligencia. En 1916, estas pruebas se tradujeron al inglés y pasó a llamarse Test de Stanford (porque se tradujo en esta Universidad) o Test de Stanford-Binet. (Tomado de <http://es.test-de-inteligencia.Centraltest.com>). En base a lo anterior, Pineda ob.cit. (150) señala que a partir de los estudios cuantitativos de tests de inteligencia, psicólogos como Wechsler (1958). Llegaron a la conclusión, que la inteligencia declinaba con la edad. Por ejemplo, este psicólogo marcó el punto de inflexión a la edad de 20 años y afirmó que no podemos confundir la sabiduría de la gente mayor con habilidad intelectual. Concluye Wechsler. Lo que popularmente entendemos como sabiduría servía para funcionar el mundo, pero no para producir o crear.

Lejos de una expedita pretensión de promocionar modelo alguno en particular, pero en consideración a que el test de Binet goza de una probada y larga trayectoria en múltiples estadios o etapas de procesos similares, donde ha dado innumerables resultados positivos al determinar grupos de coeficientes cuando ha sido aplicado. No obstante, cabe la siguiente salvedad. Se reconoce que la experiencia de Binet como herramienta paramétrica no deja de ser uno de los instrumentos con que se sirve el paradigma positivista. Por tanto, esta mención debe ser vista como una simple comparación y no como recomendación alguna.

Cuadro 03: Escala Del Coeficiente Intelectual

CI	Grado de Inteligencia	% de casos
Más de 140	Superior	1,5
120-139	muy buena	11,9
110-119	buena	18,0
90-109	media	48,0
80-89	mediocre	14,0
70-79	deficiencia ligera	5,0
menos de 70	desde debilidad notable a idiotez	2,5

Fuente: Elaboración propia del autor, Robles 2008.

Desde el campo de los estudios del coeficiente intelectual, la referencia hecha a Binet, permite reforzar el argumento del discurso capital intelectual, para que se adecue su uso en el campo organizacional (o de las empresas), sin tener que incurrir deliberadamente en posiciones de libre albedrío y por extensión pretender desconocer toda una trayectoria investigativa en torno al caso. Dado a que los

estudios sobre el intelecto no sólo se tienen como investigaciones serias sino que han demostrado estar enmarcados en teorías con trascendencia lo suficientemente sólidas, por haber sido validadas durante algo más de un siglo.

Entonces, sin incurrir en ningún tipo de academicismo ni radicalismo científico se interpretarían como validas las cualificaciones referidas a capital intelectual siempre y cuando se aluda a, alguna fundamentación teórica o se cumpla al menos con el prerequisite que de entrada permita conocer el coeficiente intelectual de los individuos que conforman lo grupos de trabajadores denominados como tal. Pero; no debería ser valido aceptar argumentaciones hechas de manera generalizada, a la usanza del furor que imprime el éxtasis de las modas gerenciales en su etapa de adopción donde comúnmente se suelen etiquetar más bien en sentido peyorativo, hechos y acciones a ultranza, yendo desde lo simple a lo complejo. Porque de lo contrario estaríamos más bien abordando un desfasado intelectualismo.

El término Intelectualismo, se origina del latín -intellectus, inteligencia, entendimiento-. Y se traduce en tendencia a expresar lo que son las cosas, sólo a través de conceptos abstractos, dejando de lado toda consideración concreta y vital de las cosas mismas. Esta primacía exagerada otorgada al entendimiento, se considera normalmente un exceso, por que el término suele ser empleado en sentido peyorativo. Según Abbagnano (1998) el intelectualismo “fue aplicado por Hegel a la filosofía de plotino, quien interpretaría el éxtasis como algo que rebasa el contenido de la conciencia sensible; en este sentido, se le toma como “pensamiento puro”. Y al respecto añade. Él término, es ahora usado polémicamente por las filosofías de la vida y de la acción para designar la dirección contraria a ellas según las cuales el entendimiento (el pensamiento o la razón) tienen una función predominante en el conocimiento y en la conducta del hombre. (Pág.691)

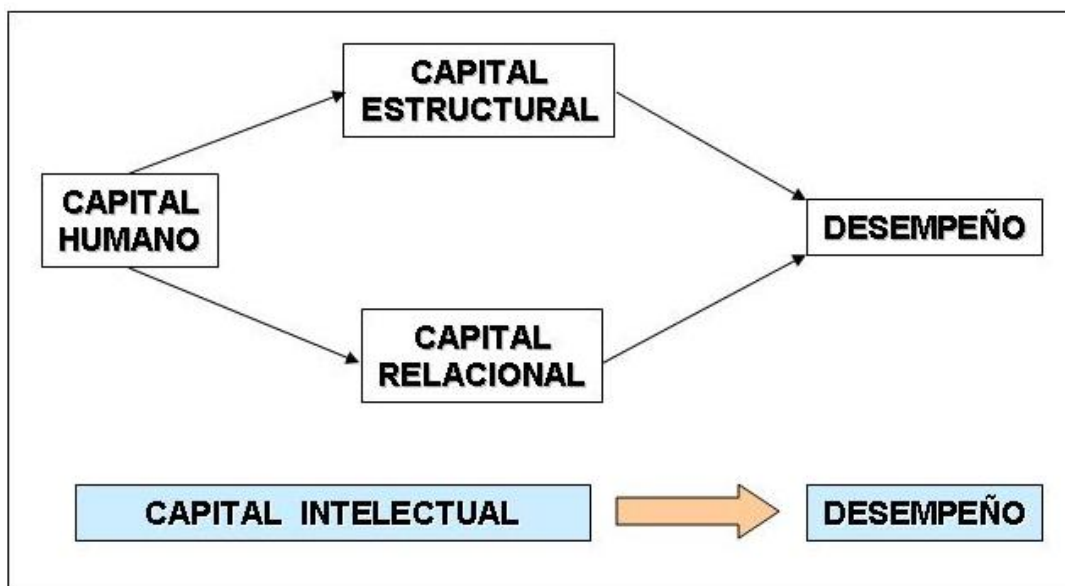
En la actualidad existen Modelos como el Technology Broker, también conocido como Brooking, 1996, en honor a Annie Brooking quien lo desarrollaría en el año 1996, que viene a representar una clara evidencia del intelectualismo por el modo como se ejemplifica el *Capital Intelectual* en el ámbito empresarial privado. Cabe significar, que este modelo parte del mismo concepto usado en el modelo de Skandia, ambos, pese a denominarse modelos de capital intelectual tienden a resaltar de manera incondicional *el valor de mercado de las empresas por la suma de los activos tangibles y el Capital Intelectual*. Entre sus características principales el Technology Broker a diferencia de otros modelos de esta índole opera del siguiente modo. Es un Modelo, que define sus indicadores cualitativos en un listado de criterios también cualitativos. Por tanto, no es cuantitativo.

De igual modo, incide en la necesidad de desarrollar una metodología para auditar la información relacionada con el Capital Intelectual y tiende a clasificar los activos intangibles en cuatro categorías a saber: **Activos de mercado**: en ellos reside la capacidad de la empresa para generar correlaciones y, a partir de ellas, mejorar su posición competitiva. **Activos humanos**, se corresponde con la plantilla de personal de la organización. **Activos de propiedad intelectual** Hay algunos intangibles que pueden ser negociados sus derechos tales como las marcas, patentes, derechos de autor, pero hay otros como el crédito mercantil adquirido que es inseparable de la entidad que lo origino. A estos se le puede añadir una lista con las patentes, solicitudes de patentes o innovaciones que haya realizado o que pueden ser patentados y **Activos de infraestructura**. Las infraestructuras no son un fin en sí mismas. Más bien son el medio de garantizar la prestación de bienes y servicios que promuevan la prosperidad y el crecimiento y que contribuyan a aumentar la calidad de vida, incluidos el bienestar social, la salud y la seguridad de los ciudadanos, así como la calidad de su medio ambiente. Cabe resaltar que la sumatoria de ellos es fundamentalmente esencial en la constitución del Capital Intelectual, según se aprecia en la gráfica siguiente.

FIGURA 02: Estructura de Medición del Capital Intelectual - Modelo Technology Broker

Fuente: Technology Broker. Annie Brooking (1996). Disponible en:
<http://www.gestióndelconocimiento.com> (Consultada: Mayo 24 de 2007).

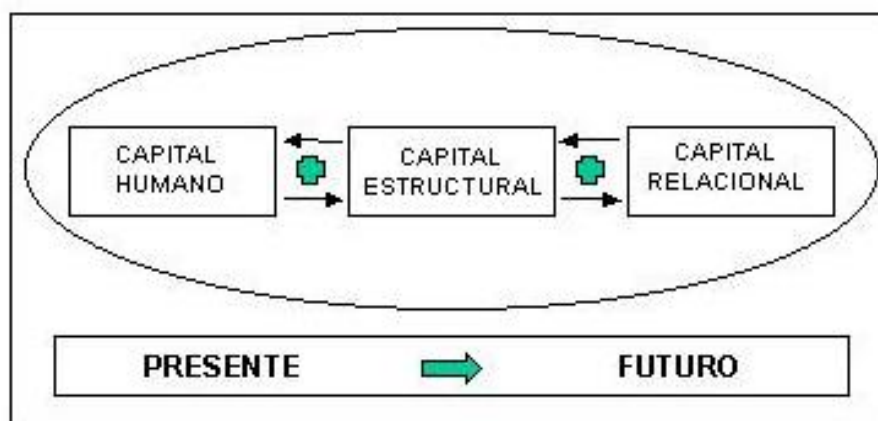
Por su parte el Modelo de La Universidad De West Ontario, presentado por Bontis, en 1996, se caracteriza porque estudia las relaciones de causa-efecto entre los distintos elementos del Capital Intelectual, y a su vez entre este y los resultados empresariales. Su gran aportación, es la constatación que el bloque de Capital Humano es el factor explicativo. Cabe inferir que, cuando este modelo se propone estudiar las relaciones de causa efecto entre los distintos elementos del Capital Intelectual, no se hace referencia a una especie de ingeniería conductual humana; ya que de ser así, se incurre de nuevo en un intento de cosificación al trabajador o trabajadora; sea profesional, o no. En este sentido, si alguien pudiera estar interesado en demostrar lo contrario. Sólo, tendría que hacer un análisis de contenido a la expresión: *causa efecto entre los distintos elementos del Capital Intelectual*.

FIGURA 3: Modelo De La Universidad West Ontario

Fuente: Bontis (1996), en Euroforum (1998)

Disponible en: <http://www.gestióndelconocimiento.com> (Consultada: Mayo 24 de 2007)

Otro modelo de Medición del Capital Intelectual a ser tomado en consideración es el sistémico de Bloques de Capital Intelectual, cuya Fuente al igual que el anterior también se corresponde con el evento Euroforum (1998).

FIGURA 4: Los Bloques De Capital Intelectual

Fuente: Euroforum (1998).

Disponible en: <http://www.gestióndelconocimiento.com> (Consultada: Mayo 24 de 2007)

Este modelo, se describe a partir de un primer bloque donde se agrupan los Activos Intangibles en función de su naturaleza, aunado a ello los tres capitales a saber: Capital Humano, Capital Estructural y Capital Relacional. Luego coexisten los activos intangibles como componentes esenciales del modelo que se consideran dentro de cada bloque y/o cada organización en función de su estrategia y de sus factores críticos de éxito. Finalmente, los Indicadores de gestión representan la forma de medir (en un orden cuantitativo) o evaluar los elementos. Como normativa de sus diseñadores se estipula que la definición de indicadores debe hacerse en concordancia con cada caso en particular.

Dada la particularidad implícita en este Modelo, que prevé poder definir los indicadores en cada caso de manera particular, se piensa que al menos ésta condición, pudiera encajar en un sistema abierto de Gestión de Conocimiento al ser aplicado dentro del ámbito público en las comunidades por parte del sector salud, ya que uno de los criterios que debe primar en un sistema de esta naturaleza, radicaría en tener bien clara la manera de cómo evaluar, valorar o medir el llamado conocimiento tácito individual, también conocido como “know how”. El “know how”, según la “contabilidad social”, destaca porque convierten a quien lo posea en un “*capital intelectual*”, por tanto se le considera ser capaz de imprimirle al trabajo una mayor autonomía operativa. Queiroz y otros (2006.Pág.5) al referirse al Know How sostienen que éste se explica cuando las organizaciones tienen un conocimiento acumulado, una forma de trabajar y procedimientos propios, al respecto, añaden.

El Know How, es uno de los componentes del fondo de comercio, bien conocido por la contabilidad tradicional, que en las empresas privadas surge cuando hay una adquisición. En el sector público no se plantea la venta de la entidad, sin embargo, los contables han desarrollado numerosas técnicas para la valoración del fondo de comercio, que pueden aplicarse sin necesidad de que haya una compraventa. Aunque muchas veces no se pueden valorar con un número, al menos pueden documentarse los componentes del know how. Por ejemplo, se pueden presentar en un informe los “nuevos retos que ha tenido que asumir la organización y que incrementan nuestro saber hacer”, como la organización de un congreso internacional u otras actividades. Igualmente, las “nuevas competencias que asume la entidad” y que enriquecen su know how.

3.1.9.- Capital De La Información, O Capital Tecnológico

En este, contexto se ubican aquel Conocimiento soportado en las tecnologías de la información TIC, las cuales han contribuido grandemente en los procesos de: producción, almacenaje, reproducción y transmisión de datos e información tanto en los procesos de trabajo como aquel Conocimiento que contribuyen a reforzar los comportamientos habituales referidos al desarrollo de las capacidades propias de las personas y de los equipos que trabajan a lo interno de las organizaciones y en redes que determinan las siguientes competencias: competencias para analizar y mejorar los procesos de trabajo, competencias para analizar e innovar las tecnologías y competencias para diseñar, procesos y organización requerida que nutren al llamado capital relacional. De igual modo, las tecnologías de la información y las comunicaciones TIC, sirven con creces en los centros de telemática e informática los cuales funcionarían puertos fundamentales cuando de manera reticular el SPNS desarrolle el subsistema de gestión de Conocimiento basado en la denominada “teleinformación o e-Learning” usada para capacitar personas a distancia, en diversas disciplinas y saberes dentro del denominado aprendizaje organizacional definido por Fernández Ríos (1999.Pág.53) del siguiente modo.

Aprendizaje Organizacional (Organizational Learning). Habilidad organizacional que consiste en crear, adquirir y transferir Conocimiento, lo que se traduce en un cambio en el comportamiento organizacional. Este cambio puede consistir en una modificación de las reglas y procedimientos existentes, una modificación de los objetivos, políticas y normas, o bien una modificación de los principios y valores fundamentales de la organización. El aprendizaje individual es una condición necesaria pero no suficiente para el aprendizaje organizacional, el cual es un proceso de aprendizaje colectivo.

En contraposición del uso dado por Fernández Ríos a la noción de transferir conocimiento (término que será muy utilizado en lo adelante) resulta significativo apelar a Freire (2006. Pág.47) porque establece separación semántica entre saber que enseñar y transferir conocimiento: “saber que enseñar no es transferir conocimiento, sino crear las posibilidades para su propia producción y construcción”. Esta distinción se hace en virtud de esclarecer definiciones precisas ante el uso de

apelativos como el capital de la información. El cual, estaría constituido por dos componentes (aquí se utiliza la acepción componente como sustantivo que compone o entra en la composición de un todo) uno tecnológico que sirve de herramienta y el denominado componente humano quien mediante el aporte de capacidades contribuye a facilitar los servicios y/o aprendizajes. En este sentido, Freire Ibíd., explica que: “no sólo requiere ser aprehendido por quien guía la enseñanza y por los educandos en su razón de ser –ontológica, política, ética, epistemológica, pedagógica, sino que también requiere ser constantemente testimoniado, vivido”. Entre tanto, López y Leal (2002.Pág.283) hacen referencia a que un aspecto particular y distintivo de las organizaciones que aprenden es el modo cómo organizan la Gestión del Conocimiento en concordancia con los diversos estilos de Aprendizaje Organizacional.

Vistos así, los estilos de Aprendizaje Organizacional consisten en pautas de comportamiento relativamente estables que caracterizan la forma en que la organización: crea, adquiere y transfiere Conocimiento sin importar su esencia, y hasta cabría inferir, que quien los transfiere pueda desconocer teorías que faciliten extender esos conocimientos. Esta premisa, permite interpretar los testimonios de Ulrich, Jick y Glinow (1993) quienes distinguen cuatro estilos de aprendizaje organizacional a saber:

- a) Mejora continua: preocupación constante por mejorar lo ya realizado y lo que se realizará.
- b) Adquisición de competencias: preocupación constante por desarrollar nuevas formas de trabajo y adquirir nuevas habilidades.
- c) Experimentación: preocupación constante por investigar y desarrollar nuevos productos.
- d) Expansión de los límites de la empresa: preocupación constante por conocer y adaptar lo que hacen otras organizaciones.

Por otra parte, según Fernández-Ríos ob.cit. El término de Aprendizaje Organizacional fue empleado inicialmente por Márch y Simon (1958) en su clásico libro *Organizations* y popularizado por Peter Senge tras la publicación de la quinta

disciplina: el arte y la práctica del aprendizaje organizacional (1990). Fernández, añade que las investigaciones más recientes tratan de definir, por una parte, los vínculos entre el aprendizaje organizacional y la eficacia, y, por otra parte, las situaciones en las que es más conveniente que tal aprendizaje se desarrolle de una u otra forma. Igualmente, se estimulan premisas como: La necesidad de aprender el como. O que se aprenda el porque. A manera de síntesis sería: Aprender cómo hacer lo que en este caso haga falta aprender para promover la salud, valorar la vida y cuidar de sí. Aprender porqué, o sea aprender a buscar y a pensar la realidad con mente propia. Y aprender a aprender con la criticidad requerida para alcanzar como resultado los cambios necesarios para vivir con salud y dignidad.

3.1.10.- Capital Organizacional

Entre los perfiles mas relevantes que constituyen el capital organizacional priman las personas y el capital de información. Kaplan y Norton (2004. Pág. 324) dicen que “para completar esta alineación de competencias y tecnologías los ejecutivos también deben desarrollar el capital organizacional”, definido como la capacidad de la organización para movilizar y sustentar el proceso de cambio requerido para ejecutar la estrategia. El capital organizacional trasciende a la etapa de los procesos de aprendizaje organizacional donde se comienza a hablar de producción de Conocimiento la cual estuvo fundada en promover el desarrollo de las capacidades requeridas por la organización para enfrentar los cambios que se venían generando en los entornos movidos por conseguir adecuados niveles de productividad que permitieran a las empresas entrar en el mundo de la competitividad.

Entre los principales mentores de aquella etapa de producción de conocimiento organizacional cabe mencionar entre otro a Peter Senge, 1990, quien hablara de la creación de conocimiento y la toma de decisiones, luego Choo, en 1998, desarrolla el tema de las Organizaciones Inteligentes y en consecuencia se

aprecian seguidores de la talla de Drucker, Lewin, Maslow, Argyris y Venís entre los mas (vendidos) leídos. Esta generación de autores contribuyó grandemente al desarrollo del Modelo Occidental de gestión del conocimiento. Destinado de igual modo, a resaltar el capital organizacional en proporción a la capacidad de integración, para que los activos intangibles de capital humano y de información, así como los activos físicos y financieros tangibles se mantengan actualizados y al servicio de la organización. Importa asimismo señalar, que en concordancia con los precitados autores (Pág. 325) el capital organizacional normalmente se construye en base a cuatro elementos básicos a saber: **1.- Cultura:** fundada en conciencia e internalización de la misión, la visión y los valores centrales que se necesitan para ejecutar la estrategia. **2.- Liderazgo:** disponibilidad de líderes calificados en todos los niveles para movilizar a la organización hacia su estrategia. **3.- Alineación:** objetivos e incentivos individuales, de equipo y departamentales vinculados con la obtención de objetivos estratégicos. **4.- Trabajo en equipo:** Conocimiento de potencial estratégico compartidos en toda la organización.

El Knowledge Management Assesment Tool (KCMAT), se inscribe en el curso de los modelos occidentales de conocimiento organizacional con la articulación de cuatro componentes que se coordinan entre si para determinar resultados de aprendizaje en la gente a partir del Liderazgo como fenómeno psicosocial que pude variar de acuerdo a la organización y en consonancia con la teoría que la propone entre las que destacan: teoría de los rasgos, teorías conductuales, teorías situacionales, liderazgo, el Grid gerencial de Blake y Mouton, liderazgo, modelo continuo autocrático-democrático, liderazgo, modelo de contingencias de Fiedler, el modelo del liderazgo situacional de Hersey y Blanchard, y el modelo del lider-participación de Vroon y Yetton entre otros, que promueven Cultura organizacional, Tecnología y Medición de los procesos de administrar el conocimiento organizacional.

FIGURA 5: Modelo Knowledge Management Assesment Tool (KCMAT).

Fuente: Arthur Andersen (1999).

Disponibile en: <http://www.gestiõndelconocimiento.com> (Consultada: Mayo 24 de 2007)

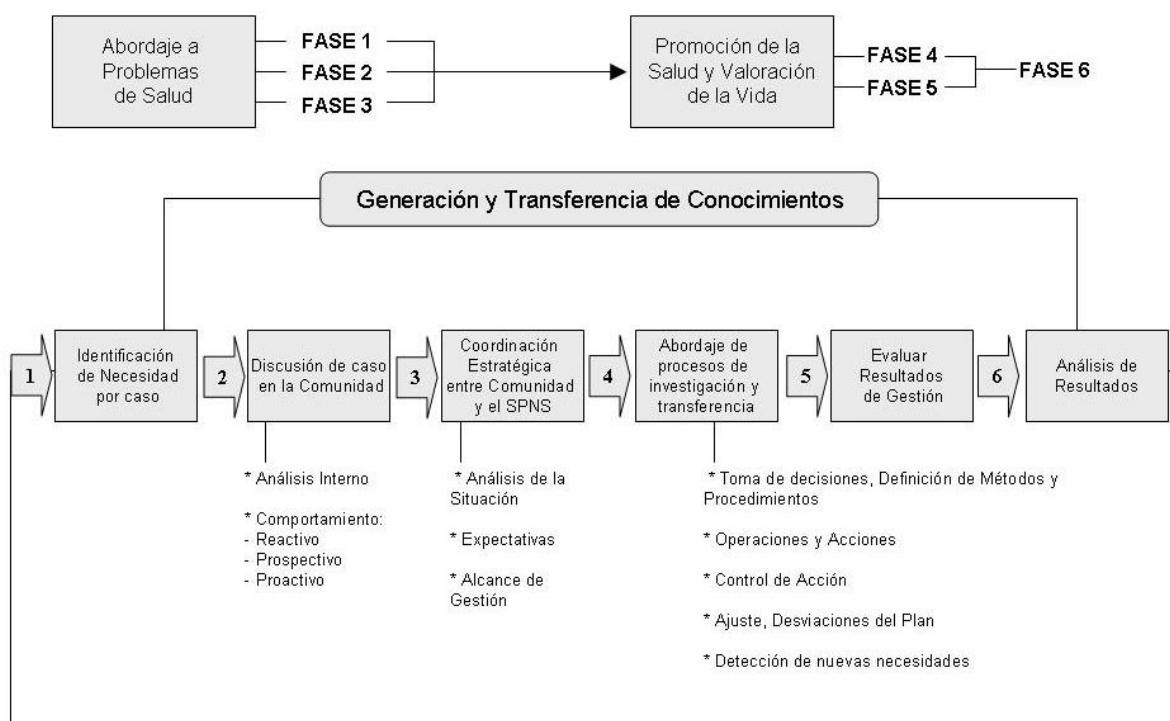
3.1.11.- Capital Relacional

La dupla de acepciones que integran esta construcción gramatical, tiende a definir la trama de relaciones entre el sistema y el medio. En un primer momento, desde la óptica empresarial, ha venido sirviendo a sus creadores para distinguir: clientes, proveedores, consultores, entidades, de capacitación a quienes se le considera aliados de los procesos de investigación y desarrollo <<I+D>> entre otros en la medida que retro alimentan al fabricante con los insumos: datos, información y Conocimiento de los mercados. Conocimiento y relación con los “clientes”. Conocimiento y relación con los proveedores. Conocimiento y relación con autoridades. Conocimiento y relación con los gremios. Conocimiento y relaciones con las comunidades, lo suficientemente necesarios, para alimentar la dinámica del sistema de: producción, distribución y mercadeo; a fin de generar los cambios internos requeridos, para adaptarse al medio e influir en él, mediante el posicionamiento deseado para cada producto. Cabe la advertencia, que en este caso, cuando se hace referencia al término comunidad, básicamente se habla de comunidades conformada por personas que hacen vida comunes y persiguen

intereses comunes, más allá de los intereses que privan en las comunidades delineadas por los mercados y las corrientes capitalistas.

En tanto que, el segundo momento, cabe por analogía encontrarla aplicación en el sector público, cuando se establece comparación entre el denominado capital relacional con el seguimiento y control de calidad de gestión que posteriormente a la fase de la capacitación suelen desarrollar en algunas organizaciones del sector público referida al proceso metodológico y la figura 6, donde se explica la Evaluación del Impacto de la Transferencia de Conocimiento). En esencia, ambos eventos son componentes principales de los propósitos de este sistema abierto de GC, a ser desarrollado dentro del Sistema Público Nacional de Salud, según se explica en la figura 6.

FIGURA 6: Seguimiento Y Control De Calidad De Gestión



Fuente: Elaboración propia del autor, Robles 2008.

De las anteriores consideraciones, cabe deducir que, aún cuando en los fines perseguidos por nuestro estudio no exista cabida para utilizar de ex profeso las acepciones clientes para referirse a usuarias y usuarios de los servicios a la salud y

la vida. Así como, tampoco aplica la connotación de capital usada para designar el modo como operaría el dominio diversas etapas del Conocimiento en las personas que aprenden y transforman saberes en conciencia colectiva para promover la salud y la vida. Se alude a que existe analogía, entre el término relacional usado en el sector privado para monitorear el mercado en pro de mejorar la calidad de servicio, y la capacidad interactiva, establecida con los fines aquí propuestos para lograr alcanzar un análisis crítico de la organización mediante la participación de usuarios y usuarias representados por sus organizaciones de bases populares. Estas, interactúan en vinculación estrecha con funcionarios y funcionarias que se desempeñan en los centros dispensadores de servicios a la salud, bajo la coordinación directa del MPPPS a través del SPNS.

3.1.12.- Capital Social

En torno a la acepción Capital social, se ha estructurado una gran diversidad de apreciaciones. Muchas de ellas, devienen del seno empresarial. A partir de las revoluciones tecnológicas, y ante la posibilidad de generar condiciones para desarrollar capacidades potenciales, que posibiliten la generación de bienes y servicios sobre la base del desarrollo de Conocimiento en un orden extra territorial, en campos como: la informática, biotecnología, robótica, microelectrónica, telecomunicaciones y ciencia de los materiales entre otros, que al ritmo del tiempo han generado nuevas formas de producción, y por ende, tipos de capitales. En un trabajo compilado por Kliksberg y Tomassini (2000. Pág.139) Gilbert Rist, refiere que fue Bourdieu, el primero en identificar tres tipos de capital que los actores sociales se esfuerzan por controlar y acumular:

El capital económico, constituido por los ingresos y la fortuna; el capital cultural, ampliamente determinado por la posesión de grados escolares, pero también por las prácticas distintivas que forman el gusto (o el “buen gusto”), y finalmente **el capital social** “del que se puede dar una idea intuitiva diciendo que es lo que en el lenguaje común se denomina “las relaciones”, es decir, el conjunto de redes sociales que un actor puede movilizar en provecho propio.

Pero, realmente dentro del gran tejido de representaciones sociales ¿Cómo es concebido el Capital social? Kliksberg (2001. Págs.14-15) sostiene que la denominación se integra por cuatro áreas interrelacionadas. **La primera área** se llama confianza al interior de una sociedad. Se trata de algo a lo que no se le prestaba mayor atención, pero que en la vida individual de cada uno de nosotros tiene muchísima importancia. **La segunda área** del capital social, radica en la capacidad de asociatividad. Esta es la capacidad de una sociedad de generar todo tipo de formas de cooperación, de sumar esfuerzos. Las famosas sumas donde todo el mundo puede ganar, desde las formas de cooperación más elemental como los vecinos que hacen cosas en conjunto por el vecindario, hasta los más sofisticados modelos de organizaciones cooperativas. Es lo que hoy podríamos llamar la capacidad sinérgica de una sociedad, la capacidad de poder producir sinergias permanentes. **La tercera área**, se corresponde con la conciencia cívica, y sostiene que, la misma se expresa en las actitudes que las personas de una sociedad tienen frente a aspectos que son de interés colectivo, de interés público. Y finalmente, **la cuarta área**, estaría centrada en los valores éticos, aquí hace énfasis en que estos son un componente decisivo de la dinámica diaria de la actividad macroeconómica y política de la sociedad.

Ya en párrafos anteriores, se hace uso del término sinergia para dar connotación a los movimientos dinámicos de la acción humana, en sustento al discurso del maquinismo. En este caso, Kliksberg coincide con Peluffo y Catalán ob.cit., (Págs.38-39), quienes se refieren a la capacidad sinérgica inserta en los procesos sociales, y aluden que en Chile Boisier 1999, dentro de esta línea ha desarrollado un trabajo sobre la capacidad sinérgica, fundado en seis factores que parten de: recursos naturales, humanos, psicosociales y del conocimiento, los cuales aunados a un conjunto de actores: individuales, corporativos y organizacionales que influyen sobre el proceso de desarrollo endógeno asociado al capital social. Y, en esta línea sostienen que:

Las instituciones o mapa organizacional regional: con su dinámica, flexibilidad, virtualidad e inteligencia organizacional. Los procedimientos: asociados a la función de gobierno, de administración del procesamiento de los flujos de información.

La cultura del grupo social y la cultura relacionada con el desarrollo y la inserción en el entorno como la capacidad para insertarse en los mercados, los sistemas internacionales de cooperación.

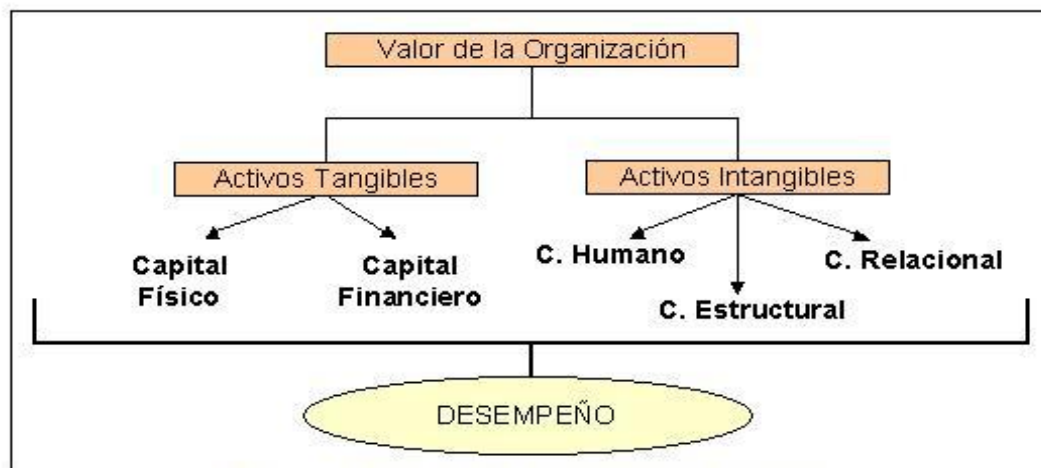
En Líneas generales, como ha sido expresado con anterioridad, son múltiples las madejas con que se teje el denominado capital social, así como, también son diversas las tendencias que tratan de apropiárselo para sí y transfigurarlos en banderas de confianza para alcanzar equidad en sectores excluidos. En este orden de precisiones, cuenta la opinión de Kliksberg (2004. Pág.35) cuando sostiene, que a partir de estas percepciones sobre la estrechez del enfoque meramente técnico y la necesidad de delimitar fines y medios, se plantean visiones ampliatorias de los objetivos que debería perseguir el desarrollo. Porque ningún desarrollo económico ni tecnológico puede ser concebido sin lo social es por ello que junto al crecimiento económico, surge la necesidad de lograr desarrollo social, mejorar la equidad, fortalecer la democracia y preservar los equilibrios medioambientales.

3.1.13. Activos Intangibles

Para abordar este tema, se recurre al Modelo Navigator De Skandia, el mismo fue desarrollado por Leif Edvinsson, entre los años 1992 y 1996. La principal línea de argumentación sostenida por su creador constituye la diferencia entre los valores de la empresa en libros y los de mercado. Esta diferencia, se debe a un conjunto de activos intangibles, que no quedan reflejados en la contabilidad tradicional, pero que el mercado reconoce como futuros flujos de caja. Cabe destacar que para poder gestionar estos valores, es necesario hacerlos visibles. Otra característica propia del enfoque de Skandia parte del valor de mercado de la empresa deberá estar integrado por: El Capital Financiero y El Capital Intelectual. En este mismo contexto histórico, existen numerosos trabajos empíricos sobre **activos intangibles** (cuya inadecuación por incongruentes ha sido discutida en párrafos anteriores) que encajan en la precitada contabilidad social, donde contrasta su influencia en la cotización de estos activos en el valor bursátil de las empresas, según refieren Queiroz y otros (Ibíd) se destaca en los trabajos de Aboody y Lev (1998), Barth y Clinch (1998), Lev (1999), Kristen y Gregory (1999) o Deng. (1999).

En este mismo orden de ideas, existe la disposición de una revisión de la literatura sobre la relevancia de los intangibles para la valoración y la gestión de las empresas. La misma, puede ser pertinente a la regulación internacional que aborda la contabilidad y divulgación de activos intangibles donde destacan organizaciones como: IASC (1998), FASB (1970), RAF (1989), IFAC (1998) Stolowy y Jeny (1999) en ellas, se revisa la normativa que aplican diferentes países y organismos internacionales para la contabilización de los activos intangibles los cuales son parte importante del valor de las empresas y organizaciones en general. Más que un pleonismo sería inconcebible pensar que el análisis de los activos intangibles, (entiéndase personas) pueda ser realizado por la contabilidad tradicional o contabilidad de costos. Pues, como se sabe, tanto los propósitos de la contabilidad y los fines, que esta pueda perseguir más allá de contribuir a consolidar una nómina, no están diseñadas en favorecimiento de las personas que trabajan en una organización. Porque simplemente, los cánones de la contabilidad no han sido diseñados para proporcionar información en relación con la medición y evaluación de las acciones de las personas. En síntesis, la denominación hecha a las personas que trabajan con el término “activos intangibles”, de hecho, es inhumana.

FIGURA 7: Modelo de Medición del Capital Intelectual



Fuente: Euroforum (1998).

Disponible en: <http://www.gestiondelconocimiento.com> (Consultada: Mayo 24 de 2007)

El binomio Capital Intelectual en sí, es intrínseco a la persona como tal, y no a un grupo de personas o equipos de trabajo como suele ser interpretado por algunos teóricos entre los que destacan Queiroz y otros (2007. Pág.1) cuando se

refieren a que: algunos inmovilizados inmateriales, como las patentes o marcas obedezcan al capital intelectual. Por tanto, alegan que, pese a los procedimientos de valoración desarrollados por la Contabilidad para determinar activos materiales, estos pueden no ser de aplicación a los intangibles.

Pese al diseño e implantación de indicadores de criterios dispuestos para: evaluar, testar, medir o valorar ciertos y determinados productos obtenidos del resultado de algún trabajo pensado por la mente de hombres y mujeres dentro de un área específica de cualquier campo laboral. Entonces, por su utilidad de servicio, este producto pase a representar un valor, y por analogía pueda ser transfigurado a una especie de capital con valor de uso, cabe asumir que, aunque sea producto de un acto humano-pensante, al ser producto, en sí, pasa a ser un objeto, y por ende estaría deshumanizado. En consecuencia, se acepta que tanto una patente como la marca de un producto puedan ser valoradas desde el entramado de la Contabilidad Mercantil como un activo empresarial, más no como un activo humano. Porque de hecho la acepción activo humano es incongruente en sí misma. Según el Diccionario de la Lengua Española (2001) el término activo guarda relación con el ente humano, sólo en calidad de adjetivo para determinar que un ser humano es activo cuando puede obrar. O es activo porque tiene virtud de obrar, en tanto y en cuanto sea diligente y eficaz. Entretanto, desde el ángulo empresarial, Sabino (1991.Pág.16) define activo como.

Todo aquello que una persona o empresa posee o le deben; los activos, por lo tanto forman parte del patrimonio. Los activos incluyen activos *reales y tangibles*, es decir todos aquellos bienes materiales que pueden ser tocados y comercializados como: terrenos, edificaciones, plantas, máquinas, mobiliario y otros bienes, (como una patente o marca de un producto) y activos financieros; dinero, valores, créditos y cuentas por cobrar.

Mientras que el denominado intelecto activo, puede ser interpretado como la función que permite: elaborar datos, juzgar y concluir acciones para construir el saber. El mismo saber requerido para generar bienes y servicios dentro de cualquier tipo de organización. Entonces se puede inferir que la estructura idiomática conocida en estas dos últimas décadas como capital intelectual, obedece más bien a ese

potencial de saberes que de manera compleja se interrelacionan en la trilogía cerebral de cada individuo. Por consiguiente, marca distancias enormes del capital económico. Sin embargo, a la par de Gestión del conocimiento se ha venido hablando de Gestión del intelecto. Un testimonio evidente de ello lo presenta Harvard Business Review (2000.Págs.205) donde se inscribe que el intelecto profesional de una organización funciona en cuatro niveles. “El conocimiento cognoscitivo (o saber qué) es el dominio básico de una disciplina que los profesionales consiguen mediante una amplia formación y certificación. El Conocimiento práctico avanzado (o saber cómo) El conocimiento de los sistemas (o saber porqué) (206)” la expresión última del conocimiento de los sistemas es una intuición enormemente cualificada.

3.2.- MODELOS DE GESTIÓN

3.2.1.- Las Competencias

En las últimas décadas, tanto en el campo educativo, como en el campo laboral, con sobrada insistencia se ha venido hablando de competencias. Término, que muy aparte del mundo laboral, fuera planteado en los diálogos de Platón. Al respecto Foucault (2002.Págs.129-130) cita que en el *Alcibíades*, el segundo de tres tipos de magisterios es el de la competencia, es decir, simplemente el que trasmite al más joven conocimientos, principios, aptitudes y destrezas técnicas entre otras. Luego en el devenir del tiempo el término competencia se había venido utilizando para connotar esfuerzos pero; bien pudiera decirse que casi exclusivamente era utilizado dentro del argot deportivo. Por estas razones, dicha acepción se considera susceptible de ser sometida a una ligera revisión etimológica antes de adjetivar con ella al desarrollo de capacidades humanas para crear y potencialmente realizar diversos tipos de trabajo.

Entonces, quedaría claro que el uso indiscriminado de la acepción competencias en el contexto de la Gestión estratégica de los Recursos Humanos, no puede ser parte de un libre albedrío, máximo, cuando se propone hablar de competencias en un subsistema de Investigación y Educación dentro del Sistema

Público Nacional de Salud, necesariamente en este caso, se debe tener en consideración el tercero de los precitados diálogos de Platón en el *Alcibíades*, citados por Foucault *Ibíd.*, donde se establece la siguiente interrogante “¿Cómo lograr que un joven salga de su ignorancia? Necesita tener ante los ojos ejemplo que pueda honrar su vida. Necesita adquirir las técnicas, la destreza, los principios, los conocimientos que le permitirían vivir como corresponde”.

Estos conocimientos y competencias en principio, estarían llamados a ir más allá de cualquier corriente de pensamiento que puedan sobreponerse a: propósitos, ánimo o intención de hacer (o de no hacer una cosa) tendencias que radiquen sólo en engendrar productividad económica a costa del trabajo humano, el cual, axiomáticamente no encaja en los propósitos del Sistema Público Nacional de Salud. Y, muy por el contrario, este trabajo se vincularía a factores que operarían a conveniencia de los clásicos intereses del modelo cuantitativo dominante, enfocado básicamente en lo patológico-epidemiológico, donde comúnmente se establecen criterios que priman en favor de la dominación y/o explotación, más no de la promoción de la salud y la valoración de la vida.

En consecuencia, para que una acepción de competencia pueda encajar en los propósitos del Sistema Público Nacional de Salud, debe y tiene que postular premisas que no transfiguren el sentido etimológico de la misma ni desvíe el propósito de concienciación propuesto en el subsistema de gestión. Razón por la cual, cabe revisar algunas de las diversas posiciones tanto de proponentes, como de oponentes al discurso de las competencias, para analizar así, su trascendencia desde lo etimológico hasta las diversas experiencias consolidadas tanto a lo interno del campo empresarial, como, en el discurso de la formación y/o capacitaciones, donde privan contundentes análisis históricos como el presentado por Tobón (2004. Pág.41) el cual señala que.

El significante competencias es antiquísimo. En español se tienen dos términos *competer* y *competir*, los cuales provienen del verbo latino *competer* que significa ir una cosa al encuentro de otra, encontrarse, coincidir (Corominas, 1987). A partir del siglo XV *competer* adquiere el significado de pertenecer a, incumbir, corresponder a. De esta forma se constituye el sustantivo

competencia y el adjetivo competente, cuyo significado es apto o adecuado. A partir del mismo siglo XV, *competere* se usa con el significado de pugnar con, rivalizar con, contender con, dando lugar a los sustantivos competición, competencia, competidor, competitividad, así como al adjetivo competitivo (Crominas, 1987; Corripio, 1984).

No obstante, a las anteriores consideraciones se cree pertinente advertir, que en torno a las competencias existe un gran número de argumentaciones tendentes a su defensa y, otras hechas por *opponentes* como Zubiría, 2002, citado por Tobón (2004.Pág.43) quien es sostenedor de la idea que. “Al haber sacado la palabra competencia sin haber reflexionado sobre la noción de teoría y sin haber tenido en cuenta el problema del concepto de paradigma, se produce una gran confusión y se da lugar a que las competencias se vuelvan un listado totalmente arbitrario de lo que sea”.

El cuestionamiento de Tobón ob.cit., nos conduce a tomar posición ante el uso inadecuado o inespecífico del término competencia, el cual no sólo debe ser un sustitutivo terminológico, sino que, su empleo en este trabajo deba ocupar una definición concordante en idioma español que se identifique de manera idónea con los propósitos y postulados de la gestión del conocimiento en el SPNS, por ejemplo; En una de las acepciones de competencias, el Diccionario de la Lengua Española cualifica el término como: Aptitud e idoneidad, por tanto, se estima que ambos se circunscriben a planes y programas de gestión del conocimiento en materia de salud donde se persigue alcanzar el desarrollo específico de: habilidades, cualidades, aptitudes y actitudes que redunden en la generación de grados de conciencia para fomentar la salud y valorar, defender y preservar la vida. Siguiendo a Tobón (Pág. 56) tanto el término *habilidad* como el de *competencias* idiomáticamente tienen equivalentes de acuerdo al siguiente ejemplo.

En idioma inglés las habilidades se denominan como *skills*, término que ha pasado de significar algo que es razonable a algo práctico, lo cual es más cercano a las competencias, motivo por el cual Annett (1991) conceptualiza *skills*, como comportamientos eficientes ante problemas específicos. Esto explica por qué a pesar de seguirse utilizando en inglés, la palabra *skills*, ésta se traduce a otros idiomas

como competencias, por ejemplo en el caso del francés y del español.

Otro presupuesto, digno de considerar en el tema de las competencias, radica en tener cuidado de no llegar a incurrir en las tan cuestionadas practicas conductistas que de ser usados correría el peligro de robotizar tanto a funcionarios del SPNS, como a los destinatarios finales de los procesos de transferencia de Conocimiento. En este sentido Peñaloza Ramella (1995.Pág.149) al referirse al contexto universitario advierte.

El desarrollo final en este plano inclinado al conductismo lo representa el llamado 'Competency Based Training' (CBT) o 'Entrenamiento Basado en Competencias' (1), que pretende acabar con toda formación propiamente dicha, dejar de lado los Conocimiento porque se estiman teóricos, y reducir a las instituciones de Educación Superior a dos funciones principales: a) Formular repertorios de competencias (conductas) en cada profesión, observando para ello el desempeño de los profesionales más calificados (cómo se mueven, qué dicen, qué hacen y cómo lo hacen); y b) Transmitir esas competencias a los alumnos, para que las reproduzcan. No puede imaginarse intento más extremo que éste para robotizar al futuro profesional, preanuncio escalofriante de lo que pudiera ser en la realidad el "Mundo Feliz" de Huxley".

Más allá de lo etimológico, el tema de las competencias ha trascendido de un estadio a otro, cumpliendo etapas o fases de varios procesos, donde ha obtenido tanto desarrollo como transformaciones desde que su propulsor David Mc Klelland, trasladaría el concepto de competencia al mundo empresarial para referirse al desempeño individual de las personas. Por su parte, Alles (2005.Pág.78) sostiene que para Spencer y Spencer la competencia es una *"Característica subyacente en el individuo que está casualmente relacionada con un estándar de efectividad y/o a una performance (ejecución o realización) superior en un trabajo o situación"*. Entre tanto, Ríos, Fernández ob.cit. (1999.Pág.177), hace referencia al contexto institucional de La OIT Ginebra (1991) donde se incluiría en la clasificación internacional uniforme de ocupaciones el término competencia del siguiente modo.

"Capacidad –de un trabajador- para desempeñar las tareas inherentes a un empleo determinado" (OIT, 1991). Una competencia se puede caracterizar por su nivel (en función de la complejidad y de la diversidad de las tareas) y por su especialización (en función de la amplitud de los Conocimiento exigidos, los útiles y máquinas

utilizados, el material sobre el cual se trabaja o con el cual se trabajó, así como la naturaleza de los bienes y servicios producidos).

A su vez, la identificación del nivel de competencia, establecido por la OIT es pauta siguiendo las categorías y niveles que aparecen en la Clasificación Internacional Normalizada de la Enseñanza (CINE). También, explica Ríos, que por competencia puede entenderse el conjunto de facultades, poderes y atribuciones que, con el carácter de irrenunciables, corresponden a un determinado órgano en relación con los demás. Por consiguiente, cualquier acto propio de las competencias realizado fuera del ámbito de estas disposiciones se consideraría ilegítimo. Aunque, cabe admitir flexibilidad en el sentido que la competencia puede venir atribuida por criterios materiales o territoriales. Como puede apreciarse, existe una diversidad de posiciones y proponentes con relación al tema de las competencias. Por tanto, se cree recomendable hacer un adecuado análisis que permita ubicar una mejor especificidad conceptual en torno a este referente. Dado a que, de plano, persiste cierta coincidencia en que los proponentes no se circunscriben a una corriente epistemológica, por tanto; esta debilidad, hace que el tema de las competencias adolezca en un primer momento de sustentación pedagógica, lo cual materialmente conduce a posturas ideológicas que por razones obvias no deban ser aceptadas en los centros de la educación formal al menos en cuanto a la formación del denominado perfil de educación para el trabajo.

Este perfil en primer lugar, incide directamente en los centros de trabajo, llámese: industrias, empresas o instituciones públicas. Aunado a ello, subsiste un segundo momento que radica en las dificultades para que los procesos basados en competencias pueden ser medidos o testados, es decir sometidos a control, debido a la ausencia de parámetros destinados a comprobar los resultados humanos determinados por las competencias. Estos antecedentes, conllevan a estimar necesaria la tendencia de incorporar parámetros destinados a comprobar los resultados humanos determinados por las competencias en la nueva gestión de conocimiento, que busque dotar a las funcionarias y funcionarios públicos insertos todos y cada uno de los subsistemas relacionados con la promoción de la salud, prevención de enfermedades y valoración de la vida a lo interno del SPNS con

adecuadas cualificaciones de eficiencia y eficacia. En concordancia con este razonamiento, López y Leal (2000-236) consideran que, “los empleados públicos que se preparen en términos de eficiencia y eficacia, estarían capacitados para resolver problemas en ámbitos cuyas soluciones obviamente sean comunes, o en aquellos casos en que se necesita un pensamiento crítico o más analítico para identificar problemas mediante una búsqueda creativa de soluciones”.

Cabe destacar que, para desarrollar una base de pensamiento crítico, producto de la instauración de planes y programas de gestión del conocimiento a partir del subsistema de Investigación y Educación del SPNS, se debe ubicar el horizonte de las debilidades y fortalezas para efectuar allí la detección de necesidades fundada en reforzamiento de saberes a las personas en el ámbito de salud comunitaria, que permita redireccionar la construcción de nuevo conocimiento en competencias para promocionar la salud y valorizar la vida. Este conocimiento, en concordancia con Azocar (2007.Pág.44) ubicado en la línea propuesta por Morin, alude que debe ser complejo, porque permite distinguir cuatro elementos esenciales: “el sujeto que conoce; el objeto conocido; la operación misma de conocer; y el resultado obtenido, que es la información recabada por el sujeto”; por tanto, abordar la complejidad de los saberes a partir de estos cuatro elementos que de manera sincronizada contribuirían a capacitar tanto a funcionarias y funcionarios, como a usuarios y usuarias para que puedan desagregar cualquier problema en sus situaciones más elementales y alcancen establecer relaciones entre ellos” con la comunidad formando un todo sistémico. Es decir, con todo aquello que sea perteneciente o relativo a la totalidad de un sistema nacional; y que en general, guarde oposición al desarrollo exclusivo de lo local y al fortalecimiento de la salud y la vida deba ser incluido en diversos procesos de capacitación.

Según expresiones de Rodríguez y Ramírez (ob.cit. Págs.1-2). La capacitación puede ser entendida etimológicamente como una simbiosis (del adjetivo capaz, y éste a su vez, del verbo latino cápere = dar cabida) los cuales determinan el conjunto de actividades encaminadas a proporcionar Conocimiento, es decir; en este caso se necesita primeramente dar cabida al desarrollo de habilidades para modificar actitudes pertinente en el personal de todos los niveles a lo interno del MPPPS, para

que luego en concordancia con su nivel de ocupación, desempeñe mejor su trabajo con todas y cada una de las organizaciones que coexistan a lo interno de cada una de las comunidades existentes en el medio. En consecuencia, lo que realmente se requiere, es un accionar lógico y razonable de competencias con carácter cognitivo, que permitan cualificar a los empleados públicos para que dominen tanto el análisis crítico, como el pensamiento analítico. Indudablemente que, el desarrollo de estas capacidades dotarían a los empleados públicos de competencias que les permitirán analizar y razonar los pro y los contra de situaciones determinadas, al tiempo, en que podrán identificar problemas o aspectos de mejoras de las condiciones de vida de los ciudadanos comunes, cuando adquieran dominios puntuales que les permitirá saber como hacer para promover la salud y valorizar la vida entre otros propósitos.

A partir del saber como hacer, indudablemente entran en funcionamiento: la capacidad de discernir y comparar conceptos vinculados a la experiencia, aunada al “Saber porque”. Entonces, aquí se conjugarían la meditación y la formación de nuevos conceptos³⁹ en demostración de la existencia de un pensamiento formal en materia de fomento de la salud y valoración de la vida. En consecuencia, se requiere un pensamiento, que proporcione adecuados grados de concienciación con una disminución exponencial de los índices de morbilidad y mortalidad. Con todo esto, se procuraría marcar una tendencia que racionalmente cualifique a funcionarios y funcionarias del SPNS como un equipo de alto rendimiento. En Harvard Business Review (2000-112) se estima que dentro de los sistemas laborales, se considera un equipo de alto rendimiento, cuando a las personas se les puede enseñar el modo de reconocer el razonamiento que utilizan al diseñar y poner en práctica sus actos. Cabe añadir, que la tendencia de estos sistemas laborales, siempre deba inclinarse hacia la prosecución de Calidad del Trabajo.

Esta conjetura, viene a ser reforzada con la posición de Alles (2003-2005. Pág. 68), cuando supone que en un equipo de alto rendimiento, el campo laboral equivale a excelencia en el trabajo por realizar. Obviamente, esto implica que quien ejecuta

³⁹ No sólo, son los conceptos resultado de un proceso cognoscitivo, sino que, además, según la interpretación tradicional, como representación mental que son, son necesarios para pensar las cosas, en el sentido de que sólo el concepto posee la suficiente determinación que hace posible el reconocimiento y comprensión de lo percibido por los sentidos.

una actividad deba tener conocimiento de los temas en el área de la cual se es responsable. E implica a su vez, comprender la esencia de los aspectos complejos para transformarlos en soluciones prácticas, y operables para la organización, con sentido de humanidad, donde calidad del trabajo equivale a poseer buena capacidad de discernimiento (juicio) crítico y mejor intencionado a favor de la humanidad; en tanto y en cuanto, se aprenda a compartir el conocimiento profesional y la experticia para apoyarse en los hechos y en la razón (equilibrio). Lo cual le permitirá a las personas poder demostrar constantemente un gran interés por aprender.

Los sistemas laborales de alto rendimiento, más allá de un adiestramiento basado en competencias en el seno de las organizaciones de carácter público, trascienden a la corriente de capacitación basada en consultoría de procesos. La cual según Nadler, Gerstein, Shaw y asociados (1998-176) se remonta a una serie de experimentos realizados en el reino unido a finales de los años 40, donde investigadores del instituto tavistock al estudiar la introducción de nuevas tecnologías en los procesos de trabajo revelaron que el alto rendimiento resultaba cuando el diseño del sistema técnico y el de los sistemas sociales del trabajo eran congruentes. Obviamente que, el alto rendimiento no sólo deba ser interpretado como la máxima capacidad de producción física en el seno de la gran industria; también, puede asumirse como máxima capacidad para: observar, reflexionar, analizar, crear con proactividad y prospectividad en pro de resolver rancias situaciones que en materia de salud y prevención de enfermedades han venido estando latentes en los contextos comunitarios. Para eso, se necesitan personas competentes y dispuestas a trabajar con ritmos de eficiencia y eficacia en el contexto ambiental de las comunidades con sentido humano.

Una herramienta valida y fundamental para lograr un sistema de alto rendimiento entre el SPNS y las comunidades sería trabajar sobre la base de diagramas ocupacionales, dado que estos permiten visualizar en cada uno de los subsistemas operativos el desarrollo de las normas de competencias fundamentales y pertinentes a los servicios prestados en pro de la salud y la vida de las personas. En esta dirección apunta Fletcher (2000-40.) cuando sostiene que un “Diagrama Ocupacional” puede darse a partir de un análisis de funciones, insertas en el

desarrollo de las competencias como bases de la capacitación fundamentada en normas”. Esto, facilitaría la implantación de un nuevo paradigma de gestión del conocimiento. A la par, propone; que “la primera acción de una capacitación fundada en el desarrollo de normas de competencia puede consistir en identificar las funciones ocupacionales dentro de la organización” y en esa perspectiva clasificar las competencias requeridas para los fines propuestos identificando los vínculos que se establecen entre los entes gestores y receptores del conocimiento.

CUADRO 04: Clasificación De Competencias

Competencias básicas	Son aquellas que están relacionadas con la capacidad de aprender comunicación verbal y escrita para emprender procesos integrales de promoción de la salud y valoración de la vida.
Competencias genéricas o Transversales	Son las que aparecen a lo largo de las ocupaciones con diferentes intensidades y niveles, recolectar, analizar y organizar la información: planear y organizar actividades: trabajar con otros y en equipo; usar tecnologías de la información TIC. Usar conceptos y técnicas de intermediación para resolver problemas complejos en el ámbito comunitario
Competencias específicas	Se refieren al conocimiento especializado que quiera una ocupación o una determinada situación de trabajo.

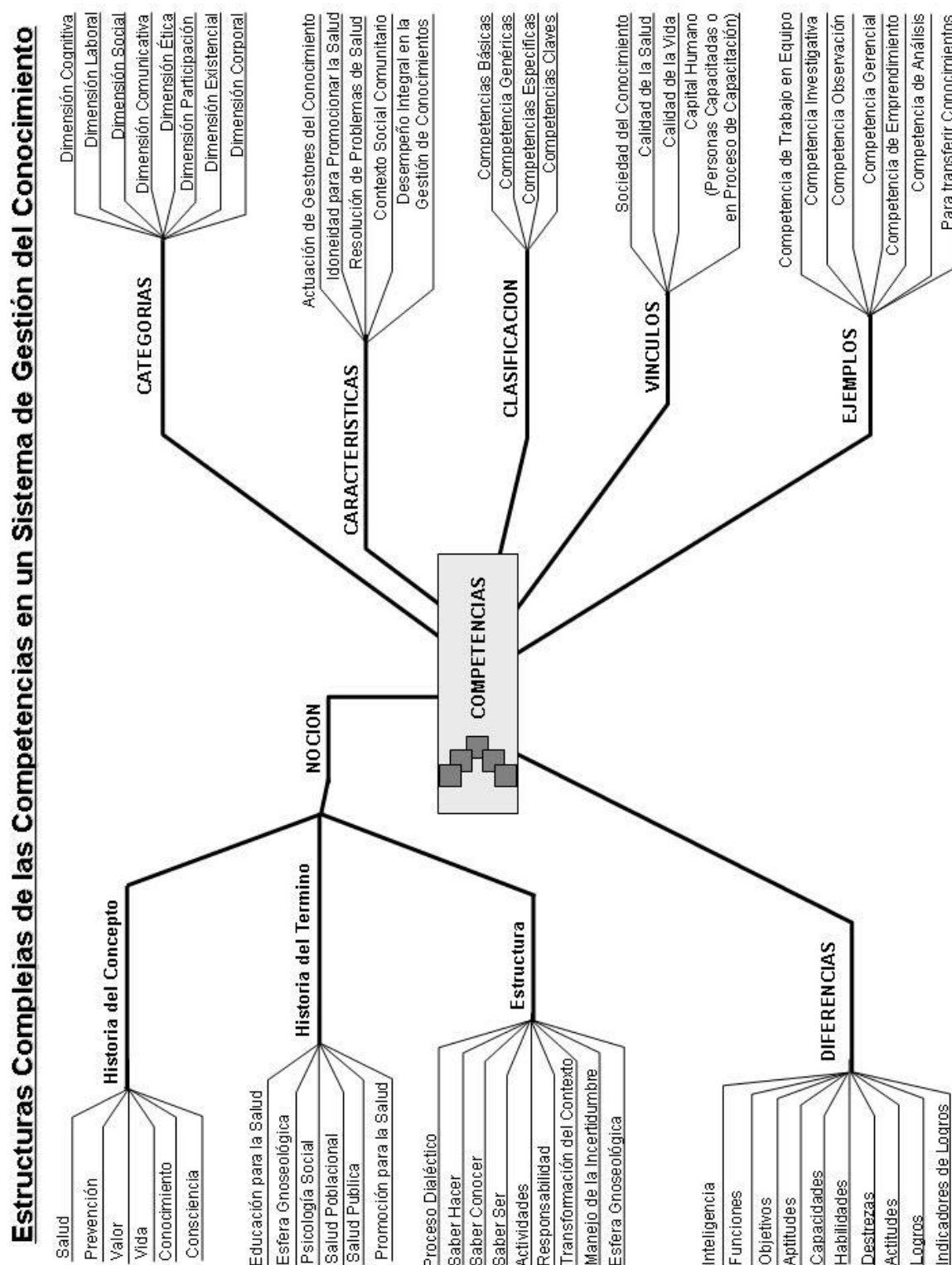
Elaboración propia del autor. Robles, 2008.

Aún cuando, no existen experiencias probadas de normas de competencia planteadas dentro del campo comunitario estas pueden ser asumidas a partir de Argüelles (2000-48) quien sostiene que, “una norma bien planteada debe describir las habilidades, destrezas, conocimiento y operaciones que un individuo deba ser capaz de desempeñar y aplicar” en todos los niveles jerárquicos; por tanto, las normas requeridas en el aparato estatal no deben ser sólo laborales, también se requiere del planteamiento y aplicación de normas éticas que trasciendan los recintos institucionales para insertarse en el ámbito comunitario y contrarrestar debilidades en los servicios prestados mediante el desarrollo de diversos tipos de competencias en pro de la salud.

Por tanto, un planteamiento de normas destinadas a integrar competencias requeridas para desarrollar de manera: armónica, integral e integradoras de criterios tendentes a fortalecer la promoción de la salud, entre la gran diversidad de comunidades que conforman el ámbito geográfico nacional. En consideración de las necesidades preexistentes en cada área o espacio geográfico, donde por ejemplo; se presenta la recurrencia de enfermedades endémicas, como pueden ser: malaria, parasitosis intestinal por sólo mencionar dos de las más recurrentes en zonas selváticas y rurales, a las que se añadirían aquellos grupos de enfermedades que por su naturaleza y condición misma, mantienen equilibrio entre los índices de morbilidad y por ende son causas de mortalidad en zonas con densidades poblacionales relativamente en crecimiento constante. Aquí, no sólo existe la necesidad de seguir en forma pertinente, los pasos pertinentes para diseñar un diagrama ocupacional, sino que en esta misma línea se estructuraría una especie de adecuación a criterios específicos que circundan esos espacios para alcanzar fortalecer aquellas ocupaciones o disciplinas que atinen de manera peculiar en desarrollar en trabajo con cada un grupo, país, región, en cada época donde se abre la vulnerabilidad al daño.

Otra herramienta muy similar a los diagramas ocupacionales, y también válida para desarrollar procesos de capacitación por competencias en un sistema de gestión de conocimiento, vienen a ser los mapas mentales creados por Tony Buzan en 1973, un ejemplo de ello se evidencia en la figura 8, donde se fusiona un diagrama ocupacional sobre la base de una replica de mapa mental desarrollado por Tobón Tobón (2004, Pág.46). Aquí por ejemplo; *las categorías*, reúnen una serie de dimensiones que calzan de manera razonable con los propósitos del subsistema de GC, del SPNS. *Las características* esenciales de los procesos de gestión que van desde el contexto donde se desarrollarían los procesos de concienciación recíproca entre el sistema de salud y la comunidad como un todo, hasta el desempeño interno y externo de funcionarias y funcionarios por la salud y la vida.

FIGURA 8: Estructuras Complejas de las Competencias en un Sistema de Gestión del Conocimiento



Fuente: Elaboración propia del autor, Robles 2008.

Cabe resaltar que la definición de competencias a ser desarrolladas mediante transferencias de Conocimiento por parte de funcionarios y funcionarias del SPNS, a lo interno de las comunidades debería ser definida en congruencia con las especificidades que demanden los diversos entornos teniendo en cuenta los siguientes criterios. Lo que cada persona dentro de los grupos deba ser capaz de hacer. Los criterios para juzgar el desempeño competente en una función específica. Las condiciones en la cual la persona deba demostrar su competencia. Los tipos de evidencias pertinentes para juzgar la competencia necesaria al hacer abordajes sociales, observaciones al entorno y/o hábitat donde cohabitan los grupos sociales a fin de efectuar diagnósticos de causales determinantes en el quebrantamiento de la salud.

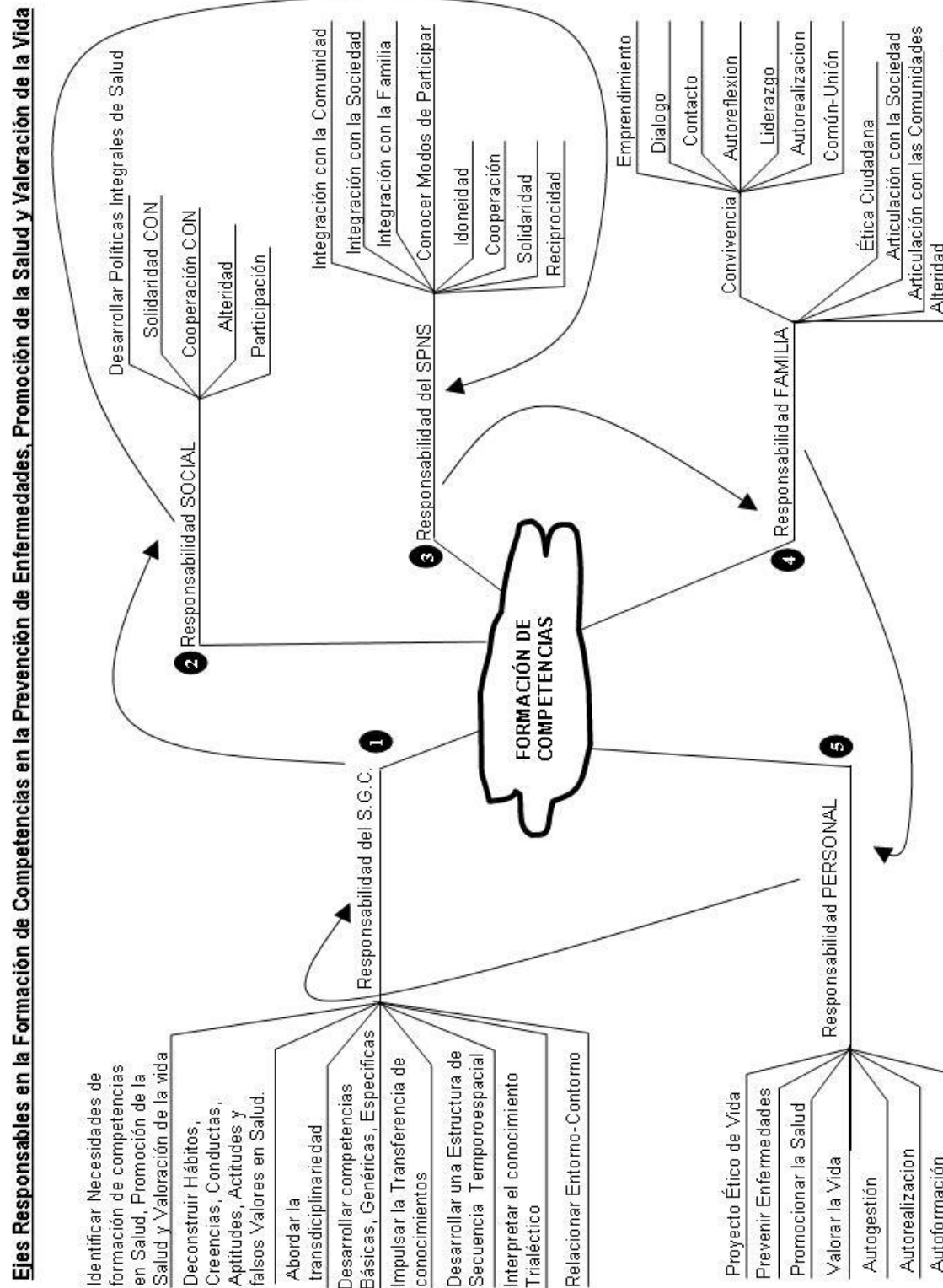
Respecto a los diversos tipos de competencias, Peñalosa Ramella (ob.cit. p.113) sostiene que la formación basada en competencias, “no está exenta de debilidades, y esa línea, considera que en la formación por competencias subsiste un dilema estructural donde prima la formación del hombre como un profesional autómatas por encima de una formación del hombre como humano”. En consecuencia la implantación de un sistema de gestión del conocimiento basado en competencias para servir a la salud, esta debilidad no debe causar asombro alguno, porque no se trata de una formación sobre lo desconocido; más bien, se trata de un reforzamiento de saberes tanto en las comunidades como a lo interno del SPNS, que permita coadyuvar el desarrollo de un pensamiento crítico. Para Boisvert (2004.Pág.25). El pensamiento crítico, comprende las capacidades y actitudes que desempeñan un papel principal en el proyecto de analizar y dominar las innumerables informaciones que caracterizan el contexto social actual a fin de cerrar las brechas existentes.

Cabe considerar que pese a tales esfuerzos, de manera trascendente el SPNS, presumiblemente por falta de claridad en los ejes responsables para la formación de las competencias ha venido mostrando muy poco interés por cerrar brechas en la generación de nuevos Conocimiento, en pro de la salud y la valoración de la vida humana, dentro de contextos sociales cada día más complejos. En tal sentido, se requiere hacer uso de nuevos epistemes fundados en el ámbito transdisciplinario con tendencia a abarcar diversas responsabilidades que

trasciendan las disciplinas para insertarse en ejes complejos de trabajo haciendo uso de valores transdisciplinarios.

Asumida la Transdisciplinariedad, como una corriente de pensamiento que estaría llamada a propiciar vínculos integradores en un nuevo episteme tendente a generar y transferir Conocimiento a lo interno del SPNS, y de allí establecer los vínculos necesarios en el contexto de las comunidades y grupos sociales específicos entre los que destacan: organizaciones a favor de la salud, llámese comités de salud y consejos comunales entre otros, que permitan conjuntar y desarrollar de manera simultanea en lo personal con las familias de cada pueblo, y los componentes de educación oficial para así en conjunto contribuir en el desarrollo de una formación basada en competencias para la defensa de la salud y la vida. Entendidas estas competencias como el desarrollo de habilidades, destrezas y técnicas para ejecutar el trabajo con adecuados niveles de dominio.

Esta debe y tiene que ser una responsabilidad compartida entre los subsistemas de: Promoción Social para la Salud, Educación para La Salud, Investigación y Educación estarían obligados a hacer énfasis en producir y transferir conocimientos mediante un abordaje de lo social pensado desde un todo integral, de manera tal que permita estimular a los componentes administrativos y gerenciales del MPPPS para que promuevan el redireccionamiento de planes y programas hacia un repensar de lo humano-social. Esto por supuesto, incluiría a aquellas familias y conglomerados sociales que cohabitan en situaciones de pobreza extendidas donde una inmensa mayoría de conciudadanos se encuentran subsumidos en la más abierta desinformación por carencia de criterios o normas para conocer la verdad respecto a las enfermedades y sus orígenes. Por tanto, se estima que un subsistema de gestión del conocimiento que persiga generar cambios de razonamiento en los ciudadanos, deberá generar grados de conciencia extensibles a la preservación del medio ambiente, hábitat y/o ecologías diversas como se interpreta en la figura 9.

FIGURA 9: Ejes Responsables de la Formación de Competencias

Fuente: Elaboración propia del autor, Robles 2008.

La importancia capital de un sistema de gestión de Conocimiento en pro de la salud y la vida, persigue como finalidad que cada ciudadano deba comprender los porqué de la importancia vital que subyacen en la relación ambiente salud. A partir de este principio, cada ciudadano entenderá como la preservación de la salud debe y tiene que ser integradora en su fin. Por tanto, se estima que la mayor parte de esta formación debe y tiene que partir prioritariamente desde el hogar, sustanciarse en las escuelas y consolidarse en las universidades.

En modo paradójico, resulta demostrable el hecho en que suelen incurrir algunas universidades públicas al establecer su carga curricular de cursos destinados a enseñar métodos tendentes a fomentar la salud, valorar, defender y preservar la vida, les asignan características de cursos electivos o son promediados por debajo de la media normal. Esto, en líneas generales pasa a ser un desestímulo al futuro profesional de la medicina y, coadyuva a que cursos como: medicina preventiva, promoción social, promoción de la salud, atención primaria y medicina comunitaria entre otros, sean desechados por la gran mayoría de estudiantes que cursan carreras relacionadas con ciencias de la salud. En consecuencia, al ubicar espacios en que por ley deberían ocupar tanto la prevención de enfermedades, como la promoción de la salud, se observa una gran brecha entre ambas y la medicina curativa repositiva. Lo cual, se traduce en una prueba fehaciente el hecho que hasta ahora, en nuestras universidades, prime la preparación de profesionales con marcada tendencia hacia el manejo empresarial y comercializador de la salud sobre la prestación del servicio público, aun cuando irónicamente es él Estado quien subvenciona a las universidades.

Las anteriores aseveraciones, demuestran en todos los sentidos, que la inmensa mayoría de la formación, tiende a ubicarse más dentro de un contexto puramente empresarial, por no decir privado o capitalista, lo cual tiende a sobreponer criterios a la administración pública relegándola a planos inferiores. Por tanto, se estima imprescindible hacer una adecuada revisión sobre los distintos currículos de estudios en universidades públicas y privadas. A fin de redireccionar la formación con una tendencia más hacia una visión integral de estado donde prime un concepto de

nación como el conjunto de los habitantes de un país regido por el mismo gobierno. Estos razonamientos, en buena parte explican la gran connotación capitalista, visible en el uso de la acepción “Capital” tanto en el tipo de herramientas metodológicas usadas para abordar la complejidad del caso, como el modo en que hasta ahora han venido siendo utilizados los criterios insertados en diversos modelos para evaluar los procesos de gestión del conocimiento en el sector comercial privado.

3.2.2.- Modelo De Dirección Estratégica Por Competencias

Antes de asumir la revisión de algún modelo específico de Dirección Estratégica por Competencias DEC, conviene revisar al menos, una base conceptual, que nos permita acopiar ideas, para enfocar el tema desde una perspectiva que facilite establecer una relación más directa con los propósitos de un sistema de gestión de Conocimiento a lo interno del SPNS. Por este propósito, se recurre a Manuel Fernández Ríos (1999.Pág.305-306) para quien un DEC, viene a ser.

Un sistema de dirección que pretende responder a las demandas actuales y futuras de la empresa, (organización) dentro del planteamiento de complejidad que rige el entorno y en intorno de la misma. Responde a los criterios de análisis estratégico que se desarrollan en un diagnóstico estratégico permanente (externo e interno, con un enfoque mesoeconómico); una planificación estratégica basada en este diagnóstico y con la previsión de futuro, y con unas pautas derivadas de la misión y los objetivos; una implantación del plan y el control de las estrategias implantadas y su necesaria readaptación continua.

A partir, de un análisis estructural al concepto de planificación estratégica expresado como un modo de orientar las acciones de una organización, que tiene en cuenta el modelo político vigente y el comportamiento de los diferentes actores sociales que intervienen en el, se intenta alinear los procesos de gestión de conocimiento a partir de las siguientes interrogantes que complementan la estrategia: ¿Cuál es la situación actual de la salud en Venezuela? ¿Cuál es la razón de ser del SPNS? ¿Cómo alcanzar y lograr los objetivos de producción y transmisión de Conocimiento? ¿Qué planes de acción se desarrollarán entre el SPNS y el entorno donde cohabitan los actores comunitarios? Es importante destacar el sentido de la

estrategia en si misma. Kaplan y Norton (2004. Págs.61-62) alertan que no es un proceso de gestión independiente, sino que. Es un paso, en un proceso continuo lógico, que moviliza a una organización de una declaración de misión de alto nivel de trabajo realizado por los empleados administrativos y de atención a los usuarios. Entonces, a lo interno del SPNS la DEC puede ser vista como un paradigma que viene emergiendo desde el siglo pasado en el seno de las empresas privadas (lo cual no quiere decir que no haya funcionado en lo público) para orientar la eficiencia y eficacia de las organización en la denominada sociedad del conocimiento que bien pudiese ser implementada en el ámbito público del sector salud para viabilizar la transmisión de Conocimiento desde el MPPPS al contexto externo donde existen centros dispensadores de servicio a usuarias y usuarios de la atención médica.

La DEC, funcionaría a lo interno del SPNS sobre la base de competencias esenciales, las cuales están compuestas por tres elementos o componentes básicos distintivos: saber y experiencia acumulados por funcionarias y funcionarios; otras de origen organizativo que subyacen en los "procesos de acción" de la organización en cada uno de los subsistemas; y finalmente sin ningún tipo de menoscabo hacia las demás competencias, se encuentran aquellas de carácter personal; es decir actitudes, aptitudes y habilidades de los miembros de la organización; a estas, se vinculan unas competencias de origen tecnológico las cuales en sentido amplio integran la combinación de competencias básicas distintivas para obtener la competencia esencial de capacitación y concienciación humana que persigue un subsistema de Gestión del Conocimiento a favor de la salud y la vida.

3.2.3.- Modelo Estratégico de Promoción de la Salud

La Promoción de la Salud, en buena medida vendría dada en parte por el grado de valoración que cada persona y/o familia logre imprimir tanto a su propia vida, como al resto de humanos que cohabitan en su contexto comunitario. Esto por extensión, se conseguiría del siguiente modo: asumiendo que: la Gestión del Conocimiento (GC), persigue concienciar al mayor número de personas en una comunidad respecto a la valoración de la vida (V. V), entonces, a partir de ello pueda

encaminar actividades equitativas constantes para promocionar la salud (PS) hasta alcanzar elevados grados fundado en de vida sana. Dada esta situación, se concibe un Modelo Estratégico de Promoción de la Salud. Esta estructura, hace que cobre interés la propuesta de, que las personas en las comunidades puedan desarrollar capacidades que determinen el conjunto de competencias distintivas necesarias, para crear y sostener la ventaja de servicios en el sector salud como clave estratégica.

A la luz de estas consideraciones, se asume que el objeto de la Dirección Estratégica por Competencias dentro del SPNS, se funda en buscar la "estrategia esencial" que coadyuve a promover la salud como una combinación de todas aquellas "competencias básicas distintivas de promoción de la salud y valoración de la vida", ya que, a partir de ella se podrá analizar la creación y sostenimiento de la ventaja de servicios y concienciación desarrollada por el equipo de funcionarios y funcionarias del Sistema Público Nacional de Salud. Siendo la concienciación, la resultante más esperada de dichas "competencias distintivas", es decir, lo que quiere ser el sistema como institución propulsora de los procesos de gestión de Conocimiento.

FIGURA 10: Procesos de aprendizaje a la Valoración de la Vida y Promoción de la Salud



Fuente: Elaboración propia del Autor. Robles (2008).

Se estima, que al estar determinadas las idoneidades profesionales o a aspectos muy particulares para adelantar las transformaciones necesarias previstas por el SPNS para operar los procesos de modificación de conciencia previstos en el subsistema de gestión de conocimiento, estratégicamente estaría llamado a identificar competencias específicas respecto a lo que hace, o sabe hacer la gente. Aunado a ello, lo que cada uno de los actores, sean capaces de ser, y hacer en las comunidades para promover los procesos cognitivos. En otras palabras, la concienciación vendrían a ser para los ciudadanos a lo interno de las comunidades, la máxima expresión de: actitudes o valores de conocimiento (básicamente explícitos) y de sus capacidades (Conocimiento tácitos, habilidades y experiencia). De plano, cabe formular la diferenciación entre una estructura de competencias para: elaborar productos destinados al mercado, de otras competencias encaminadas a generar conocimientos para prevenir enfermedades, tendentes a promover la salud y valorar la vida.

Por lo general, las bases para desarrollar competencias en el sector privado obedecen a los estudios de competencias hechos a lo interno de las empresas comerciales privadas, estos, permiten visualizar la manera como han sido ordenados algunos conceptos fundamentales con que se define analíticamente el Capital Intelectual, en razón de la siguiente ecuación **CI = CH+CO+CT+CR**. La cual, pese a guardar relación directa con las personas, está estructurada de manera positivista, que no le permite diferenciarse de una formula para producir un producto comercial:

CH = Capital Humano o conjunto de competencias personales.

CO = Capital Organizativo o conjunto de competencias organizativas.

CT = Capital Tecnológico o conjunto de competencias tecnológicas.

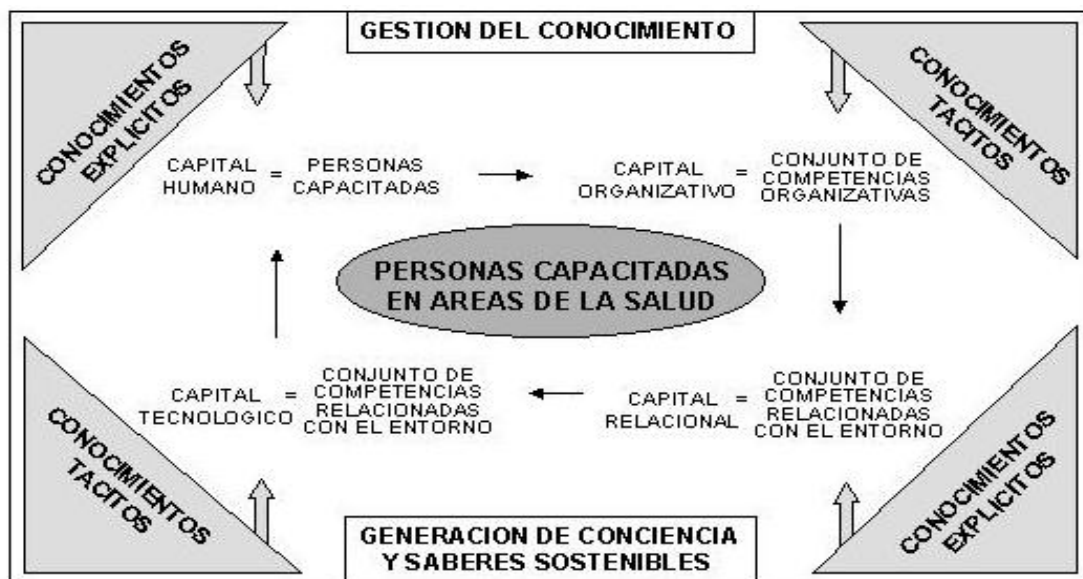
CR = Capital relacional o conjunto de competencias relacionales o con el entorno.

De manera tal, que el Capital Estructural está formado por: capital organizacional CO y capital tecnológico CT. La estructura y el modo en que se articula y funciona el Capital Intangible (funcionarios-funcionarias y personas en las

comunidades). Esta estructura, delinea tres argumentos básicos de la Dirección Estratégica por Competencias a saber:

A.-) Las actitudes o valores (personales, organizativas, tecnológicas y relacionales) que las personas lleguen a adquirir por la salud y la vida. **B.-)** Lo que quiere ser la organización. Concienciar a las personas en las comunidades para: prevenir enfermedades, promover la sociedad y salud para valorar, defender y preservar la vida. **C.-)** El Conocimiento (explícito e incorporado en los activos de la organización, tanto en una como en otra "competencia básica distintiva") que deben ser administrados, compartidos y articulados en pro de la salud y la vida. **D.-)** Lo que sabe hacer o lo que hace la organización basada en las capacidades (Conocimiento tácito, habilidades y experiencia) de funcionarios, funcionarias y personas comunitarias para que demuestren: lo que es capaz de ser la organización y de hacer la gente, es decir, su saber hacer bien en cada una de las comunidades en pro de la salud y la vida. Tal y como puede apreciarse, existe una ligera imbricación de acepciones técnicas específicas del campo de la economía en los conceptos estructurados para definir tanto los tipos de Conocimiento como capacidades y/o competencias que habiendo sido desarrolladas en el sector privado, pudiesen encontrar aplicación en la administración pública, concretamente en el campo de la salud.

FIGURA 11: Generación de Consciencia y Saberes Sostenibles.



Fuente: Elaboración propia del Autor. Robles (2008).

Finalmente, la dirección estratégica por competencias permitiría al SPNS, colocar su misión y visión en la prospectividad y preferencia necesaria para en un lapso determinado ubicarse en posición de evaluar los resultados de gestión del Conocimiento y en consecuencia determinar cuantas personas y en que grados de concienciación pudieron ser sensibilizadas ante la cotidianeidad de la salud. Las apreciaciones precedentes, dan fe de como el término conocimiento ha venido siendo nutrido mediante insumos obtenidos desde diversas fuentes, al grado tal de haber podido contribuir a generar cambios sustanciales de manera planetaria pero en cuanto a este continente se refiere, cabe resaltar los alcances logrados por las diversas organizaciones productivas, ubicadas en los entornos sociales que conforman el llamado mundo occidental. En la cultura occidental, tres son las epistemes fundamentales: la del Renacimiento, la de los siglos XVII y XVIII y la que corresponde al s. XX.

En este contexto, las organizaciones empresariales de occidente, han despertado interés en satisfacer la demanda de: productos, bienes y servicios, mediante adecuadas y significativas práctica de generar innovaciones tecnológicas fundadas en la reproducción de dispositivos a grandes escalas para satisfacer mercados cada vez más mundializados. En este contexto, surge la necesidad de establecer una dinámica de interrelación para la productividad en una triada <<humano-social-tecnológica>> con características culturales propias del mundo occidental. Lo cual, indujo a desarrollar el Modelo occidental de generación de conocimiento. Este modelo, inicialmente se construye sobre bases cualitativas de cuestionarios estructurados con los que se procuraba recoger datos, que de acuerdo a requerimientos específicos, eran transformados en información con la participación de las personas involucradas en altos cargos de las empresas. Estos datos, a la par de reflejar los requerimientos tecnológicos de los mercados, también facilitaban la identificación de problemas o necesidades sentidas en los grupos a lo interno de las organizaciones, dando pie en este sentido para pensar que la empresa debe su evolución a la gente.

De las apreciaciones anteriores, se consideraría necesario pensar en la utilidad que a tales efectos, pudiese aportar la corriente humanista en el fomento de un mejor saber hacer para desarrollar la productividad de bienes y servicios. En esta dirección, Peluffo y Catalán (2002. Pág. 61) reseñan la importancia teórica de la corriente humanista, en apoyo a este enfoque de creación de conocimiento combinado con la Teoría General de Sistemas (Bertalanffy (1956) y la Teoría de la información (Shanon y weaver 1949)⁴⁰. Aunado a ello, es señalada la contribución de Peter Senge por su carácter de fundador del centro para el Aprendizaje Organizacional, en el “Sloan School of Managment” del Instituto Tecnológico de Massachussets (Mit) desde donde prácticamente se deriva el sustento práctico al modelo de “pensamiento sistémico”, como principio fundamental de una filosofía revolucionaria al servicio de la gerencia, de la que se desprenden conceptos relacionados con las denominadas organizaciones inteligentes.

Se atribuye a P. Senge, el hecho de haber desarrollado en 1990, el sistema corporativo integral el cual, gira alrededor de los conceptos de: “dominio personal”, “modelos mentales”, “visión compartida”, y aprendizaje en equipo. A la par de la estructuración de estos modelos, de manera significativa, se aprecian tanto los aportes de Senge, como de otros autores que contribuyeron a dar un cambio en el aprendizaje organizacional que hasta ese momento, había permanecido centrado en los enfoques conductistas imperantes en la década de los sesenta, para insertarlo en un modelo de corte constructivista. Otro autor, digno de mencionar, al momento de abordar la complejidad del discurso, que involucra la Gestión del conocimiento, es Ikujiro Nonaka, a quien se le atribuye el hecho de haber postulado este término bimembre como un enunciado apodíctico, que permitió entender la necesidad de

⁴⁰ Castañeda Miranda (2008) La teoría de la información fue desarrollada inicialmente, en **1948**, por el Ingeniero electrónico estadounidense **Claude E. Shannon**, en su artículo, A Mathematical Theory of Communication (Teoría matemática de la comunicación) (Shanon y weaver 1949). esta teoría es central a todos los empeños de la ciencia cognitiva porque permite concebir la información de una forma independiente del contenido; es entonces, que Shannon se preocupó por la transmisión de la información y la cantidad que lograría transmitir un sistema artificial como el teléfono, y es allí en donde se dirige un nuevo término y es dígito binario o como ahora lo conocemos BIT. Sin embargo se creó la información, como representación de una materia concreta. Por tal motivo la insuficiencia de una base teórica para la tecnología de la comunicación surgió del acrecentamiento del obstáculo y de la masificación de las vías de comunicación, tales como el teléfono, las redes de teletipo y los sistemas de comunicación por radio.

fomentar una empresa creadora de conocimiento, para introducir mejoras en la productividad.

Merece especial reconocimiento, el trabajo desarrollado por el Dr. E. Deming, quien anterior a Nonaka, había trabajado en la misma línea de mejorar la productividad de las empresas japonesas en 1950, donde desarrollaría los principios de la Calidad Total; y a partir de ella, se propone la estrategia de reacción en cadena, donde destaca la educación para mejorar la competitividad en los negocios. Es por ello, que partir del advenimiento de estos trabajos, se comienza la etapa precedente a lo que hoy día se conoce como producción de conocimiento organizacional. Es importante acotar, que entre los factores adversos a la Calidad Total, persiste su inclusión temprana en la larga lista de las modas gerenciales. Por fortuna, no ha ocurrido así con los procesos de conocimiento organizacional, donde subyace la gestión del conocimiento.

3.2.4.- Las modas gerenciales y su impacto en el modelo occidental de gestión del conocimiento

Las modas gerenciales, deben ser entendidas desde dos concepciones puntuales, una obedece a criterios “racionalistas”, centrados en los procesos. Mientras que la otra, obedece a “normativas” centradas en un sentido técnico que opera de manera sistemática en la gente. Armas y Malavé, (2007) se permiten citar a Abrahamson, 1996, por fijar posición respecto al sentido técnico de estas modas, en el siguiente orden:

La expresión “moda gerencial” ha adquirido recientemente un sentido técnico: designa un objeto de estudio de la ciencia social, sin connotación peyorativa o cínica. Una moda gerencial se define como una creencia colectiva, difundida y relativamente transitoria, según la cual ciertas técnicas (y, por supuesto, quienes las utilizan) están a la vanguardia de la gerencia.

No obstante, esta posición de Abrahamson es discutible, y en torno a ella figuran posiciones adversas quienes definen una moda gerencial como una creencia colectiva, difundida y relativamente transitoria, por lo que se estima procedente abrir

un discernimiento, a fin de señalar la diferencia que pueda existir entre las modas y sus contenidos. Esto, con el firme propósito de identificar los componentes esenciales que las integran, y las posicionan en las organizaciones, para así, establecer distinción entre las acciones “racionalistas” centradas en los procesos de cada organización, y apreciar en toda su extensión cuales serían las acciones “normativas” que estas pudiesen generar, cuando actúan centradas en la gente con propósitos meramente comerciales. Ya que muchas veces, los propósitos perseguidos por las modas, sólo procuran la colocación en el mercado de algunas prácticas de trabajo, que más allá, de incidir en la productividad de las organizaciones, pretenden impactar por determinado espacio de tiempo, en la comercialización de todo un conjunto de publicaciones y textos que en escasas ocasiones, alcanzan dar aportes sustanciales a los procesos administrativos y por consiguiente a los estudios del trabajo, debido a que generalmente carecen de sustrato teórico.

No obstante a ello, la dinámica del conocimiento, vista desde el lado de la productividad, se debe en buena parte a los mercados empresariales centrados en la búsqueda de una mejor y mayor producción. Empero, este conocimiento en muy raras ocasiones pasa a formar parte de las páginas donde se enlistan las modas gerenciales. Por ende, es bueno hacer énfasis, en que tanto la gerencia del conocimiento, como todos y cada uno de sus componentes para ser efectivos no necesitan circunscribirse a moda gerencial alguna, dado a que más allá de ellas, el deber ser de la empresa u organización en el mundo occidental estaría llamada a crear, y producir los conocimientos necesarios para el desarrollo de sus propios procesos. En este orden de ideas, necesariamente se debe evitar generar confusión de términos entre: el denominado “Boom” del conocimiento que venden las modas gerenciales, la producción propia de saberes que se genera a lo interno de cada organización, y por supuesto la producción y/o Creación del conocimiento con la Gestión y/o transferencia del conocimiento.

Estas apreciaciones, encuentran asidero en la posición fijada por Ikujiro Nonaka en Harvard Business Review (2000.pp.23) donde sostiene que, la mayoría

de los directores occidentales mantienen una visión demasiado estrecha acerca de lo que es el conocimiento, cómo debe ser explotado, y aprovechado por la empresa que tiende a generar confusiones no sólo de orden semántico sino estructural. Y en este sentido, añade, una gran mayoría de ellos, creen que sólo es útil el conocimiento hard (duro), en un sentido cualificable. Por consiguiente, consideran que la empresa es una especie de máquina para <<procesar información>> más no para favorecer a las personas, ni para profundizar en modo etimológico la base conceptual del término conocimiento.

De modo similar, resultaría inconcebible la realización de un traslapo de la información a partir del modo como se efectúan los procesos de gestión de conocimiento sobremanera cuando en el ámbito empresarial privado se pretenda transferir conocimiento fundado en la vacuidad de las denominadas modas gerenciales. A este respecto, cabría imaginar la insensibilidad que pudiesen generar la aplicación de modas gerenciales en un sector tan complejo como es el campo de la salud, considerado específicamente humano. Por consiguiente, conviene hurgar en este asunto y comprender ¿De donde vienen, cuales son los fines específicos de las modas gerenciales? Armas y Malavé⁴¹ (2007), sostienen que; el origen de estas modas, radica en el mundo de los negocios; básicamente impulsados desde los Estados Unidos, con el fin de estimular la generación de capitales. Por tanto, es inconcebible creer que puedan llegar a favorecer un servicio público de salud.

Esta posición de Armas y Malavé (2007), es compartida en Venezuela por Ramón Piñango, investigador del Instituto Estudios Superiores en Administración IESA, en su publicación Debates IESA, volumen VI número uno (2000.Pág.2) donde

⁴¹ Para Virgilio Armas y José Malavé (2007) La sucesión de modas a lo largo del siglo XX no puede apreciarse cabalmente si no se coloca sobre el fondo de tendencias, acontecimientos, obras y autores que han influido y desarrollado el pensamiento sobre la gerencia. El cuadro se hace más inteligible si se distinguen períodos en esa evolución. La trayectoria del índice industrial Dow Jones permite identificar períodos de relativa estabilidad o crecimiento moderado (1901-21 y 1966-83), turbulencia (1922-42) y crecimiento acelerado (1944-65 y 1984-2000). Estos períodos guardan cierta relación (no coincidencia exacta) con los identificados en la investigación sobre “ondas largas”, con sus fases de auge y caída, en la actividad económica (Freeman y Pérez, 1988). La incidencia de las ondas largas en la sucesión de modas gerenciales ha sido estudiada y se conoce como la “tesis del péndulo” (Abrahamson, 1997) Según esta tesis, al comienzo de las fases de auge dominan las modas “racionalistas” (centradas en los procesos), mientras que al comienzo de las fases de caída dominan las modas “normativas” (centradas en la gente).

entre otras pertinencias sostiene. “Desde hace muchas décadas, crece sin parar la demanda de: servicios de consultoría, libros, cursos y talleres, que prometen el cielo a quienes se decidan seguir obedientemente recomendaciones de firmas consultoras, de los gurúes, o de los divos y divas del mundo académico”. Esta posición se complementa, en un extenso análisis comparativo que hace el IESA (Págs. 36-37) bajo título de, *un siglo de negocios y modas de la gerencia*; estructurado en tres eras: la primera fue denominada era de la ingeniería pesada y eléctrica, la cual se ubica desde 1.901 hasta 1942, teniendo como factor clave de trabajo, el acero. Las industrias dominantes en este período fueron: maquinaria eléctrica, armamento pesado, buques de acero, químicos y electricidad. En ésta era, la organización de los negocios, estuvo signada por: formación de gigantes empresariales, consolidación de monopolios y oligopolios, regulación de monopolios “naturales” y servicios públicos, concentración de capital financiero, surgimiento de la gerencia media. Cabe destacar, que la misma tuvo dos modas: La Gerencia científica. Que se desarrollaría entre 1901 y 1921. Luego, desde 1921 a 1942 harían su aparición las modas de: Psicología industrial y Relaciones humanas. Cabe destacar que ambas echaron los cimientos para construir todo cuanto hoy se conoce como Gerencia de Recursos Humanos.

Luego, vino la era de la producción masiva que transcurre entre 1942 y 1984, teniendo al petróleo como factor clave. Mientras que, las industrias dominantes fueron: vehículos, aviones, electrodomésticos, productos de consumo masivo, materiales sintético, petroquímica. Aquí, la Organización de los negocios vino dada por: competencia oligoplística y corporaciones multinacionales basadas en inversión extranjera, integración vertical, estructura vertical y control jerárquico. Esto, marcaría dos ciclos de modas gerenciales. El primero, se ubica entre 1942 y 1966, donde se desarrollan modas de la gerencia conocidas como: Teoría X y teoría Y, Entrenamiento de sensibilidad (grupos T), Gerencia de proyectos (PERT y CPM), Gerencia por excepción, Gerencia por objetivos. El segundo ciclo, desarrollado entre 1966 y 1984, transcurrieron las siguientes modas: Organización matricial, Presupuesto base cero, Ciclo de vida de productos, Curva de aprendizaje, Gerencia

de portafolios, Teoría Z, Círculos de calidad, Principios de la excelencia, Gerencia emprendedora, Calidad total, Equipos autodirigidos, Competitividad, Justo-a-tiempo.

Finalmente, del trabajo expuesto por el IESA, (ob.cit. Pág. 37) se obtienen datos para armar la era de la información y la comunicación, en el período comprendido entre los años 1984 y 2000, la misma tuvo como factor clave de negocio el microprocesador. Aquí, las industrias dominantes fueron: computadoras, equipos electrodomésticos, software, equipos de telecomunicaciones, robótica, bancos de datos, satélites, negocios por Internet. De la organización de los negocios cabe señalar que se manejó entre: redes de firmas grandes y pequeñas basadas en computación y cooperación estrecha en tecnología, calidad, control, entrenamiento, planificación de la inversión y la producción; estructuras organizativas con mercados internos de capital. donde destacan: Downsizing, Reestructuración, Empowerment, Benchmarking, ISO 9000, Reingeniería, Organizaciones de alto desempeño, Compañías visionarias, Organizaciones que aprenden, Organizaciones sin fronteras, Alianzas estratégicas, Balanced Scorecard, Outsourcing, Valor económico agregado (EVA),retroalimentación de 360 grados, Sistemas integrados.

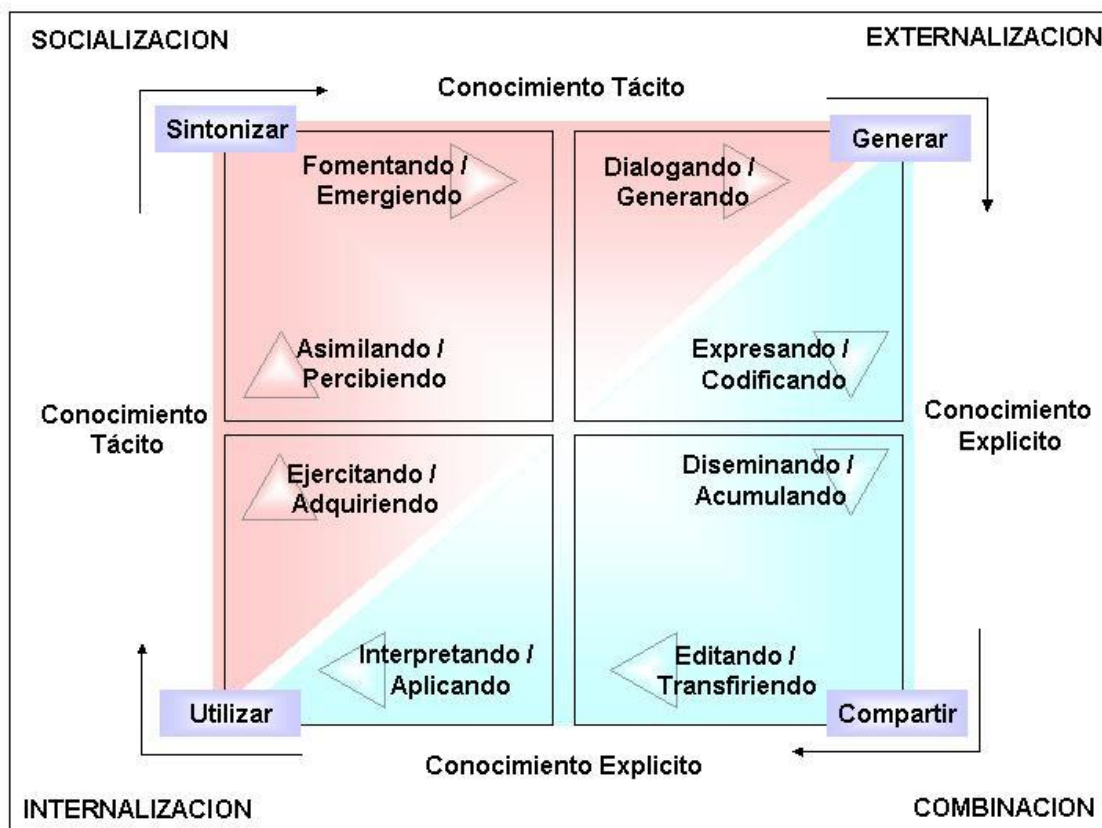
De las explicaciones anteriores, se concluye: las modas gerenciales son exclusivas del mundo de los negocios. Por tanto, se corresponden más con el trabajo aplicado a Organizaciones del ámbito empresarial, las cuales distan tanto en su filosofía, como en fines consiguientes a servicios públicos. Por consiguiente, resulta una incongruencia, avalar el traslapo del léxico utilizado en organizaciones privadas, para ser copiado cual si fuese un clásico fractal dentro de los organismos e instituciones de la Administración Pública, y con ellos designar la gran mayoría de procesos y acciones inherentes al desempeño de funcionarios y funcionarias que se inscriben dentro de la idiosincrasia del servicio al público. Pretendiendo incluso incluir aquellos xenónimos identificados con nombres en idiomas foráneos, específicamente en inglés; tal es el caso del *Modelo Integral de Control de Gestión* propuesto por Kaplan y Norton conocido muy comúnmente como el Balanced Score Card -BSC- cuyas aplicaciones se han pretendido hacer al calco en instituciones públicas.

3.2.5.- El modelo oriental de generación de conocimiento organizacional

Este modelo, desarrollado por Nonaka y Takeuchi (1995), se fundamenta en la creación del conocimiento a través de un modelo de generación de saberes mediante dos espirales de contenido, epistemológico y ontológico, los cuales, se relacionan en una interacción entre conocimiento tácito y explícito, que tiene naturaleza dinámica y continua, constituidos en una espiral permanente de transformación.

Nonaka. El enfoque holístico del conocimiento, que se observa en muchas empresas japonesas, se basa en otra idea fundamental: la empresa no es una máquina, sino un organismo vivo. La empresa, igual que la persona, puede poseer un sentido colectivo de identidad y finalidad última. Esto es, en la empresa, equivale al auto conocimiento de la persona -una idea compartida a cerca de lo que la empresa significa, de hacia dónde se dirige, de la clase de mundo en que desea vivir y, lo más importante, de cómo hacer realidad ese mundo-(Ibíd.27)..

El Modelo Oriental, se estructura en dos componentes básicos. Socialización y Externalización. **La Socialización**, opera como el proceso de adquirir conocimiento tácito o empírico a través de compartir experiencias por medio de exposiciones orales bien sea a lo interno de la organización o de la comunidad a través de, documentos, manuales y tradiciones y que añade el conocimiento novedoso a la base colectiva que posee la organización. Mientras que, **La Externalización**, puede ser interpretada como el proceso de convertir los mismos conocimiento tácitos en conceptos explícitos que supone hacer tangible la información mediante el uso de metáforas sobre el conocimiento articuladas de por sí, pero muy difícil de comunicar. En este proceso, la externalización debe y tiene que ser integrada a la cultura de la organización y aceptarla como la actividad esencial en la creación del conocimiento organizacional. Por su parte, en el ámbito de la salud, la externalización resulta muy común en el trabajo de convertir conocimiento tácito en conceptos explícitos realizado por los promotores y/o gestores del conocimiento en las comunidades, siguiendo la relación de desarrollo de las 4 fases de la figura 12.

FIGURA 12: Proceso de Conversión del Conocimiento en la Organización

Fuente: Nonaka y Takeuchi, 1995.

Disponible en: <http://www.gestiondelconocimiento.com> (Consultada: 24 /05/ 2007)

En tanto, que la dimensión **combinación** para Nonaka y Takeuchi, es el proceso de crear conocimiento explícito. La misma, puede generarse por vía de cierto número de fuentes, mediante el intercambio de conversaciones telefónicas, reuniones, correos entre otros, generados a lo interno de cada organización al reunir datos que luego, se puedan: categorizar, confrontar y clasificar para formar bases de datos, que permitan producir conocimiento explícito. Del mismo modo **La Internalización**, puede ser entendida como un proceso de incorporación de conocimiento explícito en conocimiento tácito, que analiza las experiencias adquiridas mediante la puesta en práctica de un nuevo Conocimiento, que se incorpora en las bases del conocimiento tácito proveniente de los miembros de la organización. Obviamente, tomando en cuenta la forma de modelos mentales compartidos o prácticas de trabajo. El cuadro N° 7, refleja de manera evidente el fin perseguido en las cuatro fases propuestas por Nonaka y Takeuchi.

CUADRO 05. Especificaciones prácticas del Modelo Oriental De Generación De Conocimiento

Etapas del ciclo	Tipo de conversión	Descripción	¿Qué resultado genera?	¿Cómo se logra?
Socialización (sintonizar)	Tácito a tácito	Compartir y crear conocimiento tácito a partir de las experiencias	Conocimiento armonizado o compartido	- Mediante Acción Comunicativa.
Externalización (GENERAR)	Tácito a explícito	Articular conocimiento tácito a través del dialogo y la reflexión	Conocimiento conceptual	- Observando y Transfiriendo experiencias - Expresar por medio del Lenguaje Común
Combinación (COMPARTIR)	Explícito a tácito	Sistematización de conceptos con el conocimiento ya almacenado y la información disponible por medio de operaciones mentales colectivas	Conocimiento Sistémico	- Traducir a conceptos, analogías, metáforas, mapas y modelos - Acumular e integrar conocimiento explícito - Transferir y difundir
Internalización (UTILIZAR)	Explícito a tácito	Aprender a adquirir nuevo conocimiento tácito a partir de la práctica de (aprender haciendo)	Conocimiento Operativo.	- Editar y publicar Conocimiento explícito - Aprender conocimiento explícito haciendo o produciendo.

Fuente: Elaboración propia del Autor. Robles, 2008.

3.2.6.- Rastro etimológico, de la estructura Gestión del conocimiento

En el Diccionario de La Lengua Española, se encuentra una acepción de administración que permite entender en forma ampliada la gestión del conocimiento como sinónimo de administrar; es decir, *Graduar o dosificar el uso de alguna cosa, para obtener mayor rendimiento de ella o para que produzca mejor efecto*. Es precisamente en torno a la acepción administrar, desde donde surge la situación coyuntural que induce a desarrollar este tema. Pues, se trata de administrar nuevas formas de alcanzar experiencias, que permitan a los miembros de cada organización en particular, reaprender nuevos Conocimientos o reciclar los que ya existen.

Ahora bien, ¿Por qué en lugar de gestionar, no se dice administrar? Específicamente, se habla de gestionar, por su equivalente a buscar o lograr lo que no se tiene. Además porque éste término le es análogo a la acepción cuestión cuya génesis se registra en el latín “quaestio”, que traducido al idioma español es

equivalente a: búsqueda, interrogatorio; este a su vez se origina de: quaerere, buscar, preguntar; también es equivalente a <<problema y pregunta>>. Si se parte de estas argumentaciones, resulta viable establecer una *primera conjetura*, cuando ese algo se consigue, entonces la administración viene a formar parte del curso de acción a seguir. La *segunda conjetura*, se vincula a la teoría del conocimiento tradicional, de Descartes a Hegel, donde se afirma que el saber, o la ciencia, tienden a consumarse como sistema. Así, fue como Descartes y Spinoza desarrollarían un sistema filosófico basado en la noción de *búsqueda de la sustancia* del conocer. Por su parte, Kant cree que la razón humana es «arquitectónica» y «sistemática» por naturaleza: tiende a buscar la cohesión de todo cuanto conoce como si todo formara parte de un mismo sistema; y hasta Hegel, llegó a suponer que la verdad sólo existe como sistema. De allí, cabe presumir que estas dos conjeturas contribuyan a interpretar el uso sistemático y generalizado que se le viene dando al término gestión (búsqueda) aplicado al conocimiento. Otra contribución pertinente a la concepción de Gestión, cabría en dar interpretación a tres metáforas manejadas por Nieto Echeverry (2006. Pág.119).

Primera: precisamente gestionamos porque nos encontramos frente a muchas alternativas y caminos viables y posibles; por lo tanto, si la gestión fuese aquella tarea dirigida a eliminar todas las ideas y cursos de acción equivocados, todo lo que nos aleja del mejor camino, a lo que llegaríamos sin más es a comprobar que aun en el mejor camino hay la posibilidad del error.

Segunda: si realmente estamos determinados, cualquier cosa que se haga para gestionar algo es inútil, esta no establecerá ninguna diferencia; pero aquí es clave considerar también que no significa que el establecer una diferencia se garantice el éxito. No porque podamos gestionar y de esta manera salirnos de lo determinado, alcanzaremos el éxito. Gestionar no es más que tomar información de aquí y de allí.

Tercera: Al gestionar bien, existe una oportunidad real entre por lo menos dos. Su gestión encierra una de estas alternativas y lo lleva a la otra. Si tal resultado estuviese desde siempre determinado, sólo habría tenido una alternativa desde el principio. Conclusión que nos lleva a abandonar toda gestión.

Como corolario a lo antes expuesto, se agrega que este paradigma, fue estructurado sobre la base de las tecnologías de la información TIC, o redes de

informática, donde la acepción gestión se equipara a la administración o al cuidado de un asunto o un negocio. Y, como quiera que, la finalidad básica de los modelos socio técnicos de trabajo, de donde deviene la GC, fueron creados para fortalecer los negocios desde finales de los años 60, cuando muchas compañías comenzaron a introducir en la organización del trabajo una variedad de nombres diferentes a los procesos tradicionales de trabajo. En ese orden de relaciones, cabe interpretar que el uso específico del término gestión, pueda corresponderse con un desfase que radicaría en una especie de desfundamentación temprana en el léxico usado desde la teoría administrativa por parte de quienes al hacer uso de dispositivos tecnológicos han venido estructurando conceptos en torno a: el trabajo, la producción, la productividad y las personas quienes venden o alquilan sus capacidades para generar productos, bienes y servicios.

En este orden de relaciones, Ballina Ríos (2000, pp. 6) expresa. “La problemática de la teoría administrativa radica en, que desde el nivel epistemológico diversas teorías le atribuyen a un mismo concepto distintos significados”. En tanto que, en el nivel sociológico, las teorías se inscriben en diferentes circuitos sociales, en cuanto sea requerido por los auges de producción y consumo donde se inscribe con más fuerza el verbo administrar. Por otra parte, dentro del campo de los estudios administrativos, evidentemente se permite aceptar que el verbo administrar guarda en si mismo un orden polisémico. En él, encuentran significado, acepciones como: coordinar, planificar, ejecutar, evaluar, graduar o dosificar algo (que puede ser el objeto) para obtener mayor rendimiento de ello o para que produzca mejor efecto (en el sujeto).

3.2.7.- De las Tic's, a la gestión estratégica y gestión por competencias

De vuelta, a las consideraciones anteriores, enmarcadas en los propósitos esenciales de la estructura del paradigma Gestión de Conocimiento, en impulso de los sistemas laborales de alto rendimiento (SLAR), definidos por Nadler y Gerstein (1998. pp.180) como “Una arquitectura de la organización que reúne en un solo propósito: el trabajo, la gente, la tecnología y la información perfeccionando de este

modo la congruencia o adaptación de los sistemas humano-sociales para alcanzar máximos grados de rendimiento fundados en la gestión estratégica del conocimiento. La Gestión estratégica del conocimiento, cuya conceptualización es de reciente data (1995) y su origen responde a un proceso que se inicia con el tema de la Gestión por competencias en el desarrollo de las Tic's, a partir de estrategias para crear ventajas competitivas en economías que tienden a centrarse en el conocimiento y el aprendizaje. Tomando en cuenta, aquellas teorías que contribuyan a estructurar una reflexión, sobre el proceso del conocimiento, y los problemas que en su gestión se combinan para determinar actividades necesarias en el desarrollo de capacidades, que apunten hacia tres tipos de conocimiento, a saber: Conocimiento disciplinar, Conocimiento tácito (know-how) y el Conocimiento explícito (formal), los cuales necesariamente deben y tienen que ser abordados en detalles para consolidar procesos integradores de saberes productivos.

A este respecto, Peluffo y Catalán, (2002. pp.14) expresan su opinión en relación a “la gestión estratégica del conocimiento” al considerar que estas pudiesen operar como una disciplina”. Asumiendo la acepción disciplina dentro de la rama del conocimiento que se estudia o enseña en un centro de trabajo o que está dentro de un plan de estudio. En este caso se estaría aceptando una estrecha relación entre este tipo de gestión estratégica y el trabajo consciente y productivo fundado tanto en las Tic's, que sean desarrolladas en la organización, para intervenir directa o indirectamente en las funciones de los sistemas de GC, en concordancia con el tipo de enfoque que se adopte por objetivo. Entre estos enfoques, pudiese destacar el desarrollo de Mapas tecnológicos⁴² para la estrategia empresarial o institucional desde donde se pudiesen derivar temas como las patentes como fuente de información importante dentro de la inteligencia requerida por cada organización.

⁴² Para Escorsa y otros (2000) Algunas bases de datos importantes son: Science Citation Index, Chemical Abstracts (química), Medline (medicina), Compendex (ingeniería), Inspec (electricidad y electrónica), WPI (World Patent Index, gestionada por la empresa Derwent que contiene información sobre patentes), EPAT (patentes europeas), CIBEPAT (patentes españolas y latinoamericanas), CINDOC/CSIC (publicaciones españolas sobre Ciencia y Tecnología, Medicina, Ciencias Sociales y Humanas), Dacyted (Programa Iberoamericano de Ciencia y Tecnología)... En 1997, en el marco de un Programa Leonardo de la Comisión Europea, la Ecole Centrale de Lyon, el Institut Textile de France (ITF) y la Universidad Politécnica de Cataluña (UPC) desarrollaron un proyecto de aplicación de las herramientas de vigilancia tecnológica al subsector de “Textiles para usos médicos” en el período 1992-98 (Alvarez, 1997).

Por otra parte, estos mapas, sirven para presentar gráficamente, y de forma sintética, las tecnologías en que se ha investigado más y, en consecuencia, publicado y patentado en un período determinado. Entre las principales experiencias de este tipo en Venezuela se inscriben: MINCI, IVIC, IDEA, CONICIT y algunas universidades. Otra singular característica de estos mapas, se inscribe la tarea de detectar aquellas tecnologías emergentes que están experimentando una rápida expansión mediante la comparación con mapas correspondientes a períodos anteriores en esta tarea se evalúa el avance del I+D en un área o país. La elaboración de estos mapas ha sido posible por una serie de causas. Por un lado, la creciente disponibilidad de bases de datos cada vez más especializadas, completas y de más fácil acceso. En la última década, se ha avanzado considerablemente en la elaboración de los denominados mapas tecnológicos, o representaciones visuales del estado de la tecnología en un ámbito o área determinada como las que acompañan a la medicina y demás ciencias de la salud desde donde devienen resultados como "Textiles para usos médicos", los cuales comprenden una vasta gama de productos: hilos de sutura, vestidos, medias, fajas, prótesis, vendas, rodilleras, corsés ortopédicos, cinturones, collares cervicales, ropa de cama, esparadrapo. Esta línea, también Incluye materiales bioabsorbibles para las prótesis óseas, que presentan características mecánicas muy próximas a las de los propios huesos.

La elaboración de un mapa tecnológico, se circunscribe a ciertos pasos que varían desde el diseño y realización a la búsqueda e identificación de las palabras clave (key words). Estas palabras, se armonizan en clases; de allí se sustenta la Clasificación Internacional de patentes, autores, empresas, periódicos y otros tipos de información necesaria para interrogar a las bases de datos. La identificación adecuada de las bases de datos básicamente se usa para cubrir la información deseada. Cabe destacar que una gran variedad de fuentes no siempre están estructuradas en forma de base de datos. En otro orden de ideas, se apela al tratamiento de la información obtenida en sus campos bases de información codificada, la cual, en ocasiones se utiliza como sinónimos; un ejemplo de ello se traduce en la marca 3M, la cual se origina de los componentes Minnesota Mining

Mark. Estos identificadores son considerados como “sinónimos estratégicos”, aunque cabe reconocer que algunos terminan en “palabras vacías”, las cuales no obstante cumplen roles de armonización de la información procedente de distintas bases de datos. Respecto a la diversidad de saberes y/o conocimiento, surgidos a partir del trabajo con las Tic's, Peluffo y Catalán Ibíd., (19) citan un trabajo publicado en la Revista Espacios⁴³ (2000), titulado “La integración entre gestión del conocimiento y la inteligencia competitiva” fundado en seis maneras de interpretar el conocimiento como base de producción: En datos e información. Acceso de la información. Estado de la mente y su vinculación a: Objeto. Proceso. Capacidad o competencia.

Esta ligera discriminación entre Conocimiento disciplinar o tácito (know-how) y el Conocimiento explícito (formal), permite que se entienda el modo como la acepción Disciplina en un contexto más reciente, pasa a ser parte del fundamento de la lexicología emergente que tiene como objetivo: generar, compartir y utilizar los dos tipos de conocimiento que comúnmente existen en un determinado espacio, para dar respuestas a las necesidades de los individuos y de las organizaciones en su desarrollo. De allí, se aclaran las dimensiones del concepto Gestión Estratégica del Conocimiento, el cual, estaría centrado en factores como: Proceso de producción del conocimiento cuya finalidad consiste en guardar y documentar el conocimiento organizacional, y. El espacio de conocimiento (región, estado, ciudad, organización).

Cuadro 6: Diferentes Criterios En Que Se Sustentan Los Enfoques Básicos De La GC

El conocimiento en relación con datos e información	-Desde el punto de vista conceptual en un Mapa tecnológico, los datos son hechos, números sin procesar. Mientras que la información puede ser concebida como datos procesados o interpretados. -El conocimiento por su parte viene a ser la información personalizada”. -El foco de todo esto está centrado en las personas y su necesidad de información. -La Gestión del Conocimiento procurará que los usuarios tengan acceso a la misma por medios electrónicos en tiempo y forma adecuada a los usuarios del sistema.
Como estado de la mente	El conocimiento es el estado de conocer y comprender”. El centro del conocimiento es el individuo, y la GC tratará de facilitar el uso y la asimilación de información, por ejemplo; es el caso de los e-learning y los contenidos desarrollados con el

⁴³ www.revistaespacios.com Vol. 21 (2)

	enfoque de competencia o capacidad.
Como objeto	El Conocimiento es objeto que se puede almacenar y manipular". La clave de la GC estará en aumentar la capacidad de Conocimiento por medio de su codificación y colocación en dispositivos electrónicos y/o repositorios (Lugar donde se guarda una cosa) modelados a tal efecto, o de acuerdo con las necesidades de los usuarios.
Como proceso	"El Conocimiento es un proceso de aplicación de la experiencia". Su foco, estará en aumentar los flujos de saberes y en los procesos de: crear, compartir y transferir experiencias e información adecuada, útil y oportuna eliminando las barreras y obstáculos a tal fin.
En cuanto al acceso de la información	"El conocimiento, es una condición de acceso a la información". El foco, se centrará en mecanismos efectivos de búsqueda y recuperación de la información relevante, lo que se define como la navegabilidad del conocimiento que se trabaja por medio de mapas de conocimiento y diccionarios especiales.
Como capacidad o competencia	"El conocimiento es el potencial que influye en la acción". La base de la GC está en las competencias claves y la "comprensión del Know-how estratégico saber hacer"; La Gestión del conocimiento como sistema, tiene por objetivo, incrementar las capacidades intelectuales de las personas desarrolladas por medio del aprendizaje, competencias individuales y organizacionales.

Fuente: Elaboración propia (2008) a partir de Peluffo y Catalán (2002. pp. 19)

Las herramientas y tecnologías de Gestión del conocimiento que guardan y documentan el conocimiento organizacional. La sinergia, como dinámica del proceso de desarrollo de un sistema. La capacidad de respuesta de las organizaciones, la cual deba darse a través de los individuos frente a nuevos problemas o desafíos en un medio cambiante e inestable. Aunado a ellos, estarían los trabajadores del conocimiento. La Gestión estratégica del conocimiento, en la opinión de Martha Alles (2005.Pág.328), hace referencia a la capacidad de compartir como aquellas que poseen y utilizan los profesionales para reunir, emplear y compartir el conocimiento. En consecuencia de ello, la gerencia estaría llamada a crear espacios que permitan: Coordinar, comunicar, y controlar el conocimiento que fluyen en la organización, permitiendo de manera constante añadir valor a los resultados de las personas, de manera tal, que, dado el carácter idiosincrásico propio de cada organización quepa tener presente, antes de abordar cualquier intento de administrar conocimiento las siguientes premisas: *en primer lugar*; hacer una exhaustiva revisión de la concepción de capacidad de compartir que se adoptará ante el mundo.

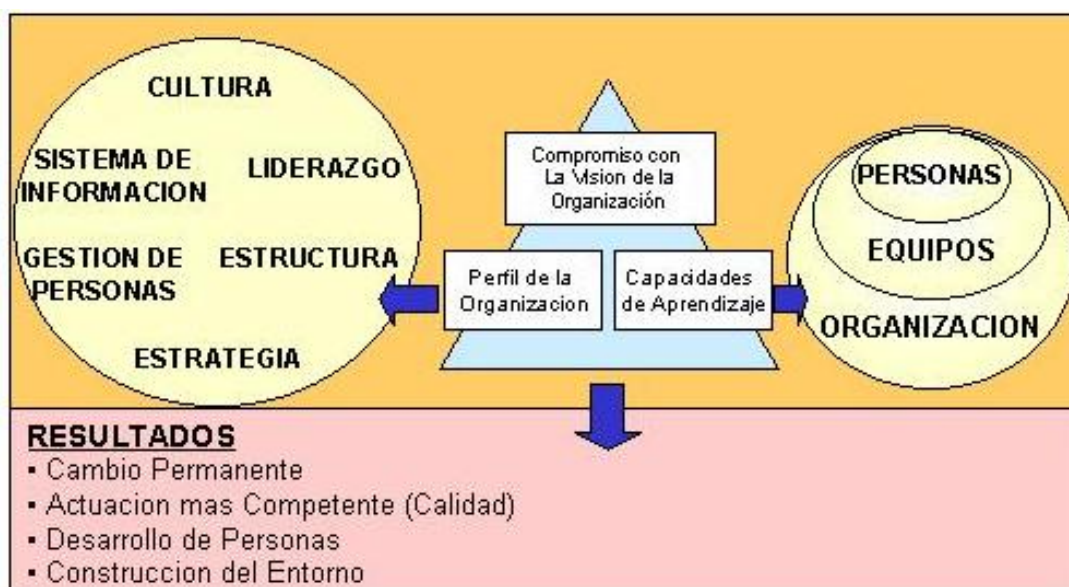
En segundo lugar, con base en esta concepción es importante saber, cuáles serán los instrumentos metodológicos de los que se valdrá quien administre el conocimiento, de manera tal, que le permita comprender las distintas realidades donde se implante un proceso de gestión del conocimiento, para que este coadyuve a desarrollar las capacidades resolutivas necesarias para la organización. Sólo que, para alcanzar esas verdaderas capacidades resolutivas, de manera constante, cabe suponer, que el Conocimiento deba ser actualizado con cierta periodicidad, para que no surjan márgenes de obsolescencia. El conocimiento debe ser referenciado a contextos específicos, dado a que cada día, las certezas de permanecer incólume, son cada vez más fugaces. En consecuencia de ello, se estructuran los denominados Mapas de conocimiento.

Un Mapa de Conocimiento, también conocido como Knowledge Map o mapa de la experiencia de una organización aporta un modo de acceso fácil a la experiencia de la organización, porque permite localizar y contactar con los mejores expertos y obtener respuestas de modo más rápido. Otra de las características puntuales de este tipo de mapas es que contribuye a evitar la repetición de trabajos y en consecuencia genera un incremento en la satisfacción del personal. En ellos, comúnmente se suelen registrar cuatro tipos de informaciones para cada persona: Habilidades generales, especialidades en los que se es experto, experiencias (trabajos realizados) y datos de localización. El uso de estos instrumentos coadyuva a efectuar constantes revisiones y/o adecuaciones relativas del conocimiento a la organización, por tanto, resulta ser válido para todo tipo de proceso, incluso aquellos de orden práctico y rutinario, donde se requieran competencias en menor grado de complejidad ayudando de este modo a que las competencias de los profesionales del conocimiento permanezcan siempre claramente definidas y actualizadas. De igual modo estimula a la gerencia en cada organización a estar vigilante para evitar que el conocimiento sea acaparado por unos pocos, ni mucho menos, circunscrito al accionar de un individuo en manera exclusiva; porque de lo contrario si el conocimiento no fluye a lo interno de la organización, no se completarían los procesos de gestión.

3.2.8.- Modelos Y Herramientas Para Medir Gestión Del Conocimiento

Es importante señalar que, en algunos países de Europa y Norte América han sido creadas empresas de consultorías en procesos de capacitación y/o transferencias de conocimiento fundado en *Modelos corporativos de gestión*, con la intención de desarrollar monopolios que les permitan satisfacer necesidades de este tipo, en entornos donde operan grandes corporaciones que en el ámbito mundial se dedican al procesamiento de extracción de minerales, manufactura, mercadeo y distribución de productos terminados en áreas como la petroquímica y sus derivados. No obstante, existe un sinfín de oportunidades para realizar actividades relacionadas con la detección de necesidades, planeación y transferencia de conocimiento en muchos campos y sectores productivos tanto en empresas privadas como públicas. Entre otros Modelos de Gestión del Conocimiento más conocidos en el ámbito comercial internacional destaca el Modelo KPMG Consulting, de Tejedor y Aguirre, desarrollado entre 1998 -1.999, para fines de este trabajo, se le refiere por considerar que su finalidad se identifica con el contenido del discurso aquí desarrollado.

FIGURA 13: Modelo de Gestión del Conocimiento de KPMG



Fuente: Tejedor y Aguirre (1998).

Disponible en: <http://www.gestiondelconocimiento.com> (Consultada: en Mayo 2007)

En consideración que, el Modelo KPMG Consulting de manera sistemática, aborda varias técnicas usadas para medir el desempeño de los denominados “capitales humanos” e “intelectual”, cuando intenta conocer en profundidad los factores que condicionan el aprendizaje de una organización, y los resultados que estos producen. En consecuencia, KPMG con apoyo metodológico apela a un modelo sistémico cuya finalidad conduce hacia una búsqueda que coadyuva a encontrar respuestas claras y prácticas en procesos de medición. Otra de las características esenciales de este modelo, es la interacción de todos sus elementos, que se presentan como un sistema complejo, en el que las influencias apuntan a diversos ángulos, donde resaltan: La estructura organizativa, la cultura, el liderazgo, los mecanismos de aprendizaje, las actitudes de las personas, la capacidad de trabajo en equipo, y lo más importante de estas acciones es que no son independientes, sino que actúan conectadas entre sí para abordar con claridad las estrategias de aprendizaje.

Este modelo, viene a encontrar sustento metodológico, en los estudio del currículo y las estrategia de enseñanza escolarizada recogida por Taba (1980 pp. 161), donde sostiene que “el aprendizaje productivo entra en dialogo permanente con una nueva dialéctica que se circunscribe al razonamiento y el pensamiento”. A partir de aquí, se puede afirmar la importancia de la contextualización social de los procesos cognoscitivos en el ámbito empresarial, para desarrollar actividades puntuales en el campo laboral productivo como en la generación de servicios en el sector público. En este orden de ideas, Taba, ob.cit., es de la siguiente opinión.

Si se practica sistemáticamente el análisis de los elementos constituyentes de los fenómenos complejos, y la síntesis de las generalizaciones de experiencias aisladas, en tanto que la observación de las causas y las consecuencias forma parte continuamente del aprendizaje de cualquier materia, quizás el desarrollo del pensamiento y la conceptualización puedan realizarse más rápidamente de lo que se cree posible en la actualidad.

De este modo, en el contexto de modelos diseñados para medir la gestión de Conocimiento a nuestro juicio, destaca el KPMG, por considerar que los factores

llamados a configurar la capacidad de aprender de una organización, han sido estructurados de manera estratégica en dos momentos claves. El primero, involucra un compromiso firme y consciente de toda la empresa, en especial de sus líderes, con el aprendizaje generativo, continuo, consciente y a todos los niveles. El primer requisito, para considerar el éxito de una iniciativa de gestión del conocimiento radicaría entonces, en reconocer el modo en que el aprendizaje actúa como un proceso, que debe ser gerenciado y comprometido, con los diversos tipos de recursos que disponga la organización. En un segundo momento, este Modelo, prevé entre los comportamientos y mecanismos de aprendizaje a todos los niveles de la organización. Inconsecuencia, da pie para estimar que ésta, como ente no humano, sólo puede aprender en la medida en que las personas y/o equipos humanos que la conforman, sean capaces de aprender, y deseen hacerlo, para aumentar así sus capacidades resolutivas, asegurando en esta dirección, que cada organización debe disponer de personas y equipos preparados.

Aunque disponer de personas y equipos preparados, sea una condición necesaria para tener una organización capaz de generar y utilizar el conocimiento en forma adecuada, esta, debe y tiene que desarrollar mecanismos de: creación, captación, almacenamiento, transmisión e interpretación del conocimiento, que permitan, el aprovechamiento y utilización del aprendizaje, que se da en el nivel de las personas y equipos. Aunado a ello: los comportamientos, actitudes, habilidades, herramientas, mecanismos y sistemas de aprendizaje, deben sustentarse en los siguientes componentes: Responsabilidad personal sobre el futuro, es decir, promover de manera efectiva la proactividad en las personas, para que desarrollen habilidades necesarias que les permitan cuestionar los supuestos (modelos mentales).

En ese orden de prioridades, los actores participantes de un proceso de gestión de Conocimiento, en pro de una actividad específica, deberán desarrollar una visión sistémica del entorno que les permita ser capaz de analizar las interrelaciones existentes dentro del sistema, para entender los problemas de forma no lineal y ver las relaciones causa-efecto a lo largo del tiempo. Sobre todo, los gestores tienen que desarrollar la capacidad de trabajo en equipo, mediante

habilidades que les faciliten impulsar los procesos de elaboración de visiones compartidas, fundadas en la capacidad de aprender de la experiencia propia, y de los equipos de trabajo, para alcanzar así, el desarrollo de la creatividad, fomentando la generación de una memoria organizacional, que incluya mecanismos de aprendizaje de los errores.

Por consiguiente, se debe desarrollar mecanismos de captación de conocimiento exterior, para reforzar los ya existentes a lo interno del sistema. En consecuencia, resulta de vital importancia, desarrollar mecanismos de transmisión y difusión de Conocimiento pertinentes a los propósitos del sistema, en pro de alcanzar óptimos resultados. Teniendo en consideración, que el aprendizaje pasa a ser contributivo, cuando consigue que las personas desarrollen habilidades puntuales, y luego, encuentren oportunidades de aplicarlo. De nada valdría, un conocimiento que desarrolle habilidades intelectuales, para luego no encontrar oportunidades de poner en práctica lo aprendido. Es decir, no se permite fusionar el pensamiento teórico con el pensamiento práctico.

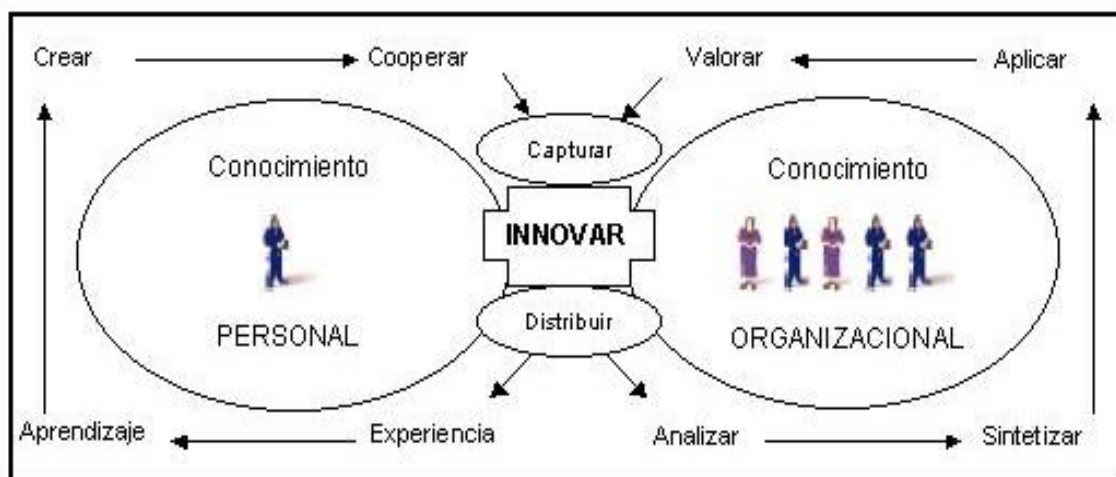
Otra estrategia, valida en los aprendizajes organizacionales, destaca el uso de la TIC. Al respecto, el Modelo Andersen, (1999)⁴⁴ destaca por reconocer la necesidad de acelerar el flujo de la información que agrega un valor de mucha importancia tanto a los procesos que desarrollan las personas, como a la organización y de vuelta a los individuos, de modo, que ellos puedan usarla para crear un valor que concatene el denominado capital relacional, a la perspectiva organizacional. El Modelo Andersen, creado por la firma Andersen en el año 1.999, el cual destaca porque comprende la responsabilidad de crear la infraestructura de soporte para que la perspectiva individual sea efectiva, en la medida que: crea los procesos, la cultura, la tecnología y los sistemas que permitan capturar, analizar, sintetizar, aplicar, valorar y distribuir el conocimiento. Es valido resaltar, que, cuando en este modelo se habla de capturar el

⁴⁴ Andersen Consulting. Una de las empresas líderes de servicios de consultoría en España... Los servicios más importantes de Andersen Consulting incluyen consultoría sobre planificación estratégica, organización de empresas, transformación empresarial y adaptación al cambio; consultoría tecnológica: planificación, diseño, desarrollo, instalación, integración y mantenimiento de sistemas y soportes en tecnologías de la información; outsourcing y gestión de procesos y funciones de negocio; formación empresarial y profesional. La filosofía de Andersen Consulting consiste en proporcionar una rápida capacidad de respuesta y de adaptación de los nuevos requerimientos que se producen en el día a día del mundo de los negocios. Manuel Fernández-Ríos. Diccionario De Recursos Humanos. Organización y Dirección. (1999. Pág. 47)

conocimiento, más bien se esta haciendo referencia a la captura de información en los sistemas informáticos.

A lo interno del Modelo Andersen, resulta fácil identificar dos tipos de sistemas necesarios para el propósito fijado. Uno es el Sharing Networks que comprende: Acceso a personas con un propósito común a una comunidad de práctica. Estas comunidades, son foros virtuales sobre los temas de mayor interés de un determinado servicio o industria. En este mismo orden de ideas, resulta interesante saber, que a comienzos del siglo XXI, Arthur Andersen ha conectado en el ámbito mundial más de 80 comunidades de prácticas donde destacan los distinguidos ambientes de aprendizaje compartido Virtuales: AA on line, con soportes de bases para discusiones, fundados en proyectos reales de capacitación. Otro sistema del Modelo Andersen es el Conocimiento “empaquetado”. El cual se traduce en La espina dorsal de esa infraestructura, y se denomina “Arthur Andersen Knowledge Space”, que contiene: La mejor práctica global. (Global best practices) estructurada en metodologías y herramientas donde destaca la Biblioteca de propuestas e informes.

FIGURA 14: Modelo de Gestión del Conocimiento de Arthur Andersen



Fuente: Arthur Andersen (1999).

Disponible en: <http://www.gestióndelconocimiento.com> (Consultada: Mayo 24 / 2007)

En síntesis, durante las últimas décadas, ha surgido una especie de detractores en torno a los procesos de gestión del conocimiento. Lo cual hace que el tema sea cada vez más susceptible a fuertes críticas. Algunas, son realizada por

opponentes calificados en el ámbito de connotadas universidades, desde donde surgen opiniones que alcanzan a calificar o descalificar los procesos como: una simple moda gerencial. Otros, suelen darle la connotación de paradigma en evolución. Algunos estiman que no se debería decir gestión del conocimiento y sugieren que se le llame Administración del conocimiento. Y no falta quien asevere, que esta, fue una estrategia temprana de la corriente neoliberal, para fortalecer a las empresas, y en consecuencia aumentar la productividad, por ende las ganancias y finalmente dar vida y expansión al capitalismo.

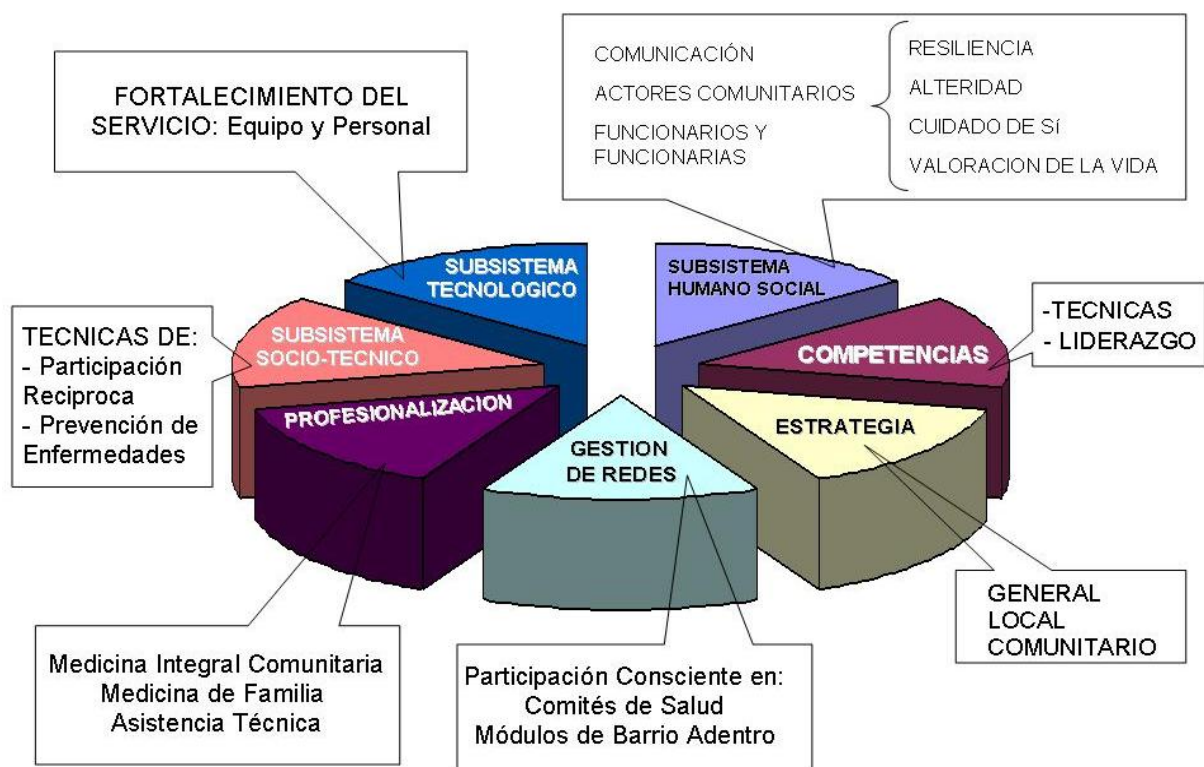
Sea cual fuere, la opinión, ya sea favorable o adversa, a nuestro juicio resulta innegable que: el hecho de conocer y obtener experiencias que a su vez permiten ser multiplicadas, mediante transferencia de saberes y conocimiento consagrado en aulas, obedezca de manera exclusiva a la especie humana, y ello representa entre muchas otras ventajas de la especie respecto a otras, una enorme e incomparable señal de evolución, fundada en acciones del intelecto humano. En consecuencia, más allá de la doxa, cualquier cavilación, o razonamiento, el conocimiento humano en todos los sentidos y aspectos, debe y tiene que ser trasmitido de generación en generación. Sólo cabría objetar, las condiciones en que se haga la transmisión- transferencia- de saberes, pero siempre y cuando se cumplan a cabalidad cada una de las instrucciones o reglas que se dan o establecen para el conocimiento o manejo de un arte o facultad, bienvenido sea el conocer a lo interno de las organizaciones. También importa referir el Modelo Knowledge Management Assessment Tool, desarrollado por KMAT.

3.2.9.- Propuesta de Modelo De Gestión De Conocimiento En Salud

La realidad existente, tanto en las comunidades, como en los procesos de transmisión de conocimientos exige hacer con cierta periodicidad un análisis cognoscitivo del conocimiento. Este tipo de análisis, es interpretado por Becerra (2000.Pág.20) como un estudio que se hace a todas las expresiones o tipos de conocimiento que caracterizan: un asunto, idea, regularidad, estado, situación, problema, entidad o sistema e, incluso, al mismo conocimiento, para distinguirles y

darles el tratamiento y uso correspondiente a un proceso de transferencia de conocimiento. La figura 15, explica tanto el funcionamiento de un sistema de gestión, como el propuesto, y el modo, que le permite hacer un análisis del conocimiento relativo a procesos internos y externos, para distinguirlos y darles el tratamiento y uso correspondiente a cada uno de los eventos.

FIGURA 15: Principales Componentes Del Sistema de Gestión de Conocimiento en Salud



Fuente: Elaboración propia del autor, Robles 2008.

Al ubicarnos en el espacio de un subsistema abierto de gestión de conocimientos, fundado en procesos de investigación y educación dentro del Sistema Público Nacional de Salud el análisis cognoscitivo comprende lo relativo al conocimiento que interpreta: **formas, estructuras, funcionamientos, procesos, instrumentos, procedimientos, acciones, actuaciones, interacciones, manejo, aplicación y utilidad** del contenido requerido para transferir saberes relacionados a la promoción de la salud y la valoración de la vida, sobremanera en aquellos sectores excluidos donde esta arraigada la pobreza en diversos niveles y aspectos. Así que, conviene formular con más rigor la relación entre los referentes de “aspecto” y “sector” dentro de un orden social comunitario. Por entender la importancia

fundamental del término sector para las ciencias sociales. En esta realidad conceptual esta contenida una especie de idea de fuerza que facilita concebir la sociedad como un todo integrado a un sistema- socio-humano, en el cual, se pueden distinguir aquellos aspectos que de una u otra manera intervienen en la vida diaria de cada sector como resultan ser: el económico (entiéndase que no se habla de sectores económicos), político, y el social en estricto sentido comunitario.

En otras palabras, todo sistema-socio-humano se compone de cuatro subsistemas fundamentales: el biológico que a su vez encuentra soporte en salud, nutrición y vivienda entre otros. El subsistema económico, el político y el cultural que viene ligado a las actitudes, arte, ciencia, costumbres, educación, humanidades, patrones de comportamiento, y la técnica entre otras. Dicho esto, se concluye; que el subsistema de gestión de conocimiento, de saberes en pro de la salud y la vida, debe sincronizarse al contexto de comunidades en una especie de esas redes que Morin llama religazón (religión) la cual según él debe sustituir la disyunción y llamar a la “simbiosofía”, o *sabiduría que caracteriza la condición de vivir unidos*. Necesariamente se requiere estar unidos a otros subsistemas o comunidades, porque ningún subsistema se puede estudiar aislado de los demás, y menos cuando se trata de la salud y de políticas concebidas para mantener la vida, porque en aislamiento estarían condenadas al fracaso.

La premisa de Morin, convida a efectuar lo que Becerra Ibíd., denomina análisis “cognoscitivo del conocimiento”. Se piensa que esta teoría sea necesaria, porque en ella se distinguen claramente cuatro tipos generales de conocimiento que pueden ser utilizados en un sistema de gestión de conocimientos aplicables a la salud. Estos conocimientos se explican en el siguiente orden: Conocimiento Científico (CC.). Conocimiento Técnico (CT), Conocimiento Práctico-utilitario (CP) y Conocimiento Cotidiano-Cultural (CCC).

En relación al Conocimiento Científico (CC.) en el sistema de Gestión de Conocimiento GC, queda representado en: teorías, modelos, enfoques y diversas corrientes de pensamiento con los cuales históricamente han sido tratados diferentes

temas en diversas áreas de la salud. El Conocimiento Técnico (CT), viene a ser aquel, donde se inserta el conocimiento que se corresponde con equipos de tecnología de punta, con los que se sirven los centros dispensadores de servicios a la salud, entre estos destacan: ambulatorios, hospitales, centros de diagnósticos integrales y centros de alta tecnología. En este mismo orden de ideas, se plantea el Conocimiento Práctico-utilitario (CP) como un tercer grado de conocimiento, que ordinariamente se expresa como conocimiento tácito o empírico. Y, finalmente existe el Conocimiento Cotidiano-Cultural (CCC). Este último, es el que se emplea como forma común de intercomunicación colectiva comunitaria entre la gente o actores de los procesos o eventos del sistema. En líneas generales, cada uno de ellos se divide a su vez en nuevas expresiones que permiten su mejor manejo cognoscitivo.

En síntesis, con los tres primeros tipos de conocimiento puede estructurarse la ecuación general del conocimiento humano en un sistema de gestión de conocimiento del siguiente modo. $C.C + C.T + C.P = \text{Estado Cognoscitivo}$. A este respecto, la integración o formulación de la precitada ecuación del estado cognoscitivo facilita el poder entender la recursividad como técnica de programación de conocimientos puntuales. Además, hace viable en este sistema de gestión, el uso del lenguaje de la informática también conocido como Bits de información. Sobre la base de esta teoría, se une el lenguaje informático a la ecuación general del currículo profesional, para privilegiar la relación con los profesionales y técnicos que laboran en cada sector que guarda relación directa o indirecta, tanto con la investigación y generación de conocimiento, como con la transferencia de los mismos, a las comunidades donde operaría el SPNS, para enseñar tal y como lo señala Morin (2000. Pág.52), además de la condición humana, el nuevo saber, por no estar religado, tampoco está asimilado ni integrado. Dado a que, paradójicamente, hay un agravamiento de la ignorancia del todo, mientras que hay una progresión del conocimiento de las partes.

Ese agravamiento, al cual Morin hace referencia sostiene una tendencia que se inclina a promover la recurrencia de enfermedades más por ignorancia que por carencia de medios para alcanzar la erradicación de ciertos males que afectan a la

salud de las personas en entornos caracterizados por la exclusión, la pobreza y por ende la ignorancia que en cierto modo ha venido obedeciendo a modelos de pensamientos encerrados en erráticas creencias, inducidas en su gran mayoría, por efectos de la teoría de la dominación que obnubila la implantación y desarrollo de cualquier tipo de políticas públicas saludables. Importa señalar, el modo, como este marco epistémico plantea la necesidad de una teoría de salud, como la que se acoge para soportar un sistema de gestión de conocimiento deba estar constituida por los diversos espacios de, valoración y regulaciones de los problemas que se presentarán en el curso de la reproducción del ser social, en todas sus formas de sociabilidad humana, marcadas por condiciones: bio-comunal, socio-cultural y economía societal, componentes fundamentales para establecer un sistema de gestión de conocimiento, que subyace en la necesidad de cambiar conductas, moldear el pensamiento humano para promover la salud, valorar, defender y preservar la vida.

3.3.- DECONSTRUCCIÓN Y RECONSTRUCCIÓN DEL CONOCIMIENTO EN EL TRABAJO DE LOS SERVICIOS A LA SALUD

3.3.1.- El Trabajo En Los Servicios A La Salud

La acepción trabajo desarrollada por Dominique Méda (1.998, p.75) sobre la base de experiencias alcanzadas a finales del siglo XVIII, le permiten sostener que. **El trabajo** se percibe, por tanto, como un “factor de producción y como la relación contributiva en virtud de la cual quedan vinculados el individuo y la sociedad. Ciertamente, el trabajo visto desde la óptica del SPNS, contiene esa relación contributiva al fortalecimiento de la salud humana integral que permita tanto a funcionarios del SPNS, como a miembros comunitarios auto realizarse en un amplio sentido de cooperación y servicio. Aunque a decir de Méda, **El trabajo** sigue concibiéndose como algo mecánico y abstracto, sin que su naturaleza intrínseca sea analizada, porque simple y llanamente no surgió históricamente como un fin perseguido por sí mismo por unos individuos deseosos de auto realizarse.

A través de los estudios del trabajo realizado por Méda, ob.cit., se determina que tanto en los discursos como en los hechos, el trabajo ha sido desde el principio un medio con el que la nación lograría aumentar sus riquezas, el individuo obtendría unos ingresos y el capitalista sus beneficios. La primera interpretación dada por esta autora a que el trabajo sería en principio un medio con el que la nación lograría aumentar sus riquezas se puede añadir que subyacentemente una de las principales bases para alcanzar ese tanpreciado aumento de riquezas radica en dos pilares fundamentales a saber: salud y educación cuando sostiene que el trabajo nació también, como medio para ordenar la naturaleza y posteriormente pasó a percibirse igualmente como un medio para humanizar el mundo, aunque desde el principio, quedó sujeto a la lógica de la eficacia, la lógica del capitalismo y de su principio de rentabilización del capital invertido.

Al parecer, añade la precitada autora. Todo comenzaría en 1848, cuando a ambas orillas del Rin la nueva visión quedaría confirmada cuando irrumpen con acentuado fervor entre los humanos el intercambio de fuerza humana ante el afinamiento del valor de uso y el valor de cambio. El trabajo entonces, viene a concebirse en su esencia y a soñarse como **desarrollo de las facultades y cauce de la plenitud de la persona**. Se trata de una concepción ligada a la idea de un progreso técnico que promete a la humanidad futuros siempre mejores y que **incluye una concepción del hombre en proceso de desarrollo del conjunto de sus facultades**, o sea, de un hombre en devenir. Esta situación según Méda puede ocurrir en Francia, socialistas y liberales comparten como principio que el trabajo tiene carácter tanto de auto expresión como de vínculo social y comparten el objetivo general del aumento de la producción, un objetivo que el conjunto de la sociedad debe asumir. Las consideraciones hechas por Méda, permite interpretar el modo en que ha trascendido el trabajo y a la par de ello, muchos de los Conocimiento imperantes en la actualidad a lo interno de las organizaciones aun obedecen a viejos paradigmas, que en buena parte han entrado en obsolescencia y caducidad por falta de renovación de las fuentes del saber las cuales en innumerables ocasiones existe en su propio entorno, y sencillamente no alcanzan a renovarse porque la organización en sí no investiga y por tanto no se nutre de sus propios saberes.

En el caso particular de ésta investigación, se persigue analizar el modo como han trascendido ciertos modos de trabajo de lo privado a lo público y la manera como en las últimas décadas han venido surgiendo algunas “características modales” que no sólo merecen una revisión a su estructura semántica, sino que, son dignas de una reinterpretación, antes que sus usos sean extendidos a la administración pública. En esta misma línea de cambio se considera necesario proponer la deconstrucción de al menos cuatro viejos paradigmas a saber: el Medicalista clínico-restitutivo. El investigativo y de producción de Conocimiento. El de transmisión de Conocimiento y el paradigma de medición de la salud a través de patologías como base fundamental de la epidemiología, todos ellos tutelados bajo el precitado modelo de producción dominante. En consecuencia, se sabe de lo grande que resulta la brecha científica existente entre Latinoamérica y los países pos-industriales o desarrollados.

Entre otros propósitos, se estima conveniente hacer una exhaustiva revisión de la connotación “**activo intangible**” que desde el Siglo XIX, ha venido siendo dada a los seres humanos que de una u otra forma por competencias venden su fuerza física y mental mediante un desempeño denominado trabajo. Al respecto de activos intangibles, Alfonso Galindo Lucas (2007. Pág.19) desarrolla una tesis fundada en la contabilidad de negocios, donde destaca que: la valoración económica de servicios prestados y/o efectuados por mecanismos de mercado y, por ende contabilizables. Indudablemente, esta posición de Galindo referida a elementos de orden material y, esto queda demostrado cuando añade que. Sin embargo, hay servicios que quedan fuera de mercado, como los que puede prestar el personal o el inmovilizado exclusivamente en una empresa y no en otras. Nótese que éste autor, admite la existencia de servicios que quedan fuera de mercado entre los que destaca *el personal*. Esta posición, refuerza en buena medida parte del discurso trazado en este trabajo donde se hace énfasis que, en cada proceso productivo existen elementos difíciles de cuantificar, y más difícil aún resulta el hecho de agregarle valores tanto en unidades físicas como monetarias, derivados de la existencia de contratos o de un diseño determinado del trabajo en conjunto. Esos elementos difíciles de cuantificar, señalados por Galindo, aluden directamente a las personas o entes humanos que trabajan.

Por lo general cuando a las personas se les intenta hacer ver como inversiones en bienes inmateriales basados en el conocimiento su efecto en los resultados y en la cotización de una empresa hace sospechar que su valor es muy superior a la fracción contabilizada. El primer rudimento esgrimido por Galindo (20), respecto a lo que hoy es llamado capital intangible empezó a conocerse con el nombre de “Fondo de Comercio” en el Siglo XIX. Cuando la tradición del capitalismo comercial apenas repuntaba en los cuadros estadísticos mundiales. No obstante, con el devenir del tiempo fue transferida a las empresas privadas y públicas renombrado también como “recursos productivos”. En esta lista, se pretende colocar a las personas como capital intangible. La disyuntiva viene dada por el étimo capital. El cual es sinónimo de activo, y representa algo que se puede poseer, que es susceptible de derechos de propiedad...lo cual es incongruente con las libertades humanas. Las personas no son objetos que puedan ser poseídas ni mucho menos susceptibles de ser propiedad privada de alguien en particular. Galindo (ob.cit. Pág.22) define al capital intangible como:

El conjunto de activos productivos o generadores de valor que están basados en la información y el conocimiento (Itami, 1991, p.18). Por este motivo, también ha sido denominado capital intelectual. Su valoración es difícil y bastante subjetiva y es el tipo de activos más característicamente identificables con el concepto de “recurso productivo”. La posición de capital intangible es lo que, en el lenguaje de la calle, se denomina “competitividad”. Es un concepto que abarca los Conocimiento las influencias, las redes sociales y la credibilidad de las empresas, a lo que habría que sumar las influencias sobre los gobiernos, el control mediático del mercado, la amenaza militar... La propia reputación de la empresa es una fuente potencial de beneficios que no aparece contabilizada. Son derechos basados en contratos tácitos y el valor de uno depende estrechamente el funcionamiento de los otros (Ruiz Navarro, 1999, p. 129). “Los recursos humanos especializados y avanzados y los recursos del conocimiento son las dos categorías más importantes de recursos para crear y ventaja competitiva”.

Al respecto, conviene desagregar del vocablo intangible la preposición latina “in”, y con apoyo del Diccionario de filosofía hurgar el contenido del adjetivo tangible, donde encontramos que la palabra tangible tiene sus raíces en el verbo griego praktikós y del latín practicus, que significa práctico (en ambos casos lo referente a la realización y a la acción). Pero; en general, tangible puede ser visto como opuesto a lo teórico, léase trabajo mental o intangible, cuando se refiere a un trabajo que

efectivamente se lleva o puede llevarse a cabo en el terreno de la realidad tangible que puede ser palpado o tocado, o también, aquello cuyo fin es llegar a ser en el orden de lo real y no ser simplemente algo meramente ideal; lo factible, por tanto: «práctico es aquello que puede ponerse en práctica».

Desde el diccionario de La Real Academia Española, se define administración activa, aquella que tiene como alcance la acción del gobierno al dictar y aplicar las disposiciones necesarias para el cumplimiento de las leyes y para la conservación y fomento de los intereses públicos, al resolver las reclamaciones a que dé lugar lo mandado, igualmente puede comprenderse como el conjunto de organismos encargados de cumplir esta función”. Aunque todavía, en el contexto laboral de la administración pública venezolana, persiste una base epistémica que trasciende a la cultura organizacional heredada desde los periodos de gobiernos caudillescos que aun operan de manera subyacente en un mercado irracional, como alude Méda (1998):

Dos siglos de legados no reelaborados han generado equívocos: ¿Qué representación del trabajo prevalece de entre las recibidas: trabajo-factor de producción, trabajo libertad creadora, trabajo-empleo como sistema de distribución de riquezas y colocaciones? Poniendo orden en estas representaciones podremos saber con más fundamento qué cabe desear para nuestras sociedades. Si el trabajo es, ante todo, un factor de producción y su carácter de libertad creadora un simple mito, entonces podríamos decidir colectivamente reducir su peso, a no ser que prefiriéramos tomar al pie de la letra la concepción del trabajo como mercado, convirtiendo el trabajo en un mercado como cualquier otro para producir mayores riquezas.

La concepción de sinergia y cooperación en que se fundamenta esta investigación, entra en divergencia con aquella concepción planteada por Méda, donde el trabajo es concebido estructuralmente como un mercado de compra venta de capacidades con demasiado apoyo en el viejo paradigma estructurado en la corriente de la individualización, de manera tal, que no le permite abandonar con facilidad la tesis del divisionismo fundamentada en la expresión del yo y todas las consecuencias negativas que ello implica. Obviamente que esta especie de individualismo no es

casual, más bien es producto de una casuística totalmente estructurada para que subliminalmente opere en el yo y su cerebro en cada persona.

La posición anterior, es compartida por Martínez. Miguel (2006, Pág.40) cuando sostiene que. El yo, crea su cerebro. Hay, además, otro aspecto de extrema significación y trascendencia, y es capaz de provocar cambios en los acontecimientos neuronales, formando y creando, así, su propio cerebro. En estos autores existe un razonamiento que estimula a reunir elementos concordantes que permitan estructurar la sistematización de la gestión del conocimiento a fin de transformar el paradigma disciplinario individual en un paradigma transdisciplinario contrario al modo como fuera pensada la disciplina por Boyle y Hobbes en el siglo XVII cuando se peleaban por inventar una ciencia, enmarcada dentro de un contexto y una demarcación entre ambos. En este caso, al pretender ir más allá de las disciplinas se busca instaurar la trascendencia de valores de asociación grupal que permita promover en grupos familiares y comunales las condiciones sociales que, independientemente de las relaciones con el Estado, favorezcan en los seres humanos el desarrollo integral de su persona.

Aunado a la tipología de comportamiento individual e individualista centradas en el yo, a decir de Martínez ob.cit. (40) tanto Popper como Eccles concluyen que la actuación de la personalidad del yo van formando y estructurando el cerebro y que, por ello, “está muy claro que nuestro cerebro es, al menos en parte, el producto de nuestra mente. Desde esta posición, conviene entender las razones y causas que inducen a los funcionarios públicos a mantener conductas radicalizadas en Conocimiento “idiosincráticos” al estilo del sector industrial privado, el cual se fundamenta en la productividad y la competencia en pro del capital.

Sólo por mencionar una de las tantas analogías que nos permiten entender las posiciones de Popper y Eccles, referidas por Martínez ob.cit., vale citar el condicionamiento mental que las empresas productoras de bebidas gaseosas imprimen a sus trabajadores al prohibirle de un modo radical extremo el consumo de algún producto elaborado por las líneas de la competencia. Indudablemente que en

actos como estos subyace un condicionamiento operante al estilo de B. F. Skinner 1935-1953 quien junto a Thorndike 1898; Paulov 1925; Watson 1925; Tolman 1932; trabajaron la teoría del condicionamiento clásico e instrumental. Otro factor que cuenta para reforzar la analogía anterior sería el de la fractalización o repetición de ideas foráneas dentro del área de la administración pública, cuando se hace uso a ultranza del léxico derivado de las llamadas modas gerenciales para designar los procesos administrativos, sin tener claros los orígenes de estas modas.

En el caso específico de la institución pública de servicios a la salud en Venezuela, se estima conveniente que, antes de implantar un subsistema de gestión del conocimiento se deba hacer una desfundamentación epistemológica del discurso contemporáneo en el panorama laboral predominante dentro del Ministerio del Poder Popular Para La Salud. Porque “no-solo se trata de romper con un saber establecido, sino que a la vez se precisa hacer un análisis sociopolítico de las concretas condiciones del concepto de país que en ello subyace. Y revisar de igual modo, como encaja en ello, el episteme tradicional operante en el contexto laboral venezolano. Tanto en el seno de la organización estudiada, como en la forma en que se articulan determinadas variables intrínsecas a su área de influencia. A tenor de ello, se procuraría comenzar por desfundamentar del sujeto, una especie de simbiosis que se vino consolidando entre <<poder-poseer-dominar>> para armar todo un bagaje de esnobismos concebidos en el llamado mundo occidental de los negocios, pero que; al seguir esquemas foráneos, por diversas vías y motivos, han tenido que recibir funcionarios y funcionarias al servicio de la salud para poder desarrollar esquematizados procesos laborales.

En una compilación hecha por Briceño León (1999.Pág.48) se aprecia que. La sustitución del sujeto hegeliano por el poder, el saber, la diferencia, y la radical negación de la razón occidental se enfrentan a su vez, con propuestas que reclaman la realización de lo moderno, el cumplimiento de sus ofertas imposibilitadas por el propio desarrollo del capitalismo. Mientras los primeros nos hablan de la muerte de la razón, los segundos nos dicen que la razón no ha muerto sino que ha sido dominada por sus vertientes totalitaria e instrumental. “Ciertamente ahora no parece posible

mantenerse dentro de los horizontes de una filosofía de la conciencia participante, que señale el modelo de trabajo de concepción tradicional de tipo clientelar enquistado en la función pública. Al tiempo que, necesariamente se deba desmontar los discursos vacíos, inculcados y sostenidos por conveniencia de las corrientes de pensamiento dominantes, en nombre de supuestas libertades laborales en el seno de los procesos internos que perfectamente se corresponden con lo que Méda (1998) define como la utopía del trabajo liberado.

Esta utopía señalada por Méda ob.cit., forma parte de: los planteamientos y de las prácticas actuales ya sean de las empresas, de los políticos profesionales, de los tecnócratas o de los sindicalistas. Los cuales generalmente se basan en la idea que el trabajo ya es y será cada vez más el cauce de la realización personal, de la expresión del yo, de la autonomía recobrada. En este mismo orden de ideas, se habla de valores posmaterialistas y de trabajo enriquecedor para la persona. Según este enfoque hecho por Méda, la diferencia entre trabajo y ocio ya no sería tan marcada. No obstante, estos planteamientos y prácticas, aunque provengan de corrientes doctrinales distintas, comparten la idea que existe una esencia en el trabajo, (una esencia hecha libertad o poder creador) que aun no se ha manifestado concretamente, pero lo acabará haciendo tras algunos cambios, o bien ya está en vías de realizarse; el trabajo estaría, en todo caso, cambiando.

3.3.2.- La Participación Del Sujeto En Los Servicios A La Salud

Es importante reconocer, que ningún cambio se habrá dado en el trabajo si no se consigue hacer participar al sujeto, para que deje de actuar más por inercia y usos de la costumbre, que por convicción de ideales conscientes que propendan al fomento de actitudes coherentes con acciones tendentes a la construcción de un contexto proactivo en la función pública, el cual partiría de conocer lo suficiente sobre la génesis de aquella fundamentación dialéctica que sostiene la “tuición” como acción y efecto de: guardar, defender y potenciar las grandes debilidades y amenazas en las instituciones del sector público al tiempo en que permite hacer tímidas

argumentaciones sobre el deber ser de la función pública. Convendría entender, si el sujeto ¿Tendría que ser un ente pasivo ante tales situaciones? O por el contrario, el sujeto que aprende un arte o ciencia dentro de las aulas para luego desempeñarse en los servicios a la salud dentro de la función pública debería poseer las cualidades propias para hacer un trabajo proactivo, y por ende deba ser poseedor de una adecuada *capacidad* de pensamiento racional, no susceptible de ser sometido a presiones externas con sobrada facilidad.

Cabe significar, que cuando se habla de capacidad de pensamiento racional, advertimos que existe concordancia con Schlemenson (2002. Pág. 232) “en cuanto a evaluar la capacidad, es muy importante considerar la complejidad de los procesos mentales, que constituyen un atributo individual del sujeto y se aprecia en términos del nivel de complejidad que alguien puede manejar en su trabajo”. Evidentemente, porque, capacidad no es lo mismo que inteligencia o conocimiento aunque forma parte de un talento innato consustancial con un sujeto queda demostrado que esta se va desarrollando con el crecimiento.

En cuanto al sujeto, Touraine (2002-206) fija posición, y lo define como: “La creación de un mundo regido por leyes racionales, e inteligibles al pensamiento del hombre como sujeto”. Esta apreciación, puede verse en los programas de educación, con el aprendizaje del pensamiento racional y con la capacidad de resistir a las presiones de la costumbre y del deseo para someterse únicamente al gobierno de la razón”. A partir de Touraine, conviene revisar el caso venezolano, dado a que no todos los programas de educación enseñan la realización del trabajo con un pensamiento racional y sentido de lo público; de allí, que la realidad existente en la función pública venezolana entra en contraposición con lo dicho por este autor debido a que el modo de pensar imperante en el sujeto predominante en el aparato público, no está en capacidad de resistir a las presiones de la costumbre, ya que buena parte de los empleados pertenecientes a un cierto número de organizaciones de la Administración Pública, parecieran no estar inmerso en ese aprendizaje del pensamiento racional frente al trabajo, y en tal sentido termina por obedecer muy fácilmente a las presiones.

Lo anteriormente expuesto, obliga a “repensar el pensamiento” hacia lo público, ya que desde hace muchos años las corrientes de pensamiento en torno al trabajo han venido operando más al servicio de otras causas quizás guiadas por ideales foráneos con un tinte inspirado en clases sociales elitescas, obviando la sociedad actual. Lo cual, da pie para avanzar en la idea que el individuo de la modernidad en verdad no cumplió su cometido simple y llanamente porque no fue hecho para ser integrador. Al contrario su misión más bien fue concebida como personalista y desintegradora. Una manera expedita de “repensar el pensamiento del trabajo público” no solo se fundamentaría en: valores éticos y morales que permitan deconstruir la malsana costumbre de la corruptela, de paso estrechamente ligada con los excesos burocráticos. Entendida burocracia del modo en que fuera planteada por Sabino (1991. Págs. 36-37). Como tipo de administración, caracterizada por una jerarquía formal de autoridad, con reglas definidas para la clasificación y solución de problemas, y un extendido uso de comisiones y organismos colectivos de decisión y formas escritas de comunicación. En este sentido, la burocracia es peculiar de las oficinas estatales, pero en cierta medida también se encuentra en las grandes corporaciones privadas.

De manera tal que, puede entenderse la función de la demanda de la burocracia como la relación entre el valor marginal del servicio que ofrece y el nivel o volumen de ese servicio; no obstante puede establecerse una relación entre precio y cantidad porque las organizaciones de carácter público no venden sus servicios individualmente, sino que los ofrecen a cambio del presupuesto global que reciben del gobierno. Razón por la cual, la función del costo marginal no es una función de oferta como en el caso de una empresa privada, porque las instituciones públicas de salud no venden sus servicios a costo marginal.

Todo esto, explica la razón de hacer un análisis de costo-beneficio para cada servicio. Cada subsistema, debería tener bien claro, que para maximizar su presupuesto, de justificar siempre la cantidad de servicios ofrecidos a las comunidades, de manera tal, que tienda a superar el nivel óptimo al que se llegaría

mediante un equilibrio de servicios mancomunados que incluyan la utilización de dispositivos con tecnología de punta. En esta dirección, conviene explicar que en las últimas décadas, ha despuntado la tendencia de infundar fuertes críticas al binomio burocracia-tecnología dentro de las organizaciones públicas. Lo cual, no indica, que la tecnología sea desventajosa, ¡no! todo lo contrario. La tecnología por si sola no es dañina, pero, si cabe admitir, que cuando se piensa utilizarla para desplazar las capacidades humanas, con una tendencia desesperada a operar sobre bases tecnológicas, se juega a suplantar la deshominización con la implantación de la maquinización, la cual, tiene que ver con el reemplazo del músculo y la automación con el reemplazo de la mente; estos efectos, terminan siendo perversamente contrarios a las clases trabajadoras, sea cuales sean las tareas que estos cumplan.

Entendida la automación según Cortés, Morató Jordi y Martínez Riu Antoni, es un procedimiento tecnológico que consiste en, sustituir el trabajo y el control humano en el proceso de producción por máquinas que realizan todo el trabajo material planificado y controlado a lo largo de todo el proceso. La automación, incrementa la productividad, mejora la eficiencia, reduce costes y aligera al hombre del esfuerzo físico. Se distingue del «maquinismo» o mecanización del trabajo, situación en que la máquina sustituye sólo parcialmente al productor realizando el trabajo físico, porque en aquélla, la sustitución del elemento humano es total, de modo que el sujeto/persona desempeña sólo las funciones previas de programación y gestión. El análisis a las anteriores formulaciones, se fundan en el deber ser, destinado a desarrollar competencias humanas proactivas, sobre una base de criterios cuali-cuantitativos, las cuales, posibilitan el poder introducir y medir el cambio a partir de la integración y amoldamiento de los equipos humanos sociales, a los equipos tecnológicos requeridos para alcanzar un adecuado cumplimiento de la función estatal en su justa medida, sin que tiendan a prevalecer los usos de dispositivos tecnológicos sobre las capacidades humanas, produciéndoles a su vez, un desmesurado desplazamiento de sus tareas disciplinares habituales.

3.3.3.- De La Disciplinariedad A La Transdisciplinariedad

En esta tendencia, López y Leal (2002-128) conscientes que los cambios en las organizaciones públicas, donde la introducción de las tecnologías de la información y de las comunicaciones aunadas a las nuevas formas de organización del trabajo, fruto de los procesos de “modernización”, requieren, entre otras cosas, desarrollar nuevas competencias”. En esta dirección, se busca construir un nuevo paradigma que operaría sobre la base de un nuevo episteme de gestión del conocimiento hasta insertarlo en un marco sustentable, que permita a la función pública, sin perder el sentido de lo estatal, enrumbarle hacia la generación de grupos sociales con elevados grados de dominio en el desempeño de sus funciones que les cualifiquen como capaces y competitivos por su proactividad dentro de lo social.

No obstante, esa anunciada proactividad debe alcanzarse en la medida en que se acople lo que hemos denominado cuarteta de componentes básicos que se integran y articulan del siguiente modo: 1) Sensibilidad por lo nacional. 2) Pertinencia Social. 3) Tecnología. 4) conocimiento del ambiente laboral. Sólo que, para ello, es necesario desfundamentar ideas imperantes en modelo clásico de la burocracia, basadas en criterios de desempeño individual e individualista, para convertirlos en trabajadores poseedores de esquemas de pensamiento sistémico, que funcionen en equipos corporativos con fines y objetivos bien definidos, cuya tendencia se inclina a romper con la dialéctica preexistente en individualidades disciplinarias para que se inscriban en una generación de cambios desde viejas practicas a nuevos esquemas de saberes dirigidos hacia una vinculación Transdisciplinaria. Estos cambios deben suceder, en apego nuevos y adecuados marcos legales de: gestión pública, investigación ciencia y tecnología en concordancia con los acuerdos suscritos en el Primer Congreso Mundial de la Transdisciplinariedad celebrado en el “Convento da Arrábida, Portugal” desde el 2 al 7 de noviembre de 1994. Y firmados el día 6, por los participantes al evento, bajo titulo de *Carta de la Transdisciplinariedad*. El Comité de Redacción de este histórico documento adoptado como fuente de principios fundamentales de la comunidad de investigadores transdisciplinarios, estuvo integrado por: Lima de Freitas, Edgar Morin y Basarab Nicolesu. Una muestra del contenido este documento, se explica en su Artículo 3.

La transdisciplinariedad complementa el enfoque disciplinario. Del dialogo entre disciplinas produce nuevos resultados y nuevas interacciones entre ellas. Ofrece una nueva visión de la naturaleza y la realidad. La transdisciplinariedad no busca un dominio de varias disciplinas sino que busca abrir todas las disciplinas a lo que tienen en común y a lo que se encuentra fuera de sus límites.

Conscientes, que para desfundamentar el episteme que guía la incompetencia persistente en buena parte de la Administración Pública, se hace necesario, que todas las organizaciones pertenecientes a este sistema, se avoquen a deconstruir y cambiar viejos dispositivos que por su densidad resultan inoperantes al estado como sistema de gobierno y gerencia pública. Pero no sólo, bastaría con deconstruir la estructura. De igual modo, se hace imprescindible desfundamentar al sujeto; y una buena manera de lograr la desfundamentación, sería mediante la implantación de planes operativos de gestión del conocimiento, cuyos procesos, invariablemente tendrían que operar desde una educación apropiada para el trabajo que se reforzaría mediante: la investigación, capacitación y un modelo de desarrollo que entre en concordancia con el Artículo 11, de la referida Carta de La Transdisciplinariedad.

Una educación apropiada, no debe valorar la abstracción por sobre otras formas de conocimiento. Se debe enseñar enfoques contextuales, concretos, globales. La educación Transdisciplinaria se funda en la reevaluación del rol de la intuición, imaginación, sensibilidad y el cuerpo en la transmisión del conocimiento.

En conclusión, cuando se habla de transmitir Conocimiento, se estima que este deba operar en una comunicación de doble vía que operaría tomando en cuenta aquellos saberes trascendentales (empíricos o tácitos) que desde siempre han permanecido en las comunidades. Estos, se religarían al cúmulo de conocimiento disciplinar que bajo el soporte científico se producirían en el interior de oficinas y centros de investigación, tanto del MPPPS como en la academia, para luego, ser difundidos en aquellos sectores operativos, donde se encuentran los destinatarios finales de saberes al interno de las comunidades, donde se complementarían los ciclos de Conocimiento en pro de la salud y la vida, llámese; consejo comunal y sus agrupaciones integrantes: comités de salud, educación, cultura, deportes y centros dispensadores de servicios entre otros. Aunado a ello, existen: comités de usuarios,

comité de tierra, comité de agua, comité de energía, y comité de familia entre otros grupos sociales donde se presume deba surtir efecto el denominado tráfico de información mediante el uso de los estados afectivos referido por Nauta (1971) y citado por Martínez, Miguel (2006. Pág.37) se admite que “los estados afectivos adquieren una importancia extraordinaria, ya que pueden inhibir, distorsionar, excitar o regular los procesos cognoscitivos”. Esta conclusión, añade el autor, “deberá cambiar muchas prácticas anti educativas, que no se preocupan por crear el clima o atmósfera afectivos necesarios para facilitar los procesos de aprendizaje y el fomento del desarrollo de la creatividad”.

Entendido, que los estados afectivos deben influir de manera positiva en el desarrollo de un adecuado sistema de gestión del conocimiento; se asume, que estos deben y tiene que ser estimulados de manera proactiva y prospectiva desde el contexto de las potencialidades propias de cada funcionario por una parte; y por otra, deben permitir que cada una de las personas capacitadas pueda desarrollar lo aprendido en el ámbito comunitario; porque de lo contrario, nada se hace con capacitar a las personas, si no se les brinda la oportunidad de poder desarrollar el Conocimiento aprehendido. De igual manera, nada se ganaría, cuando los resultados de las investigaciones no son dados a conocer; ni mucho menos, se derivan correctivos a partir de sus conclusiones obtenidas. Es decir, se hace necesario que el conocimiento sea productivo para que trascienda, y sus resultados puedan ser medidos en función de costos beneficios y costo eficiencia.

3.3.4.- Aprender-Desaprender-Reaprender En Los Procesos De Servicios A La Salud

La interrelación de conceptos y postulados, servirán para entender la forma en que se vincula el Conocimiento a los procesos de prestación de servicios a la salud. Proponiendo como un primer lado del triangulo, la readecuación de conocimiento en preferencia de uso, sobre la ya muy trillada trilogía, *aprender-desaprender-reaprender*. Puesto que no se trata, desde ningún punto de vista, desaprender nada de lo que ya se sabe; por el contrario, más bien, se trata de reforzar lo conocido, mediante nuevos métodos fundados en acciones que conlleven a *comprender*, vista

esta acepción en el sentido dado por *Cortés Jordi Morató y Antoni Martínez Riu*. (ob.cit.)

El comprender, uno de los existenciaris surgidos en la analítica existenciaris del ser-ahí llevada a cabo por Heidegger en Ser y tiempo, pretende designar el hecho de, que éste se encuentra esencialmente referido a unas posibilidades de ser, lo cual conforma su carácter de proyecto. No se trata, pues, de un conocimiento teórico, sino de un «poder hacer» que implica, por su parte, un determinado modo de entender el ser. Es ésta, pues, una noción íntimamente ligada a la de arrojamiento. Por ello, puede decirse que la comprensión de mis posibilidades es en definitiva una comprensión de mi propio ser (ver también hermenéutica).

Obviamente, se hace necesario admitir como necesaria la formulación e implantación de una desfundamentación de saberes que permita readecuar el Conocimiento al funcionamiento de una nueva estructura al seno del Ministerio del Poder Popular para la Salud, que apunta hacia un Sistema Público Nacional de Salud, para que, consabidamente opere una estructura nueva, sobre un nuevo Conocimiento; y no ocurra, que el SPNS sea un simple maquillaje institucional, donde ideas nuevas, intenten funcionar sobre la base de un viejo Conocimiento. Esto, simplemente sería un sistema infuncional. De igual modo, el ejemplo anterior, puede ser adecuado tanto al desarrollo de un producto, la realización de una actividad o servicio, dentro del ámbito de las funciones inherentes al fomento y promoción de la salud, o al procesamiento de una actividad que tradicionalmente se ha venido haciendo de manera empírica. En cierto modo, en la persona que desarrolla el procesamiento, queda incrustada una conducta referida a: el como hacer, al poder hacer, y al como cumplir cada proceso en particular. Pero; cuando por alguna circunstancia, surge el cambio desde un modo empírico, al cumplimiento de métodos y técnicas aprehendidas en la educación formal, y en conjunto, se produce una transformación, que redunde en una nueva forma de hacer, que operaría en conjunto con el poder de la voluntad, aunado a factores estimuladores de motivaciones humanas intrínsecas al factor trabajo, se alcanza a realizar un saber hacer exitoso.

En esta dirección, cabría la necesidad de planear en forma sistémica la readecuación del Conocimiento a nuevos procedimientos de trabajo al modo que técnicamente demande el proceso que fuere seleccionado. Esta estrategia, debe operar como un proyecto sistémico y complejo por estar compuesto por elementos diversos que permitan al SPNS, trascender a la transdisciplinariedad. En tal sentido, se requiere obviar las formas tradicionales de cumplir los procesos de trabajo, para dar el característico salto desde un modo tradicional, hasta ubicarnos ante una nueva forma de trabajo más humanizado.

Tal y como puede verse, en los precitados ejemplos, cabe utilizar el término readecuación del conocimiento, porque sólo se ha producido un refuerzo tanto en las habilidades, como en las destrezas que habían venido siendo puestas en funcionamiento para tales fines. En cambio, cuando se utiliza la acepción "desaprender"; pareciera más bien, que se estaría borrando de la mente del funcionario todos los pasos y/o procesos para cumplir tareas dentro de los procesos correspondientes. Después de todo, hay algo que no se debe obviar. En el primer ejemplo; el sistema continúa cumpliendo sus fines, los cambios radicarían en el modo operativo y en el funcionamiento. Mientras que, en el segundo ejemplo, referido a la elaboración de un producto, también el fin del trabajo sigue siendo el mismo, lo que cambia es el modo de hacerlo. Por ejemplo; entre un juego de muebles, en el que cuya madera ha sido tallada a mano. Y otro mueble, hecho del mismo tipo de madera procesada mecánicamente, muchas veces cuesta ver la diferencia. Pero; admitiendo, que si se notara la diferencia, esa notoriedad no cambia para nada la condición intrínseca del producto; y por tanto, ambos muebles son de la misma madera. Donde hubo un cambio casi radical fue en el método y los procesamientos; al pasar de un método de fabricación manual, a otro mecánico; y por supuesto que para ello se requirió del dominio de un tipo de conocimiento diferente al método manual.

Aunque cabe advertir; no es que, no se pueda emplear la acepción desaprender. Claro que sí debiese ser usada, por ejemplo; en casos de reeducación conductual, tal es el caso de personas adictas a un vicio o ciertos hábitos inadecuados; más no en este tipo de procesos de aprendizajes técnicos. De allí, que

destaque la necesidad de plantear una triangulación mas conceptual que metodológica la cual comienza por: aprender, desaprender y reaprender sobre lo ya aprendido. En este concepto, Breilh (1994. Págs.140-141) cita a Norman Denzin, por ser uno de los impulsores de esta triangulación, quien expuso en 1970 el “leit motiv” de dicho planteamiento:

“al combinar múltiples observadores, teorías, métodos y fuentes de datos... (Puede)...superarse el sesgo intrínseco que resulta de los estudios de un solo método, de un solo tipo de observador, de una sola teoría”. Este enfoque ecléctico encierra, a nuestro modo de ver, múltiples peligros, pero también, puede ofrecer un camino de exploración interesante, a condición de, que se transformen sustancialmente algunos aspectos. Para el mismo Denzin existen cuatro tipos de triangulación: 1) triangulación de datos; 2) triangulación de observadores; 3) triangulación de teorías; y, 4) triangulación metodológica.

El proceso de reaprender, debe ser entendido más bien, como un modo de aprender a hacer, sobre la base de un nuevo conocimiento que ya se sabe hacer; pero, de otra manera diferente. Por ejemplo; cuando alguien reaprende a desarrollar un proceso sobre la base de la tecnología. Allí, se produce una desfundamentación de viejos o inadecuados saberes para fundamentar nuevas experiencias, las cuales se reinscriben en el conocimiento de la persona donde son percibidas como la adquisición y/o reconstrucción aptitudinal, mediante el perfeccionamiento en este caso, sobre el uso de nuevas herramientas tecnológicas. También, ese reaprender, puede ser entendido como la construcción de nuevos métodos de producción diferente, para lograr un fin. Aquí, cabría conjuntar el término reaprender con la acepción adiestramiento presentada por Rodríguez y Ramírez, (1990) donde plantean que, el adiestramiento proviene etimológicamente del adjetivo diestro, y éste, a su vez, de la palabra latina dexter = derecho y se entiende como el conjunto de actividades encaminadas a hacer más diestro al personal. Es decir, se contribuye a *incrementar el Conocimiento y habilidades de cada trabajador* de acuerdo con las características del puesto de trabajo, a fin de, que lo desempeñe en forma más efectiva (Pág. 2).

En realidad, para que ocurra lo anteriormente explicado, indudablemente, es necesario, recurrir al poder de la voluntad que intrínsecamente opera en cada ser

humano. Y ese poder, básicamente discurre según los precitados autores (5) en la esfera de cada conocimiento o habilidades técnicas. Mientras que el querer, opera desde la esfera de las actitudes humanas: motivación, solidaridad, empatía, liderazgo y deseo de superación entre otros. Por tanto, *cuando se habla de aprender a aprehender*, (nótese que no se está hablando de “aprender a aprender”) más bien, se quiere decir, aprender a adquirir conocimiento, aprender a tomar ideas. Por tanto, en el caso específico de la salud, se hablaría entonces de aprender a agarrar y valorar la vida. Esta reflexión, remite a compartir la posición adoptada por Padrón Guillén (1996) donde sostiene que “Aprender a aprender” es una expresión internamente contradictoria, y al respecto, explica sus razones en detalle (Págs. 208-209):

En efecto, toda frase de la forma “aprender x” (donde x es una acción) implica que en ese momento no se está en capacidad de realizar la acción x. Por ejemplo, “aprender a manejar” implica que en ese instante o momento no se es capaz de manejar” y “aprender a escribir” implica que en ese instante no se es capaz de “escribir”. Ahora bien, cuando decimos “aprender a aprender”, está implícito que en ese momento no se es capaz de “aprender”. Y, si no se es capaz de aprender, entonces es imposible que alguien “aprenda a aprender”. Tomemos la ecuación siguiente, que significa: “si alguien aprende algo es porque para ese momento no está en capacidad de realizar ese algo: y aprende x -> y no está en capacidad de manejar. Y aprende a escribir -> y no está en condiciones de escribir. Pero si sustituimos la x por la palabra “aprender”, obtenemos una contradicción, como queríamos demostrar: impulsar en alguien la idea de aprender a aprender-> y no esta en capacidad de aprender.

Ahora bien, al decir aprender a aprehender, se piensa que tal vez sean estos los lados del triangulo (donde persiste la clave para desusar) que presenten mayor grado de complejidad. Debido a que, se circunscribe en el dominio de instrumentos, métodos y técnicas de aprendizaje; en relación, tanto con la disponibilidad de tiempo destinado al proceso de aprendizaje; como, por el involucramiento de otros factores, que le permitirían a cada individualidad participante del proceso, dominar un modo, para aprender a alcanzar adecuados niveles de aprehensión hasta lograr agarrar de manera precisa, tanto aquel conocimiento, que coadyuva a elevar su deseo de superación y crecimiento personal, como el conocimiento, que por un lado requiera la organización donde se desempeña. Un ejemplo que permite entender en forma clara al método de aprender a aprehender, es explicado por Jaime Breilh, en Nuevos

Conceptos y Técnicas de Investigación (1997. Pág.141) donde explica que el método tradicional de investigación, debería romperse de manera irremediable, para dar cabida a un nuevo método. Al tiempo en que sostiene, que el método es el modo de pensar y relacionarse con el objeto (o con el sujeto) y por eso, es uno sólo, otra cosa muy distinta es reconocer que, el objeto muestra una gran diversidad en medio de la unidad de su esencia, por consiguiente, se pueden requerir distintas aproximaciones en la observación del mismo. Por tanto, sostiene este autor, que no podrá haber triangulación de métodos para un mismo objeto de transformación, sino una triangulación de técnicas, de ángulos y de modalidades de registro.

Tal y como puede apreciarse, ésta triangulación de técnicas no-sólo opera constantemente donde se trabaja con tecnología de punta. No se dice universalmente, porque como es bien sabido, tanto la innovación como el cambio tecnológico, no son fenómenos universales, dado a que una buena parte de la humanidad del planeta es analfabeta y trabaja con equipos e instrumentos de los más rudimentarios, algunos incluso, trascienden desde el empirismo. Pero; de igual modo, lo que aquí se intenta decir, es que el cambio opera en cualquier momento, donde alguien desarrolle el prototipo de una invención, y requiera reproducirla en masas. Porque allí, de manera estratégica se debe transferir el conocimiento sobre su operabilidad. De este modo, la estrategia debe ser vista como un presupuesto necesario para desarrollar propósitos relacionados con el modo de *“aprender a aprehender el conocimiento sobre lo técnico y lo humano social*. En este sentido, quedaría evidenciada cuando en un centro de salud, sea cual fuere la naturaleza de su especialidad, se adquiere un nuevo equipo, aun cuando la tecnología sea convencional; automáticamente, allí surgen necesidades de profundizar en determinados requerimientos sobre la base de grados de dominio de Conocimiento que le permitan al conjunto de las partes del sistema humano social que gira en torno al uso de dicho equipo. Quien deba operarlo, por una parte deberá apropiarse de todos los saberes necesarios para cualificar en el funcionamiento del equipo. Esto, por otra parte obliga a estar consciente que los resultados de cada dispositivo tecnológico garanticen un servicio óptimo al contexto de usuarios.

A partir de las reflexiones anteriores, resulta razonable entender la fundamentación tecnológica que determina los procesos de elaboración del producto. Aunque éste, sea hecho ergonómicamente pensando en el humano que le dará uso. Técnicamente, el resultado, es un producto tecnológico, y como tal, la base del Conocimiento requerido, debe ser más técnica que humana. Obviamente, cuando la tecnología es de punta, tanto operarios como buena parte del resto del personal de servicio que labora en el centro de salud, tienen que avocarse al apropiamiento de adecuados grados de Conocimiento, que les permitirán desarrollar habilidades y destrezas para realizar tareas con altos grados de exigencias al operar equipos en concordancia con el parque tecnológico que cuente la organización. Asumiendo que, la mayoría de las veces, los procesos de trabajo se realizan con muy poco personal, entonces se requiere que cada vez éste se haga más competente mediante la adquisición de un dominio científico y tecnológico altamente especializado.

En síntesis, históricamente, la adquisición del dominio científico y tecnológico altamente especializado es introducido a los organismos de la administración pública a partir del momento en que desde la industria se percatan de la necesidad de ampliar las capacidades técnicas de sus operarios, entonces, se intenta abrir otros estadios del conocimiento en su seno, se comienza a hablar de *generación y transferencia de Conocimiento* mediante el adiestramiento y la capacitación in situ, es decir, en el sitio de trabajo; teniendo como herramientas los equipos y maquinarias de la fábrica, y como aprendices o participantes, previa selección hecha entre los propios trabajadores; luego, se da inicio al llamado proceso de formación basada en competencias. Así mismo, por razones obvias de la demanda, se produce una ruptura con los fundamentos teóricos que deberían acompañar cada proceso de aprendizaje al no transferir con rigurosidad los fundamentos teóricos pertinentes a la fabricación de cada equipo, por considerar que su empleo representaría una simple pérdida de tiempo. Esto trajo como resultante, que el origen los procesos fuesen exclusivamente técnicos; con ello, se estaría dando comienzo a una temprana desfundamentación de la teoría del conocimiento tecnológico, que luego se extendería de manera uniforme en los denominados procesos de capacitación y adiestramiento para operar concebidos para operar tecnología a lo interno de los organismos de la administración pública.

Ante la desfundamentación planteada en el contexto anterior, es válido inferir, que si desde un principio, a través un discurso considerado como altamente necesario, se hubiesen dado a conocer los argumentos teóricos respecto al daño que pudiesen causar la exposición a ciertos químicos, por ejemplo. Por su intermedio, se pudo haber reducido las implicancias de riesgos que determinan algunas composiciones presentes en ciertos elementos utilizados como materia prima, (pero ahora ya se sabe que en cierto modo el ocultamiento de las fuentes teóricas obedece entre otros factores al resguardo de los llamados secretos de patentes). No obstante, de haberse implementado un sistema de producción basada en un conocimiento integral, tal vez, no se hubiese incurrido en mayores riesgos de contaminación, tanto a la salud humana, como al medio ambiente. Al tiempo en que se hubiere dado inicio, a toda una cultura de prevención de riesgos en condiciones y medio ambiente laboral por un lado, y por otra parte, el adecuado uso de ciertas bases teóricas, le hubiese resultado de gran ayuda tanto a la industria como a sus usuarios en la operabilidad de los equipos y en los mantenimientos preventivos y correctivos. Aunque no es difícil entender que la fase inicial de transmisión de nuevos saberes o mejor dicho de Conocimiento técnico, estuvo pensada desde un principio para abrir el camino a una nueva fase investigativa, referida al comportamiento humano, fundamentado en lo que para entonces fue denominado como “relaciones humanas”, cuya tendencia se inclinaba más hacia los análisis de algunas realidades comportamentales de los trabajadores, en procura de un mayor rendimiento dentro de las jornadas laborales.

No obstante, con las relaciones humanas, se comienza, aunque de modo muy sutil, un nuevo discurso en torno al hombre y el trabajo que involucraba aquellas capacidades humanas que pudiesen permitir de modo ex profeso el aumento de una mayor producción. Al mismo tiempo, se da inicio a la búsqueda de saberes en torno al humano y al ambiente donde se trabaja. A partir de estas experiencias, se abren nuevos procesos de aprendizaje en torno al trabajador, y se inicia una percepción científica sobre las capacidades de rendimiento el humano dentro de adecuadas condiciones en el medio ambiente, al tiempo, que se abren nuevos desafíos en todos los ámbitos del comportamiento del sujeto. Estos desafíos, valieron para que medianamente fueran tomados en cuenta los fundamentos epistemológicos que

hasta entonces habían sido argumentados en diversas teorías producidas hasta el momento por un buen número de autores ubicados en torno al conocimiento humano desde variadas categorías y corrientes de pensamiento entre los que se cuenta Aristóteles citado por Hessen, (1981.Pág. 145) quien sostiene. El conocimiento humano es una reproducción de los objetos que poseen una estructura y una naturaleza propia. Necesariamente se admite que, en tanto los componentes básicos del conocimiento, las categorías, son cualidades objetivas del ente (ser), y en ese orden pasan a ser propiedades generales de los objetos.

Destaca en esta dirección, tanto las cualidades objetivas del ente (ser), como las propiedades generales de los objetos que al igual que aquel Conocimiento obsoleto requirieron en su momento ser defundamentados y desarrollados sus fines mediante “teorías neoclásicas”, que permitieron originar la deconstrucción y reconstrucción de nuevos Conocimientos. Tal como lo concibe Rivas Román en un trabajo compilado por Parra y Martínez (2004.Pág.71) donde se formula el siguiente planteamiento.

Las Ondas de Destrucción Creadora traen a colación una concepción referida al marco de la deconstrucción-reconstrucción. El proceso deconstructivo es un proceso de acción que estimula el cuestionamiento de los estándares, identidades y pautas de relación entre los componentes de la experiencia social; una desorganización transitoria de los contenidos, procesos y/o estructuras organizacionales que da paso a nuevas reconstrucciones o modos alternativos de ver las cosas; un proceso en el cual se admiten nuevas prácticas, nuevos diseños sociales más complejos y más alternativas de elección para los participantes. Se trata de un proceso creativo donde se cuestionan los modos tradicionales de visualizar los fenómenos y donde ciencia y arte son dos caras de una misma moneda.

En síntesis, las Ondas de Destrucción Creadora plantadas por Rivas Román, estarían llamadas a deconstruir debilidades, y construir fortalezas en el campo de la generación de saberes en el sistema de salud, que oscilaría entre: producción de adecuados grados de Conocimiento respecto al ámbito comunitario. Esto a su vez generaría un nuevo registro aptitudes que permitirían alcanzar la sistematización del Conocimiento vinculado a un hacer en concordancia con las necesidades más sentidas; pero no satisfechas hasta ahora. Por otra parte, abre posibilidades a la

estructuración de redes de Conocimiento vinculadas a otros sectores con inherencia en la formación de las personas. Así como, la valorización de patrones de experticias, que estimulen y determinen nuevos saberes potenciadores del poder de la voluntad humana, para que todos y cada uno de los funcionarios y funcionarias, se vinculen a la gestión de nuevos Conocimientos, que les permitan desenvolverse con fluidez en el cómo hacer; y por tanto, evitar que desde una posición basada sólo en un conocimiento táctico, se haga referencia a un episteme sin estar seguros de lo que dicen, porque simple y llanamente no dominan la esencia de sus contenidos.

En conclusión, para desarrollar la trilogía integrada por: Aprender-Desaprender-Reaprender en los procesos de servicios a la salud, se estima conveniente partir de un punto reflexivo a cerca del modo como se ha venido trabajando; y en virtud de ello, cabe revisar las definiciones de servicios, para fijar con: claridad, exactitud y precisión la significación de la naturaleza de un sistema para la salud, o un sistema para potenciar la enfermedad. Dentro de este orden de reflexiones, conviene discernir entre un modelo de gestión del conocimiento: pensado, desarrollado e implantado en el ámbito empresarial privado, donde el fin perseguido radica en generar capitales, concentrar y fortalecer riqueza en unos pocos contra el buen vivir de muchos. En contraposición de ello, cabe: pensar, diseñar e implantar una adecuada estructura de gestión de conocimiento destinada a: investigar, planificar, enseñar, aprender y transferir en su acepción de, pasar o llevar conocimiento relacionado con la salud y la vida humana, desde los centros de servicios a la salud hasta las comunidades; y en modo recíproco, desde estas, se reinformará tanto a los módulos de servicios, como a las casas de estudios relacionados con el Sistema Público Nacional de Salud. En síntesis, se clarifican los fines. El del Modelo tradicional de gestión de conocimiento dirigido a desarrollar capacidades humanas para aumentar la producción y la productividad empresarial cuyo fin específico se traduce en fomentar capitales en el marco del positivismo. Contra el fin de un modelo humanista destinado a fomentar la salud y la vida humana.

CAPITULO IV

COMPONENTES HISTÓRICOS DE LA SITUACIÓN SALUD EN VENEZUELA

La situación presentada en Venezuela por los servicios de salud en las últimas décadas, bien pudiera ser adjudicada a desfases de políticas desarrolladas desde la administración pública, en todos y cada uno de sus contextos; llámese nacional, regional o local; no obstante, todas estarían marcadas, por la errática tendencia de obedecer a la implantación de planes y programas con características idénticas para todos los servicios, como si en general se tratara de una misma índole de necesidades, y de usuarios con realidades exactamente parecidas en el ámbito nacional.

4.1.- El Componente Económico En Los Procesos Administrativos De Los Servicios A La Salud.

Es bien sabido, que la prestación de adecuados servicios de salud por parte de los gobiernos a sus connacionales, obedece a un orden sistémico, y por tanto las finanzas vienen a ser uno de sus componentes en tanto y en cuanto sean bien administradas. Aun cuando, el factor económico no sea el objeto de estudio en este trabajo, necesariamente hay que incluir este tema por la relación intrínseca que guardan los recursos económicos con los servicios de salud. En consecuencia, cabe considerar que el factor económico resulta ser necesariamente preponderante al momento de estructurar una adecuada plataforma de servicios que permitan contrarrestar la atención en los servicios a la salud en las poblaciones de menores recursos. De igual modo cabe entender cómo esto, repercute en los grados de afectación a la conciencia ciudadana respecto la importancia de: la salud como un todo integrado que más allá del poder económico deba incluir la promoción de la salud y valoración de la vida dentro de cualquier contexto social del país.

En consideración, se hace expedita la referencia a conciencia ciudadana, porque precisamente, ella devendría de un conocer resultante de programas ampliados de gestión del conocimiento en materia de salud a lo largo y ancho de la geografía venezolana, en pos de una estrecha relación sinérgica de participación entre una prestación de servicios públicos, y la realidad de los hechos a lo interno de las comunidades. Por tanto, cabe entender el funcionamiento ideal que debe existir entre el poder político y el poder económico.

Es bien sabido, que la sociedad moderna, descansa sobre la necesidad reciproca de servicios que dependen del poder político, encarnado en el Estado”, el cual está llamado a fortalecer todos y cada uno de los servicios públicos. De igual modo, resultaría innegable querer obviar la presencia activa del poder económico en el sector salud, so pretexto de concentrarse en una acción monopólica de la denominada sociedad civil, cuya tendencia se inclina a prevalecer un fortalecimiento en la prestación de servicios privados de salud. Los intereses monopólicos, siempre se superponen a la prestación de servicios privados con un mínimo de interés social al pueblo. Esto, degenera en una especie de pobreza material en detrimento del Estado que se antepone a la satisfacción de servicios al pueblo.

Este balance de fuerzas, de reciprocas co-dependencias, obliga en la gran mayoría de las veces y en diferentes estados del país a efectuar desvíos pecuniarios cuando en innumerables ocasiones los que representan el poder político incurren, en craso desconocimiento de las legítimas realidades y/o necesidades de salud los ciudadanos. Estos desatinos vuelven susceptibles al favorecimiento de intereses privados. Entonces, tales desvaríos se convierten en debilidades que contraponen la riqueza material a los servicios públicos tras los intereses privados. En consecuencia, esto hace que servicios como los de salud pública y poblacional se asienten en un marco de cosas de mínima importancia, inclusive para quienes desde el poder político estarían llamados a ser sus administradores. Y, mientras hacen propicio el desenvolvimiento creciente de los intereses privados, los propios recursos económicos del estado, se vuelven en detrimento de los servicios públicos básicos.

De allí, que el capitalismo rentístico históricamente haya venido inclinando su balanza hacia unos pocos privilegiados en desfavorecimiento de las grandes mayorías de comunidades, convirtiendo de igual modo, a estados completos en una marginalidad extrema. En consecuencia, ello cobra en el común de las clases más desposeídas de los pueblos un altísimo precio, que no es otro que la inviabilidad de adecuados servicios públicos, y por ende, un aumento casi incontrolado de algunas enfermedades que aun permanecen en el común de un gran número de comunidades de bajos recursos económicos, porque simple y llanamente, el capital privado sólo da servicios de medicina curativa, mas no, de salud pública.

Por tanto, se estima que de seguir consolidándose en el tiempo cierta tendencia hacia el desarrollo de inoperantes políticas públicas, sus resultados dificultarían enormemente la superación de la inequidad social y jamás se frenaría el deterioro de los estilos y calidad de vida persistentes en los entornos más desposeídos, tal y como, lo prevén desde el ámbito internacional organismos multilaterales implicados en temas de salud colectiva, entre los cuales, destacan La OMS y OPS junto a otros organismos relacionados con el tema de la salud. En el caso específico de La OPS, (1991, p.443). Esta organización durante los debates de la XXXIV Reunión de su Consejo Directivo celebrado en 1989, tomó la decisión de presentar formalmente ante la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana que se celebraría en septiembre de 1990, el tema presupuestario para impactar positivamente en la erradicación de enfermedades en la Región.

En aquel informe, debido a los rotundos fracasos de las campañas de erradicación o eliminación de enfermedades que habían venido menoscabando la imagen del sector de la salud y, que en cierta medida representaban un desperdicio de recursos en la región latinoamericana a la cual no escapaba Venezuela. La OPS quiso fijar posición ante esta desproporción en el orden sanitario y supo reconocer, que antes de iniciar un programa de tal magnitud era imprescindible, haber estudiado detenidamente las posibilidades de éxito de acuerdo con criterios bien definidos. En consecuencia, propuso como una premisa estratégica, dejar claro que, más allá de los recursos económicos sería imprescindible entender que para empezar cualquier trabajo de magnitud similar, habría que conocer a fondo las características

epidemiológicas y ecológicas de la enfermedad que se busca eliminar. Así como: su incidencia, prevalencia, morbilidad y mortalidad. Al mismo tiempo, determinar si la infraestructura de salud local o territorial, está capacitada para proporcionar medidas de control: sencillas, eficaces y de bajo costo.

No obstante, cabe considerar que además de las variables de orden económica, es importante tener claro las causales que inciden en los procesos de gestión del conocimiento que pudiesen contribuir a la erradicación de enfermedades transmisibles comunes y no tan comunes en el seno de las comunidades rurales, semi-urbanas y urbanas, donde necesariamente se hace imprescindible, identificar aquellas causas de orden conductual y que por consecuencias de actuaciones y con carácter de soslayo técnico, pudieran obligar al contexto organizacional a ser dependiente y marginal en materia de: investigación, Innovación y proactividad.

4.2.- De La Sociedad Capitalista A La Sociedad Del Conocimiento

Bajo este título se hace una revisión a las teorías resultantes de los monopolios investigativos, y al modo como estos sostienen la tendencia cada día más ascendente hacia el manejo de la función pública fundada sobre la base de una concepción monopólica de empresa privada, que escasamente favorece las políticas sociales de orden pública inherentes por naturaleza propia al estado. Estas acciones, no solamente intervienen en detrimento de lo social como estructura de los pueblos. También permiten infundir una errada creencia que radica en hacer ver que el conocimiento, sólo es conocimiento productivo cuando trasciende de manera económica, y por ende, se estima que la producción del conocimiento es válida en la medida en que su producto, es producto cognoscente. En virtud de ello, se prevé hacer una breve interpretación a la herencia dejada por el capitalismo rentístico, con negativa incidencia en los servicios de salud del estado venezolano. Esto, a fin de encontrar a lo interno del SPNS, algunas causales susceptibles a ser transformadas en tanto y en cuanto estén dispuestos a constituir una nueva gerencia pública, capaz de transformar esquemas mentales, fundados en el pensamiento crítico, que permita trascender desde criterios del servicio de salud privada, a un servicio de salud pública.

Ahora bien, esa falta de nutrientes de saberes que abone el terreno de la organización contribuye a la generalidad del raquitismo investigativo, considerado como uno de los problemas más álgidos que confrontan tanto las universidades como los centros científicos y académicos de Venezuela, América latina y el Caribe, el cual redundaba en la categoría del subdesarrollo al modo en que lo concibe Martínez (1998. p.61) como una formación donde operan las leyes del capitalismo junto a leyes específicas de este modo de producción, donde generalmente hay un dominio del capitalismo en el seno de la formación, para que otros modos de producción tengan alguna presencia significativa bajo el dominio del modelo de producción dominante, que durante algo más de un siglo ha venido imperando en los modelos de actuación como soporte principal del entramado que caracteriza a los llamados países del “Tercer mundo” o “países en desarrollo”, y que en la actualidad se presenta susceptible a ser deconstruido por ignominioso. Gracias a la clara percepción y a la capacidad volitiva de los pueblos.

Martínez ob.cit. (1998. P.67), refiere que uno de los enfoques más usados sobre el Tercer Mundo basado en la explicación de las relaciones entre el centro y la periferia del mercado mundial, este enfoque tomaba como eje la relación entre desarrollo y subdesarrollo ya que no se podía concebir la existencia del subdesarrollo sin la existencia del capitalismo. Antes del capitalismo, dice Martínez, no había subdesarrollo. Este argumento es tácito, dado a que el subdesarrollo es originario del capitalismo y en consecuencia, el Tercer Mundo es un resultado de la expansión capitalista. Ibíd. (p. 67). Este proceso, tuvo diversas expresiones que permite a Darcy Ribeiro citado por Martínez (Pág. 126-127) discriminar los siguientes modelos:

- 1) Modelo precoz de desarrollo industrial, formado por Inglaterra (1750). Francia (1800-1850) Los países Bajos (1850-1890) y los Estados Unidos (1840-1900).
- 2) Modelo: El patrón tardío de desarrollo, formado por Alemania (1850-1914), por Japón (1900-1970) e Italia (1920-1940).
- 3) Modelo: El Patrón de socialismo revolucionario U.R.S. (1917): Europa Oriental (1945): China (1949): Corea del Norte (1948): Vietnam del Norte (1945): Cuba (1959).
- 4) Modelo: Desarrollo capitalista reciente, surgió en áreas marginales como Escandinavia (1890-1930) y en áreas dependientes como Canadá (1900-1920) y Australia (1930-1950).

De tal modo que, ésta expansión y las ya insoportables consecuencias que en esa periferia había venido ocasionando, los elevados niveles de la extracción del excedente económico, generaron una situación histórica común para los países colonizados y dominados, especialmente para los latinoamericanos. Es decir aquellos que vinieron surgiendo en la etapa posterior a la Revolución Industrial; pero que en cierto modo, un siglo después esa brecha de dominación por consecuencia de los mercados aun se mantiene abierta en este continente, afectando casi indiscriminadamente entre otros, a los cada vez más vulnerables centros impulsores de salud. En concordancia con lo antes expuesto, la Organización de Estados Americanos OEA, en su Trigésima sexta reunión celebrada el 6 de junio de 2006, en República Dominicana identificada como AG/DEC. 46 (XXXVI-O/06, cuyos resultados fueron denominados declaración de santo domingo. El tema central de esta cumbre, giró en torno a la *governabilidad y desarrollo en la sociedad del conocimiento*. En cuyo documento final, se llegó al siguiente acuerdo:

Solicitar a los órganos, organismos y entidades de la Organización de los Estados Americanos (OEA) que continúen apoyando a los Estados Miembros en la incorporación de las TIC en sus planes nacionales de desarrollo, particularmente en los procesos de modernización de las instituciones públicas, favoreciendo los que contemplen la formación de funcionarios públicos, y que son necesarios para fortalecer la gobernabilidad y el ambiente democrático, promover la transparencia, la rendición de cuentas, la participación ciudadana y la eficiencia en la gestión y la provisión de servicios en el sector público, con el fin de satisfacer las necesidades y aspiraciones de todas las personas.

No obstante, importa referir que el transito recorrido durante los 27 años precedentes a la declaración de santo domingo, donde, desde el sector gobierno fuese tratado el tema “governabilidad y desarrollo en la sociedad del conocimiento”, este había sido un tema que se trataba casi de manera exclusiva en el sector empresarial privado donde no sólo se originaría el término, sino que a la par, allí se produjo el mayor número de publicaciones referidas a la Sociedad del Conocimiento y su contexto. Ya en 1970, el denominado futurólogo Alvin Toffler hizo referencia a un señalamiento utópico, al que calificó (Shock) choque del futuro y en ese momento presenta a la sociedad en formación como una Tercera Ola (1979). Respecto a esta premisa toffleriana Riera ob.cit., (16-17) también hablaría de una Tercera Ola en el

sistema sanitario venezolano y añade que el mismo estaba exigiendo un grado elevado de conocimiento que vendría de lo eminente clínico a lo más profundamente epidemiológico, y añade que dicho conocimiento ahorra tiempo de resolución y, recursos financieros. Por su parte, García Delgado ob.cit., también hace un desglose histórico de la evolución del concepto Sociedad del Conocimiento, de modo tal que, nos remite a estudiar la génesis del tema, y en este contexto considerar los distintos momentos que hoy lo integran, por supuesto que, sin obviar hechos como los que se inician en 1974, cuando:

La Universidad de Stanford publica La Economía de la Información de Mark Porat y en Francia, Nora y Minc editan en 1978 L'informatisation de la société. Es desde ese año que se empieza a difundir el término que aparece en Megatrends de Jhon Naisbitt, siendo el japonés Yonei Masuda quien en 1980 relaciona la post industrialización con la revolución digital en su obra The Information Society as a post-industrial Society.

En el libro de Parra y Martínez ob.cit., destaca un trabajo de Rivas Román (Pág.64) donde se hace referencia al nuevo Patrón Tecnológico y su incidencia en los cambios organizacionales en el ámbito mundial. De este ensayo, se retoma una cita de Carlota Pérez donde establece algunas claves epistémicas que fundamentan sus puntos de vista sobre las revoluciones tecnológicas, y aduce además que, “el mundo actual no se debe a los experimentos del presente, sino muy por el contrario viene operando sobre todo un cúmulo de experiencias precedentes a ésta época”. En esta ocasión, Pérez, citada por Rivas Román, utiliza las ideas básicas de Schumpeter y Kondratieff para resaltar el modo en que este último estableció, que existen ondas largas de cambios en el estilo tecnológico mundial.

Cabe significar, que aquí se alude la inspiración de Shumpeter fundada en los modelos de crecimiento endógeno por considerar que de igual modo estarían direccionadas a potenciar el desarrollo adecuado del llamado capital humano y sus capacidades creadoras y/o generadoras de Conocimiento para agregar valor al trabajo aunque indistintamente existan diversas posiciones tendentes a hacer ver que el llamado capital humano en si mismo surge con la intención de potenciar al trabajador. De igual modo, en un trabajo publicado por: Boutang, Corsani y Lazzarato (2004) bajo el título de Capitalismo cognitivo, *Propiedad intelectual y creación*

colectiva, se fija posición respecto a la controversia en torno a la desfundamentación teórica tanto del llamado *capital humano* como de otras acepciones. Al respecto, Antonella Corsani (2004. Pág. 95) advierte que:

Precisamente, uno de los problemas teóricos fundamentales está constituido por la definición del concepto de capital humano, que se encuentra ya en todos los modelos de crecimiento, pero también en las nuevas teorías del salario. Se trata de una categoría de la práctica económica antes que un concepto científico. De hecho, el capital humano designa una interpretación comúnmente compartida de la relación del individuo con su trabajo y su remuneración, que en el operarismo italiano fue designada como autovaloración.

De antaño se ha venido haciendo apología a Marx por haber dado origen al concepto *general intellect*, o intelecto general. Cabe inferir, que en torno a esta histórica expresión, se habrían hecho múltiples especulaciones; algunas, bastante próximas a lo que este autor quiso referir cuando escribió en (los Grundrisse) sus “Elementos fundamentales para la crítica de la economía y política entre 1857-1858” donde hace énfasis en que, “*el principal capital fijo pasa a ser el hombre mismo*”. En tanto que, a partir de esta premisa muchos autores han pretendido ubicar al hombre como un objeto de la contabilidad. En efecto, algunos lo han venido objetivando como capital, y otros por considerar que el conocimiento es intangible incurren en el craso error de sustantivarlo como activo intangible cuando el hombre como sujeto en sí mismo jamás deja de ser tangible. Por supuesto, que al ocurrir realidades de este orden, se obvia que el conocimiento le es inmanente al hombre y por consiguiente el hombre al conocimiento. Aunque también cabe admitir que ambos han resultado ser en esencia sujeto y objeto del capitalismo. De manera tal, que de allí devenga la concepción de capitalismo cognitivo que hoy se discute en las academias, lo cual, a decir de Boutang y otros ob.cit. (Pág.15) sus orígenes radicarían en:

La primera acuñación del concepto se puede encontrar en el célebre fragmento sobre las máquinas de los Grundrisse (Elementos fundamentales para la crítica de la economía política, Vol. 2, Madrid, siglo XXI, pp.216-230). En estos párrafos Marx señalaba la creciente aplicación de la ciencia al proceso productivo, objetivada en el sistema de máquinas, de tal forma que “el conocimiento o el knowledge social general se ha convertido en fuerza productiva inmediata”. La reinterpretación del fragmento ha estado en la base de algunas intuiciones teóricas fundamentales para comprender el

capitalismo actual. En este sentido, la específica centralidad del intelecto general vendría menos significada por la objetivación científica de los dispositivos tecnológicos, como por la “puesta a trabajar” de las capacidades intelectuales y lingüísticas genéricas en el proceso productivo, hasta el punto que la “cooperación entre cerebros” deviene el principal recurso económico y autentico capital fijo del tejido empresarial.

Es imperativo recalcar, que históricamente el llamado tejido empresarial, ha venido siendo un continente donde se interrelacionan, conocimiento y producción para generar capitales; por tanto, resultaría imposible desarrollar el tema del conocimiento al servicio de la producción y la productividad pretendiendo obviar la esencia del capitalismo. En consecuencia, al volver el análisis a la disertación hecha por Rivas Román ob.cit., se retoman las ideas de Schumpeter, quien a partir del principio de Kondratieff, alcanzaría a plantear que el comportamiento cíclico de las ondas largas de cambios en el estilo tecnológico mundial se extendían por 5 o 6 décadas y terminaban en crisis económicas que propiciaban fuertes cambios sociales los cuales terminan incidiendo enormemente en la economía planetaria a través de revoluciones tecnológicas.

Es bueno saber, que los cambios generados por virtud del conocimiento ocurren siempre y cuando los hechos implícitos en la producción de dispositivos evolucionen mediante tres procesos; a saber: invención, innovación y difusión. Indiscutiblemente que esta tríada impele la potencia cognoscitiva que emerge de la academia, para mover hoy día, tanto a las economías, como a los gobiernos que en buena parte del ámbito universal continúan operando desde las dependencias de la administración pública donde se observa, cómo los procedimientos creados para el fin de adiestrar y/o capacitar a los diferentes cuadros administrativos no pareciese cónsonos a la dimensión de las necesidades que en materia formativa se tienen.

Así mismo, cabe resaltar que en el caso anterior, la acepción dimensión, debe ser entendida de modo radical como la complementariedad de tres componentes o unidades fundamentales que por analogía se equiparan a: masa humana (hombres y mujeres que trabajan), longitud y tiempo de las potencias de las unidades físicas fundamentales, que sirve para definir otra unidad física derivada de eventos que al concatenarse generan la sinergia necesaria en los sistemas o

cuerpos organizados; la cual en nuestro caso, sería el equivalente al SPNS, como centro donde se desarrolla la envolvente de la acción humana. Entendida aquí la acepción sinergia como un potencial de energía acumulado en el organismo humano capaz de ser activado volitivamente a través del sistema nervioso central, apto para especiales situaciones.

Para la comprensión de esta analogía, se hace necesario destacar tres acepciones básicas: en primer lugar, masa física, la cual puede interpretarse como equivalente a la masa de personas que integran el funcionariado público. En segundo lugar, la longitud sería equivalente a los diferentes tamaños de esas masas de funcionarios. Y, en tercer lugar, el tiempo equivaldría al lapso en que se acciona la masa y se determinan los efectos. Por tanto, el tiempo es equivalente a los diferentes períodos en que se han venido desempeñando muchos funcionarios públicos en el ámbito nacional, más por inercia, que por el dominio adecuado de las competencias exigidas para ciertos y determinados cargos y puestos de trabajo, lo cual en buena medida, ha contribuido al incremento excesivo del funcionarismo en toda la dimensión del sector salud desarrollado por la administración pública.

En la otra cara de la moneda, conviene apreciar el papel de la ciencia que a través de nuestras universidades e institutos de educación superior se ha venido desarrollando mediante la estructura de currículos, bastante inclinados hacia corrientes de pensamiento fundadas en teorías positivistas que por sus contenidos ideológicos y plegados a corrientes del tipo neoliberal, tienden a ubicarse en posiciones antagónicas a los intereses administrativos del estado, en materia de salud pública. Entendiendo al estado, como una comunidad política que debe representar los más nobles intereses del pueblo y la sociedad en conjunto como nación, tal y como lo plantea Weber, Max, (1967, Pág. 211-215)

Desde este punto de vista, el trabajo científico se socializa en la transmisión de su conocimiento, por consiguiente ésta debe hacerse de forma objetiva para evitar que las valoraciones personales del científico distorsionen la realidad, y a que “las tomas de posición política y el análisis científico de los fenómenos son dos cosas bien distintas... En el aula es el profesor el que habla en tanto que los oyentes han de callar... me parece una absoluta falta de responsabilidad que el profesor aproveche estas circunstancias para marcar a los estudiantes con sus propias

opiniones políticas, en lugar de limitarse a cumplir su misión específica, que es la de serles útil con su conocimiento y con su experiencia científica... ¿Pero, tendrá entonces sentido la aportación de la ciencia para aquellos a quienes dejan indiferentes los hechos y para los que sólo cuentan la toma de posición en la práctica? Tal vez sí. Por de pronto nos encontramos con esto: la primera tarea de un profesor es la de enseñar a sus alumnos a aceptar los hechos incómodos; quiero decir, aquellos hechos que resultan incómodos para la corriente de opinión que los alumnos en cuestión comparten.

Esa corriente de opinión, a que Max Weber hace referencia, por lo general se nutre de las teorías con mayores tendencias hacia la dominación de las clases sociales. Las mismas, por su interacción directa en la conformación de mercados que operan mediante la oferta de servicios a la salud en un mundo cada vez más competitivo, estratificado y excluyente como el capitalismo y la corriente neoliberal, han venido incidiendo de manera preponderante en el desarrollo de la ciencia de la cual se nutren y convierten en un potencial aliado. Se ha encomendado la tarea investigativa Según explica Gutiérrez Pantoja (1984. Págs.103-104) a las universidades e institutos de investigación, centros en los cuales la pugna por una posición burocrático-administrativa se antepone, por regla general, al trabajo científico. Por su parte, E Maragno G. (2002.Pág.20) explica que, cuando existen dificultades estructurales y culturales en el sector universitario y empresarial venezolano para actuar de manera sinérgica, en consonancia con las políticas estatales hacia la consecución de objetivos que sean congruentes con el proceso de desarrollo sustentable del país. Tanto el sector universitario como el empresarial no estarían en condiciones de superar los escollos estructurales sin la constitución de una conciencia y voluntad de cambio compartido.

A criterio de Gutiérrez Pantoja *Ibíd.*, estas posiciones, en muy poco contribuyen a la condición de responsabilidad social de la ciencia, porque además; los científicos, se encierran en una torre de marfil de la cual cuesta demasiado salir, salvo cuando tengan que responder a los grupos económicos y/o políticamente poderosos que rigen a la sociedad en su conjunto. Por tanto, advierte. La ciencia, se convierte en la justificación para mantener posiciones privilegiadas. Mermando, de este modo, a la administración pública de los servicios a la salud, la necesaria tendencia prospectiva y proferente que permitiría construir un Sistema Público

Nacional de Salud, ubicado dentro de una concepción proactiva de servicios, donde funcionarios y funcionarias deban tener la voluntad de compartir en forma estable, un conjunto de ideas políticas que coadyuven a configurar una cultura de política pública congruente con el desarrollo nacional deseado.

4.3.- Trascendencia De La Investigación Científica, Desde La Industria Privada A Los Servicios De Salud

Cabe analizar aquí, el modo poco equitativo como el contexto productivo privado se vino apropiando de los procesos investigativos los cuales sin temor a equivoco alguno pueden recibir el calificativo de abrupto, sobre lo público; y en algunos casos mediante la subvención tiende a sub-dimensionar la academia. La precedente reflexión, permite partir desde lo que aquí se describe como sub-dimensión académica, fundamentada en la investigación patrocinada por las grandes corporaciones transnacionales quienes a la postre terminan patentando como suyos los resultados científicos y tecnológicos resultantes de las investigaciones. En nuestro caso particular se hace referencia a aquellas investigaciones bióticas, humanas y medioambientales. Dado a que, es notoria y sentida la gran debilidad económica persistente tanto en las instituciones públicas de salud, como en nuestras universidades para atacar las recurrencias y encontrar el porqué de los problemas con la celeridad deseada. Aunado a ello subsiste el comprobado déficit que no solo presenta Venezuela, sino el contexto latinoamericano y caribeño en la formación de investigadores con respecto a los países industrializados.

Esta conjetura se desprende en proporción de estimaciones realizadas, por calificadas instituciones entre las que destaca La UNESCO testimonian que nueve de cada diez científicos trabajan en países que solamente representan la tercera parte de la población mundial y lo que es peor, un número considerable de esos científicos proceden de países tecnológicamente poco avanzados. En realidad, este es un caso digno de una revisión histórica. En consecuencia, se menciona al espacio de tiempo comprendido entre la primera mitad de la década de los 60 y buena parte de la década de los 70, cuando estimulados por recomendaciones de conferencias

auspiciadas por UNESCO y OEA, diversos países entre ellos Venezuela conscientes de la gravedad de esta situación, crearon sus organismos centrales de investigación.

Importa así mismo destacar, que en principio, estos organismos, no fueron denominados Consejos de Investigación, sino de Ciencia y Tecnología. Tampoco son vinculados a los Ministerios de Educación, sino a los de Planificación, caso del CENDES y desde entonces han establecido una estrecha relación entre la ciencia y la técnica con la planificación del desarrollo económico-social. Oportuno sería mencionar, que también en esa época, fue cuando surgió el concepto de sistema de Ciencia y Tecnología, y se procura buscar coordinación entre las distintas instituciones que actúan en el campo. En este contexto, Pellegrini y otros (Julio 26-27 de 1996) como producto de un ciclo de conferencias desarrolladas en el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo IDERC, concluyen que.

A fines de la década de los 70 empiezan a aparecer indicios de limitaciones de ese enfoque, empezando por los conflictos generados por las resistencias de la comunidad científica a la influencia creciente de economistas y planificadores en el proceso de elaboración de las políticas científicas. El propósito de crear un sistema de C&T orgánicamente articulado con las políticas de desarrollo económico social nunca se ha cumplido, a pesar de reiteradas manifestaciones de esa intención en planes y programas de desarrollo de la mayoría de los países de la Región. Con excepción de algunos éxitos puntuales, las políticas en este campo siguieron orientadas fundamentalmente al fortalecimiento de la oferta, es decir, fueron dirigidas a apoyar con recursos públicos proyectos y grupos de investigación, sin que se lograra establecer mecanismos de articulación institucional entre la investigación, el desarrollo, y la producción de bienes y servicios.

Los más recientes trabajos de investigación, sobre las políticas de ciencia y tecnología, junto a las de Salud, el IDERC (op.cit), deducen que la organización y desarrollo de la actividad científico-tecnológica en salud surge de la influencia de esos determinantes generales, a las cuales se agregan los cambios sectoriales específicos. Algunos de esos, son los nuevos problemas derivados de la transición demográfica y epidemiológica, con su consecuente impacto sobre la salud y las controversiales modificaciones en las condiciones de estilos de vida en individuos y grupos sociales, incluyendo las implicaciones políticas y económicas contenidas en cambios insertos tanto en el seno las organizaciones rectoras como en el

financiamiento de los servicios de salud. En sentido específico, la precitada sub. dimensión académica de investigación, guarda estrecha relación con la producción de los servicios e insumos para la salud, los cuales, además de cumplir su función fundamental en contribuir a mejorar la situación de la salud, adquieren cada vez más una dimensión económica y tecnológica, ya que constituyen un sector privilegiado para: el desarrollo, la incorporación y adaptación de nuevas tecnologías de interés para sectores coadyuvantes como: las biotecnologías, nanotecnología, microelectrónica, química fina, nuevos materiales y otras, utilizadas para la producción de medicamentos, inmunobiológicos, y equipos médicos, entre otros insumos.

Dentro de éste contexto investigativo, Briceño León (1999. Pág.119) exhorta que entre 1987 y 1990, conjuntamente con otros cuatro países de América Latina, el CENDES llevó a cabo un estudio en torno a las características de la investigación sobre salud en Venezuela. Para ello se delimitaron las nociones a utilizar, entendiéndose que la salud representa una actividad hecha por muchas disciplinas fuera del campo estrictamente médico, basándose en la nomenclatura de la UNESCO y que, a la postre subyace una gran carencia de investigadores en este campo. Esta información se corrobora con el informe anual registrado línea <http://www.ppi.org.ve>. (2006) donde se aprecia que Venezuela tiene un índice de 0.25 investigadores por cada 100 habitantes.

Durante la segunda mitad de la década de los 80, en Venezuela, el número de científicos y tecnólogos estaba en aproximadamente 4.384, es decir, 2.74 científicos por cada 10.000 habitantes. Aún cuando, posteriormente, se observó un ligero aumento esto todavía representa un déficit de 7.26 científicos en relación con la norma de 10/10.000 establecidas por la UNESCO. Para fines de los 90 e inicios del 2000, como producto del desarrollo de algunos programas de promoción al investigador, la cifra anterior en términos brutos pareciera que se hubiera incrementado, sin embargo, al hacer el cálculo con relación a lo esperado por la UNESCO se observa que no ha habido un incremento en el número de investigadores. Si se toman como pertinentes, los datos suministrados por la Fundación Venezolana de Promoción del investigador (2003), tenemos que para

1990, se encontraban reportados como investigadores en el país solo 747 profesionales en sus cinco categorías. Esta cifra ha ido incrementándose al punto, que para el 2002 hay reportados como investigadores 2.831 profesionales de diferentes instituciones. Este incremento ha sido desde 1990 representa el 135,84% de investigadores. Sin embargo, pese al incremento aún Venezuela no llega a cumplir con las exigencias de la UNESCO.

De igual modo, es importante reconocer que durante años, muchos expertos en el área de la gestión humana han venido sosteniendo que, realmente son pocos los resultados hasta ahora logrado por las universidades venezolanas en materia de inculcación de valores éticos y morales a sus egresados, para que coadyuven, a una adecuada alineación del denominado capital intangible dentro de los procesos internos de las organizaciones del sector público, en materia de prestación de servicios y gestión de Conocimiento, lo cual, equivaldría ser sus ventajas competitivas y comparativas en una adecuada prestación de servicios.

Thurow (1996. Pág.79) se refiere a la ventaja comparativa desde un contexto histórico, y añade que la misma, guarda estrecha relación con la teoría clásica, que fuera desarrollada para explicar la ubicación geográfica de la industria en los siglos XIX y XX, en correspondencia con la ubicación de la producción, la cual dependía de dos factores: la provisión de recursos humanos y las proporciones del factor capital / mano de obra (la abundancia relativa de capital y mano de obra). Mientras que la ventaja competitiva, aventaja a la comparativa porque su estructura irónicamente fue centrada en el capitalismo. Esto, quedaría evidenciado en aquella histórica moraleja sostenedora que el capitalismo (80) es un proceso de destrucción creativa, por medio del cual, las nuevas y pequeñas empresas dinámicas, reemplazan continuamente a las viejas y grandes compañías que no han sido capaces de adaptarse a las nuevas condiciones. Simple y llanamente por que no investigan. Es decir no aplican la formula $I+D = a$ Investigación y Desarrollo.

En esta dirección, conviene entender las bases en que se apoyan las teorías clásicas para favorecer las corrientes capitalistas y, a partir de ellas, establecer planteamientos, inclusive, sin ningún tipo de fundamentación teórica que aluden a

estructuras como gestión del conocimiento; uno de sus principales aliados, a la hora de acometer tamaños actos de sesquipedalismos al margen de la ética en el ámbito público, entre los que cabe mencionar el incondicional favorecimiento al sector privado desde las universidades públicas. Entonces, es allí cuando surgen banales aseveraciones indicando que no necesariamente la ética pública debe y tiene que ser dominada ni puesta en práctica para generar ganancias de capitales. En ese sentido, Thurow *Ibíd.*, “critica que la ética en el campo de las empresas privadas, pudo haber tenido sentido en la era de la teoría clásica de la ventaja comparativa; pero, realmente hoy día, tiene muy poca cabida cuando se habla de ventajas competitivas, porque se promueve la desteorización.

Al hacer una ligera revisión a la trascendencia de las teorías clásicas y las etapas en que se han venido soportando los estudios de la administración se suscribe que a finales del siglo diecinueve, sobre manera en Europa, se produce una etapa evolutiva en el estudio de la administración, al presentarse un aumento en la capacidad de los individuos para alcanzar metas mediante acciones conjuntas. Posteriormente, al culminar la década de 1930, el estudio de la administración pública entra en un periodo de expansión de la actividad y desarrollo del intelecto hacia diferentes campos del conocimiento, los cuales relativamente llegan a Venezuela un tanto tarde, si se le compara con su implantación en el viejo mundo. Pero si se establece comparación con los adelantos internos, sería todo lo contrario; dado que para entonces, el contexto administrativo venezolano, en realidad, requería muy poco de tales innovaciones, dado a los incipientes adelantos en que habían evolucionado según indicaban tanto: La Administración Pública, como la Sociedad Industrial venezolana y la academia que tampoco estaba muy desarrollada hacían presumir que en definitiva se requería muy poco de aquellos conocimientos.

Sin embargo, a la par del lento desarrollo de la academia, en materia de salud cabe reconocer que la Administración Pública vino marcando un leve progreso que tardaría en manifestarse un poco más de medio siglo después que en 1936 se funda el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, cuya estructura organizacional marcaría el despegue de la Administración y rectoría de la salud en el país. No obstante, cabe señalar que, a raíz de la creación de la Comisión Para La Reforma Del Estado

COPRE, los gobiernos que habían ocupado el poder durante las décadas de los años 80 y 90 hicieron algunos esfuerzos por direccionar la administración pública venezolana hacia un contexto proactivo, que buscaba equilibrar el sistema de gobierno un tanto corrompido por desmanes cometidos en nombre de la democracia venezolana. Sin embargo, sus resultados, quedarían evidenciados como exiguos si se le compara con los esfuerzos invertidos en aquel intento.

Una evidencia histórica de aquellos esfuerzos, quedaría plasmada en el foro iberoamericano de los Valores Éticos por la Democracia, celebrado en la Isla de Margarita el 15/10/1997, con el auspicio de: El CLAD, Secretaria Pro-tempore de la VII Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estados y de Gobiernos, El Ministerio de Relaciones Exteriores de Venezuela y la COPRE. En este evento, se organizaron exposiciones que abordaron entre otros, temas puntuales como: Participación Ciudadana, Repercusión sobre la Ética de la Administración Pública; Convención Interamericana contra la Corrupción; Desregulación como medio de Disminuir ocasiones de Violación de la Ética Administrativa; Organismos Ad-Hoc de Lucha contra la Corrupción y códigos de Ética. Sin embargo, para ese momento considerado como muy importante para la administración pública, no fueron tocados los temas de: gestión de Recursos Humanos, ni mucho menos, Gestión del Conocimiento. Para ese entonces la Administración Pública, fue vista desde la óptica de las políticas de estado, más no como fortalecimiento y transformación del país.

En concordancia con el CLAD, (1998) entre los estudios nacionales abordados en el foro destacan dos núcleos conceptuales básicos estrechamente relacionados entre sí. Primero.- La profesionalización de la Función Pública, vista como el proceso a través del cual las instituciones estatales adquieren un conjunto de atributos que les permiten disponer de personal con aptitudes, actitudes y valores requeridos para el desempeño eficiente y eficaz de sus actividades. Un segundo núcleo se percibe en “La nueva gestión Pública”. La cual en un primer momento implica abandonar la concepción burocrática tradicional, de tipo clientelar para adoptar una nueva gestión pública orientada a flexibilizar las organizaciones del estado en pro del estado mismo.

A tales efectos, la búsqueda de una nueva gestión pública perseguida desde este contexto investigativo, estaría más bien direccionada hacia la consecución de un adecuado concepto de modelo gerencial que permita direccionar la función gubernamental hacia todos y cada uno de los establecimientos desde donde se prestan servicios a la salud. Esta concepción gerencial, estaría llamada a vincular cada una de las diversas áreas y especialidades médicas, con la salud pública. Dado que hasta ahora, la singular separación entre ellos, ha venido siendo estimulada más por el singular carácter del capitalismo rentístico promotor del empleo público exedentario marcado por la concepción burocrática, donde cualquier concepto de evolución no se distancia más allá de un cúmulo de aspectos meramente cuantitativos, en los que sin duda alguna, terminan siendo sumamente escasos los aspectos cualificativos en la calidad del servicio prestado y obviamente casi nula la praxis preventiva.

4.4.-Teorías y Modelos imperantes En Salud Pública

Escoger un modelo predominante en el campo de la salud pública, para apoyar la explicación de la gestión del conocimiento sobre la salud comunitaria no resulta viable, dado a que no solamente dificultaría la incorporación de elementos históricos culturales y sociales que permitan comprender el conocimiento gestionado en función de la salud comunitaria sino que se estaría obviando cerca de una treintena de teorías y más de veinte modelos que en buena medida fueron usados en América salud pública durante el siglo veinte. Puesto que, un sistema de esta naturaleza debe abrirse a todas y cada una de las tendencias porque eso le facilitará estar en correspondencia con el abc del arte de la salud pública y poblacional. Es por ello que, bajo esta perspectiva, la concepción de un paradigma prospectivo se convertiría en una guía que permita obrar de manera teleológica sobre el fomento de la vida con criterios de valores que impulsen el cuidado de si, sustentados en la participación comunitaria para promocionar la salud, en ámbitos sociales con elevados índices de exclusión y pobreza de consciencia.

Al no existir una consciencia del cambio como condición necesaria para la interrogación prospectiva”; cabe asumir que por lo complejo de la problemática que circunda estos espacios donde cohabitan los grupos sociales a ser intervenidos, no resulta fácil desarrollar un trabajo de transferencia de saberes en torno a la salud y la vida centrados en un orden rígido o lineal; dado a que, existen comunidades enteras sin escuelas, ni posibilidades remotas de acceso a otros espacios donde sí las hay. Aunque es digno reconocer, que aun cuando adolecen de herramientas para prolongar como diría Heidegger el descubrimiento continuado, de la interpretación de si, mantienen sus propias costumbres y tradiciones que en cierta medida les han permitido empíricamente en el tiempo, acometer ciertos cuidados de si.

En casos como estos, la complejidad aumenta, cuando se intentan abordar entornos comunitarios para desarrollar labores de gestión de conocimiento en salud pública, obedeciendo la linealidad de un solo paradigma, sin precaver que en estos escenarios, junto a problemas de tipo técnico, confluyen problemas en redes con causalidades culturales-humano-sociales de diversas índoles. De allí que el punto discutible, subyace en la necesidad de cambiar patrones vigentes de salud, en escenarios donde coexisten personas imbuidas en: extendidos estratos de pobreza⁴⁵, diferenciados grados de exclusión, bajos grados de conocimiento en educación formal, y por extensión, elevados grados de ignorancia en materia de prevención de enfermedades, marcados además, por desconocer la nosogenia o el modo como operan los agentes patógenos que constantemente les asechan. En base a estas conjeturas, surge un planteamiento que convida de manera integradora a hacer uso de diversos modelos y/o teorías preexistentes en las ciencias sociales. O en su defecto, cabría construir un nuevo modelo de promover el cuidado de si teniendo como dirección la salud fundada en la valoración de la vida.

⁴⁵ Rivero Mendoza (2006.Pág.35) sostiene que, antes de dar una definición de pobreza Majid Rahnema (2005) comienza señalando que, la palabra pobreza, jamás ha tenido el mismo sentido en todo el mundo, o sea, el concepto es una construcción social imposible de definir según un plan universal. Parece un hecho que los pobres, no tienen nada que ver con lo que se dice que son. Ningún pobre se parece a otro. Y puede preguntarse primero, ¿pobre de qué? ¿En plata, en relaciones, en inteligencia, en vacas, en niños, en amor, en salud?

Esto explica, la necesidad de integrar teorías y modelos vinculados a diferentes disciplinas para abordar temas de gestión de conocimiento en materia de prevención de enfermedades, promoción de la salud y valoración de la vida como esencia de la existencia humana. En consecuencia, se requiere establecer delimitación entre modelos o teorías dominantes en salud pública, y las teorías y modelos en el agregado de sistemas de salud, dado a que estos, cada vez mas, vienen marcando diferencia entre: prestación de servicios médicos, atención, a la salud poblacional, y pública. Por consiguiente, conviene dejar claro que, al planear la salud pública de manera proferente, ésta, va más allá de la suma de todos los servicios médicos.

Para efectos de, alcanzar estructurar un modelo prospectivo de gestión de conocimiento, que a la par de generar cambios de consciencia y actitudes humanas, viabilice el desarrollo longitudinal de un análisis sistémico que permita explicar desde una visión holística los resultados y logros en un orden morfológico y dinámico, lo cual, haría que un sistema nacional público, resulte contrario al modo como usualmente se han pretendido desarrollar los sistemas de salud en los últimos años de manera segmentados, privados, hasta llegar al más reciente concepto de “pluralismo estructurado”.

Este concepto de “pluralismo estructurado”, fue redefinido por los apologistas neoliberales con el afán de hacer sistémico lo imposible, para tratar de explicar o negar la fragmentación que ha dejado el mercado en las reformas de servicios de salud durante los últimos 15 años. Más recientemente, incluso por recomendaciones de organismos internacionales relacionados con las políticas de financiamiento, se propuso un modelo de clasificación que va en la dinámica de las reformas. En esta dirección, establecen clasificaciones siguiendo el esquema de: sistemas segmentados, sistemas intensivos en el uso de contratos, sistemas públicos integrados y sistemas públicos administradores de contratos *donde ha venido calzando los regímenes de seguridad social*.

En el caso particular de este estudio, se trata de analizar del Sistema Público Nacional de Salud venezolano, el cual se corresponde a un modelo integral que funcionaría según su marco legal, (Art. 2) de manera intersectorial y participativo tendente a integrar políticas, planes y acciones, así como los órganos, entes y servicios de salud del sector público destinados a promocionar la calidad de vida y salud. Para tales efectos, se retoma el curso de la salud pública como un compendio de acciones que se constituyen poco a poco en una transdisciplina autónoma, en el sentido de estar integrada por un conjunto de proposiciones articuladas dentro de un cuerpo teórico, sujetas a verificación empírica y confrontación política. Dado que los servicios a la salud, se inscriben dentro de un orden político de acción, porque siguen orientaciones o directrices que rigen la actuación de personas o entidades en ese campo siguiendo por supuesto un orden teórico-filosófico.

Como es bien sabido, *las teorías buscan soluciones a problemas propios de una disciplina y de su objeto de conocimiento*; en salud pública esta búsqueda de soluciones, insoslayablemente debe enfocar los problemas relacionados con: la vida, la salud y la manera de enfermar y morir en las poblaciones. En este orden de relaciones, se infiere que las teorías y modelos en salud pública deberían mantener simultáneamente enfoques conceptuales y metodológicos coherentes con el objeto de estudio o salud poblacional, donde se coloque el resguardo de la vida del ser humano como centro de acción en sus diversas etapas. **La Primera**, etapa de la salud pública comenzaría en 1830 con un movimiento en el Norte de Europa, el cual estaría orientado principalmente a estimular mejoras en las condiciones de vivienda, con un aprovisionamiento de agua y alimentos bacteriológicamente seguros. Posteriormente surgen unas primeras teorías centradas en las personas que fueron utilizadas por estudiosos de la salud pública en sus incipientes inicios. Para efectos de esta investigación se hace una leve revisión cronológica a 29 teorías a partir de un trabajo realizado por Cabrera G. 1999, en La Universidad de Sao Paulo Brasil y que fuera citado por Gustavo A. Cabrera 2004.

Cuadro 7: Teorías usadas en salud pública en el siglo XX

TEORIA	AUTOR	AÑO
Condicionamiento clásico e instrumental	Thorndike	1898
Condicionamiento estímulos respuestas	Ivan Paulov	1925
El conductismo	John Broadus Watson	1913 y 1930
Hacia el cognitivismo	Tolman	1932
Patrones de estímulo respuestas	Burrus Frederic Skinner	1935 y 1953
Campo dinámico de personalidad	Kart Lewin	1935 y 1953
Motivacional del comportamiento	Hull	1943
Imitación y aprendizaje social	Miller y Dollard	1941 y 1950
Cognitiva de expectativas y consecuencias	Rotter	1950
Decisiones comportamentales	Edwards	1952
Aprendizaje social	Rotter	1954
Teoría de la personalidad, conductismo	Bandura	1962 y 1977
Necesidades humanas	Maslow	1954
Análisis comportamental	Tolman	1955
Determinantes de riesgo comportamental	Atkinson	1956
Disonancia cognitiva	Festinger	1957
Difusión de innovaciones	Rogers	1962
Locus de control	Rotte	1966
Atribuciones	Kelley	1967
Acción racional	Fishbein y Ajzen	1970
Actitudes	Triandis	1971
Motivación y protección en salud	Rogers	1975
Toma de decisiones	Janis y Mann	1977
Comportamiento en salud juvenil	Jessor y Jessor	1977
Autoeficacia	Bandura	1977
Procesamiento de la información	Bettman	1979
Comunicación de masas	McGuire	1981
Comportamiento social	Triandis	1985
Prevención de recaída	Marlatt y Gordon	1985
Comportamiento planeado	Ajzen	1985
Consumidor en salud	Wilkie	1986
Información y comportamiento	Winnett	1986
Cognitivo social del comportamiento	Bandura	1986
Empoderamiento	Freire	1969
	Rappaport	1981
	Bernstein, Zimmerman Wallerstein, Labonte,	1984 a 1999

Elaboración Propia del autor (2008) a partir de Gustavo A. Cabrera (2004)
Teorías y Modelos en Salud pública del siglo XX

La primera fase de la salud pública duraría unos 40 años. Luego en (1870), los avances teóricos desarrollados en el viejo mundo fuerzan la ruptura con los cuarenta años de aquel primer movimiento, y se abre paso a una **Segunda etapa** la cual vino con un planteamiento fundado en la teoría microbiológica de la enfermedad, de allí precisamente surge la inmunización y la vacunación. En este período se desarrolla y toma fuerza el concepto biologista el cual empieza a gestarse a partir del descubrimiento de la bacteriología y la microbiología. Respecto a esta fase, es importante recordar que nace para fortalecer políticas de servicios de salud por parte del estado a los pueblos con la instalación de: nosocomios, hospitales, consultorios y/o dispensarios. A esta etapa, también se le conoce como individualista porque habiéndose iniciado con la finalidad de introducir la teoría microbiológica de la enfermedad luego traspasaría las fronteras demarcadas para sus fines y genera una especie de comportamientos estancos que luego sería extendida a toda la práctica médica desarrollada por el modelo médico curativo-cuantitativo.

Importa asimismo señalar, que aún cuando la **tercera etapa** de la salud pública en el mundo comenzaría en 1930, Venezuela quedaría marcada por ella, dado que, en el año 1936 de esta década fue creado el Ministerio de Sanidad. Mientras tanto, en el viejo continente surgía el advenimiento de antibióticos e insulina, respondiendo así las demandas de grandes hospitales especializados, lo cual no tardó en trascender al fortalecimiento del modelo curativo-restitutivo. Otra de las características específicas de esta tercera etapa radica en el desarrollo de una gama de concepciones teóricas surgidas a lo largo del siglo XX, para favorecer la salud pública, entre las que serían dignas de mencionar, aquellas que habiéndose generado en diferentes escuelas y contextos ideológicos del mundo; aun, cuando sus encuadres teóricos guarden poca o ninguna relación con la salud pública dentro de los diversos contextos comunitarios. Pero, en buena medida, casi todas fueron tenidas como validas, y por tanto, empleadas de manera exponencial, sin importar el resultado de las acciones encaminadas a posicionar esquemas de salud pública en América Latina.

Cuadro 8: Modelos usados en salud pública en el siglo XX

AÑO	AUTOR	MODELO
1957	Binswanger	Análisis existencial
1958	Leavell y Clark	Preventivo en salud
1958	Hochbaum y Rosenstok	Creencias en salud
1961	Bennis, Benne y Chin	Cambio organizacional
1967	Nyswander	Sociedades abiertas
1973	La Framboise	Territorios de salud
1974	Lalonde	Campo de salud
1976	Wallston y Wallston	Locus de control en salud
1978	Kar	Psicosocial del comportamiento
1979	Tones	Acción en salud
1979	Antonovsky	Salutogénico
1979	Prochaska	Transtéorico del cambio
1980	Vouri	Médico preventivo de educación
1980	Green y Kreuter	Precede
1983	Catford	Indicadores positivos de salud
1984	Mc.Leroy	Ecológico de salud
1988	Hancock	Ecológico de salud
1990	Baranowski	Determinismo recíproco del cambio
1990	Tannahill	Triesférico de promoción
1991	Green y Kreuter	Precede -proceed
1995	Gillies	Alianzas promotoras de salud
1996	Haglund	Análisis estratégico-HELPSAM

Elaboración del autor (2008) a partir de Gustavo A. Cabrera (2004) Teorías y Modelos en Salud pública del siglo XX

Al seguir el curso histórico de la salud pública, entre las corrientes de pensamiento más notorias en las últimas décadas, figuran los siguientes enfoques e hipótesis. Además del interaccionismo, existe el funcionalista⁴⁶, positivista, el constructivista y micro cultural, el marxista y estructuralista entre otros.

⁴⁶ En sociología, el funcionalismo explica las instituciones sociales mostrando las funciones que realizan; las funciones son aquí las consecuencias que se siguen de tales instituciones. Se considera que la sociedad está formada por un conjunto de sistemas sociales, que se estudian en términos de relaciones de una parte con otra de la sociedad o con toda la sociedad. El análisis funcionalista, inspirado en un modelo biológico, fue introducido en sociología por Emile Durkheim, en Francia, y Herbert Spencer, en Inglaterra. En la antropología cultural el funcionalismo ha sido un enfoque metodológico que enfatiza la parte que cada unidad cultural desempeña en la totalidad de una cultura determinada.

Cuadro 9: Algunos Modelos de Salud pública Usados en América Latina desde el Siglo XX

Año	Autor	Modelo	Sustento Teórico	Características
1848	Jules R. Guérin	Medicina Social	Se relacionaría luego a las Corrientes: neopositivista, neokantista y materialista marxista	Está relacionada con: la salud colectiva, la clásica salud pública y a las corrientes preexistentes en Medicina y sociedad
1963	Cokcburn	Cokcburn	Aproximaciones al fenómeno Salud y Enfermedad Teoría multicausal	Estaría fundado en: explicación, evaluación y erradicación de la enfermedad. Trabajaría por contrarrestar el ya tradicional modelo epidemiológico, fundado en el binomio salud-enfermedad.
1965	Leavell y Clark	Prevención primaria: Leavell y Clark	Se funda en evitar predisposición al daño mediante la aplicación de un modelo de prevención.	Se inclina al fortalecimiento de: Promoción de la salud, protección específica. Prevención secundaria: Diagnostico temprano tratamiento oportuno, limitación del daño. Prevención terciaria: Rehabilitación.
1975	Marc. Lalonde	Canadiense de Lalonde	Campo de la salud	Se caracteriza por introducir la interacción de cuatro variables: Biología humana (genética, envejecimiento). Medio ambiente (contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural) el sistema de asistencia sanitaria y Estilos de vida.
1976	G. E. Alan Dever	Epidemiológico de Dever	Análisis de indicadores sociales y políticas de salud.	Este modelo explicativo mantiene vigencia se corresponde con el de "campo de la salud" propuesto por Marc Lalonde y utilizado por Dever como base de su propuesta de "modelo epidemiológico para el análisis de una política sanitaria". Ambos son coincidentes, en esencia, con el propuesto por Blum.
1981	Blum	Campo de fuerza de la salud	Planificación para la salud	Encuadra un orden de relaciones que caracterizan los modelos holísticos en relación a: factores somáticos, psíquicos, y sociales que giran en torno a la salud; y a su vez, integra: recursos naturales, herencia, sistemas culturales, medio ambiente, servicios de salud, equilibrio ecológico, estilos de vida y satisfacciones humanas.
2000	Acheson	Socioeconómico de la Salud	Desigualdades socioeconómicas de la salud	Algunas de las medidas pueden ser consideradas simples, en el sentido en que se basan, exclusivamente, en calcular razones entre tasas de mortalidad o diferencias en las tasas de mortalidad en grupos situados en puntos extremos de las sociedades Otras medidas de desigualdad en salud integran el elenco de medidas utilizadas habitualmente por la Epidemiología para evaluar diferencias en los riesgos de muerte o de enfermedad, como la razón de los productos cruzados

Elaboración Propia del autor (2008) a partir de Gustavo A. Cabrera (2004) Teorías y Modelos en Salud pública del siglo XX

La teoría ecosocial. Integra, el razonamiento biológico-social con perspectiva histórico-ecológica de distribución de enfermedades, en un marco ecosocial, y otros marcos epidemiológicos de niveles múltiples, que están surgiendo, y que además, pretenden integrar la teoría sociológica y biológica, en una perspectiva dinámica para obtener nuevos conocimientos, acerca de los factores determinantes de la distribución de las enfermedades en la población, y del efecto de las desigualdades sociales sobre la salud. Siguiendo a Krieger (2001.Pág.6), se aprecia que, “lo más

importante es la trayectoria seguida por el desarrollo las personas (tanto biológico como social) a lo largo del tiempo, el cual, está conformado por el período histórico en que vive, y en relación con: el marco social, económico, político, tecnológico y ecológico de la sociedad a la que pertenece”. Según esta autora, un componente adverso a este curso de vida; puede ser un estímulo o un insulto, ya que ambos, pueden generar implicaciones en el “proceso por el cual, opera el período crítico del desarrollo, denominado así por Krieger “programación biológica”, por considerar que este pueda tener una importancia perdurable para toda la vida de la persona”.

En contraposición al funcionalismo, se explica el modo, como surgen otros enfoques basados en el interaccionismo; y como las concepciones culturales presentan otra manera de interpretar la salud pública en un orden logrado entre la ecología general y las sociedades. Cierta noción de ello, se explica en el Haelth Promotion Glossary 1998 donde queda signada la salud pública como: “Ciencia y arte de promover la salud, prevenir las enfermedades y prolongar la vida, a través de los esfuerzos organizados de la sociedad”. Aunque cabe significar, que más recientemente han surgido enfoques derivados de sinergias disciplinarias como la teoría social de la salud, y otras corrientes transdisciplinarias que incluyen el embodiment. Al respecto, Álvaro Franco (2006.Pág.11) expresa que este concepto de “embodiment”, “pretende explicar, tanto la manera con la que se incorporan en el cuerpo biológico las circunstancias materiales y sociales del mundo en que vivimos, desde el nacer, antes de enfermar y hasta la muerte; así cómo, la historia individual y social que atraviesa las maneras de existir, enfermar y morir”.

Otros Modelos son: el de los factores de riesgo. El Modelo de Blum y La Teoría Histórico Social, de la cual se sirve La OMS para diseñar las políticas y estrategias de salud para todos en el año 2000. A la luz de estas consideraciones, es viable referir el trabajo de Cokcburn logrado en el año 1963, bajo la definición de “Aproximaciones al fenómeno Salud y Enfermedad”. Este autor, basándose en un anterior trabajo suyo fundado en: explicación, evaluación y erradicación de la enfermedad trabajaría por contrarrestar el ya tradicional modelo epidemiológico, fundado en el binomio salud-enfermedad. Posteriormente una nueva indagación le condujo a establecer la marcada separación entre: el agente causal o etiológico de la

enfermedad, el hospedero donde se aloja el agente y el medio ambiente, propicio para la reproducción de dicho agente, tal y como se aprecia en la figura 16.

Figura 16: Triada Ecológica de Cokburn



LA EVALUACION Y ERRADICACION DE LA ENFERMEDAD. COCKBURN, 1963

Fuente: <http://www.udea.edu.co>. Universidad de Antioquia. Colombia (consultada 22/11/2007)

La figura 16, presenta la primera versión de este modelo integrado por: agente, huésped y medio ambiente. Al respecto, Malagón Londoño y Galán Morera (2005.Pág.42) sostienen que, “aunque sigue siendo una triada muy orientada a la externalidad del agente causal en relación con el huésped, lo cual hace que este modelo sea el verdadero soporte de la teoría multicausal por entrar a reconocer la importancia del ambiente en la génesis de trastornos para la salud, así sea de una manera contextual”. Es decir, que pueda operar en áreas específicas como las minerías, contextualizadas en regiones selváticas donde la malaria por ejemplo resulta ser muy común. En el devenir del tiempo, esta tríada fue modificada o más bien reforzada, con el propósito de darle un viraje hacia los factores sociales, de tal manera, que su nueva estructura se integra en el siguiente orden: agente, huésped, medio ambiente, y factores condicionantes. Respecto a esta modificación, se estima valida la opinión de Malagón Londoño y Galán Morera (2005.Pág. 42-43).

Con la tríada ecológica se creía superado el problema explicativo de la enfermedad pero ante las medidas tomadas, especialmente para las enfermedades tropicales, basados en este modelo y la persistencia de las mismas en los países subdesarrollados, se planteó que los factores medioambientales no eran solo del orden biológico y natural sino que debía haber factores condicionantes del orden socioeconómico y administrativo que debían tener una relación estrecha con la enfermedad. Esto permitió ampliar el discurso a categorías que superan la simple idea de multicausalidad.

Cabe interpretar de manera sistémica, que los factores de orden socio económico y administrativo en si mismos no deban tener la exclusividad de ser condicionantes en la multicausalidad de las enfermedades humanas. Históricamente se ha comprobado que existen otros factores. Inclusive, cabe explicar el modo como suelen darse casos de contraer enfermedades en escenarios con características de contextos muy adversos, por ejemplo; malaria, o dengue, tanto en un área rural e inhóspita, como en la ciudad. En cualquier momento, ambas enfermedades pueden ser prevenibles, siempre y cuando, la persona sepa cuidar de si, y mantener cautela, ante la exposición a riesgo en ambientes donde quepa suponer que existan condiciones viables para que se reproduzcan los agentes patógenos o causales de este tipo de enfermedades. En estos casos, el cuidado de si, debe partir de grados de consciencia absoluta de las personas cuando alcancen dominar conocimientos a cerca del cuerpo y del ambiente. Respecto al cuerpo, cada persona debe y tiene que estar consciente de la manera como operan los binomios: salud-enfermedad, vida-muerte, ya que antológicamente ambos poseen propiedades trascendentales que les hace corresponderse. En esta dirección apuntaría Foucault (2006.Págs.22-23)

El orden de la enfermedad no es, por otra parte, sino un calco del mundo de la vida: las mismas estructuras reinan aquí y allá, las mismas formas de repartición, el mismo ordenamiento. La racionalidad de la vida es idéntica a la racionalidad de lo que la amenaza. Éstas no son, la una con relación a la otra, como la naturaleza y la contranaturalaza, sino que, en un orden natural que les es común, se encajan y se superponen. En la enfermedad se reconoce la vida, ya que es la ley de la vida la que funda, además, el conocimiento de la enfermedad.

No obstante, Malagón Londoño y Galán Morera (2005.Pág. 43) citan a Leavell y Clark por sostener que en toda enfermedad se pueden distinguir varias etapas. El inicio, generalmente relacionado con una noxa (daño, perjuicio) externa, una etapa de expresión clínica o detectable y una etapa de resolución que puede ser: la recuperación, la secuela o la muerte. Este modelo, aunque no es explicativo sí fue un aporte valioso para la descripción del comportamiento de la enfermedad y aún sigue permitiendo definir los diferentes niveles de atención a los pacientes tanto individual

como colectivamente con acciones preventivas ante la exposición al daño, clínicas o de atención a las personas y el nivel de rehabilitación. Respecto a la rehabilitación, cabe interpretar que es un proceso que puede ser evitado cuando la persona toma consciencia de la noxa. Foucault (2006.Pág.25)⁴⁷ parte de la idea de concebir una medicina que reconozca los fenómenos de la naturaleza de cada enfermedad y buscar en ellos medios que se correspondan a los caracteres o condiciones más generales de un grupo social, pueblo o época para no permitir que las personas enfermen y donde la prevención primaria no deje espacios libres para que sucedan los períodos preclínico y clínico, ni mucho menos los de resolución que tengan que ver con procesos de: secuelas, invalidez y muerte

Aranda (ob.cit. Pág.137) permite interpretar el modo como los precitados autores subdividen estas tres fases de la prevención en cinco, a las que denominan niveles de aplicación de medidas preventivas. Es decir, que dentro de las tres fases de prevención -primaria, secundaria y terciaria- hay a su vez cinco niveles de prevención (Modelo de Leavell y Clark 1965): Prevención primaria: Promoción a la salud, protección específica. Prevención secundaria: Diagnostico temprano y tratamiento oportuno, limitación del daño. Prevención terciaria: Rehabilitación. En cada uno de estos niveles, añade Aranda, siguiendo a Leavell y Clark, pueden aplicarse una serie de medidas preventivas de acuerdo con el conocimiento que se tenga de la historia natural de la enfermedad para intervenir directamente en la ruptura de la cadena epidemiológica la cual explica que, para producir una enfermedad es necesario que exista un agente causal el cual debe y tiene que ser contenida sobre una consistente base de concienciación colectiva. En tal sentido, Aranda (105) sostiene que la cadena epidemiológica se explica así:

Para que se produzca una enfermedad es necesario el agente causal y un lugar donde éste puede sobrevivir (reservorio); seguidamente debe buscar la forma como abandonar el reservorio (puerta de salida) y encontrar entonces el medio de transporte (vía de transmisión) para alcanzar al hombre sano; no

⁴⁷ De aquí el extraño carácter de la mirada médica; está presa en una reciprocidad indefinida: se dirige a lo que hay visible en la enfermedad, pero a partir del enfermo que oculta este visible, al mostrarlo; por consiguiente, debe reconocer para conocer, pero retener el conocimiento que apoyará su reconocimiento. Y esa mirada, al progresar, retrocede ya que no va hasta la verdad de la enfermedad sino dejándola ganar sobre ella y concluir, en sus fenómenos, su naturaleza.

basta con llegar a éste, sino que el agente debe hallar la forma de introducirse (puerta de entrada) en el hospedero susceptible para producirle la enfermedad. Estos pasos que sigue el agente causal para llegar al hospedero constituyen la cadena epidemiológica de la enfermedad o proceso, dada a conocer por Anderson.

Sin ánimos de restar importancia alguna a la prevención secundaria y terciaria, es la prevención primaria la que realmente prima en este modelo, ya que al evitar la predisposición al daño automáticamente se evita llegar al período preclínico. Dicho de otro modo, la persona evita el daño, porque no quiere padecerlo al convertirse en paciente⁴⁸, por consiguiente, mantiene su vida saludable. Este planteamiento, queda reforzado por Foucault *Ibíd.*, cuando concibe el proceso clínico como.

“Estructura necesariamente circular, paradójica y autodestructora de la mirada, cuando ésta se dirige sobre un paciente que puede ser visto como un espacio plano y monótono, donde un conocimiento académico muchas veces distanciados de la realidad de los contextos permite alterar valores en: los espesores, los tiempos, las determinaciones y las causas que pueden estar están dando en sus signos pero eliminados en su significación”.

Por lo general lo que expone Foucault, ocurre cuando los conocimientos de la enfermedad prevalecen sobre lo que se necesitaría saber en torno a la salud y la vida. Cuando además, no existe un sentido de alteridad, porque la impresión por lo que pueda sentir el otro no forma parte de la clínica, y ese dejo de insensibilidad es resultante del mecanicismo imperante en el modelo clínico, el que sólo puede ser evadido imponiendo una conciencia de la prevención y predisposición al daño. Según se explica en esta figura 17 de Leavell y Clark.

⁴⁸ Persona que padece física y corporalmente; el doliente, el enfermo; en propiedad, aquel que se halla bajo atención médica.

FIGURA 17: La Medicina Preventiva en la Comunidad - Modelo de Leavell y Clark (1965)

Fuente: <http://www.udea.edu.co>. Universidad de Antioquia. Colombia (consultada 22/11/2007)

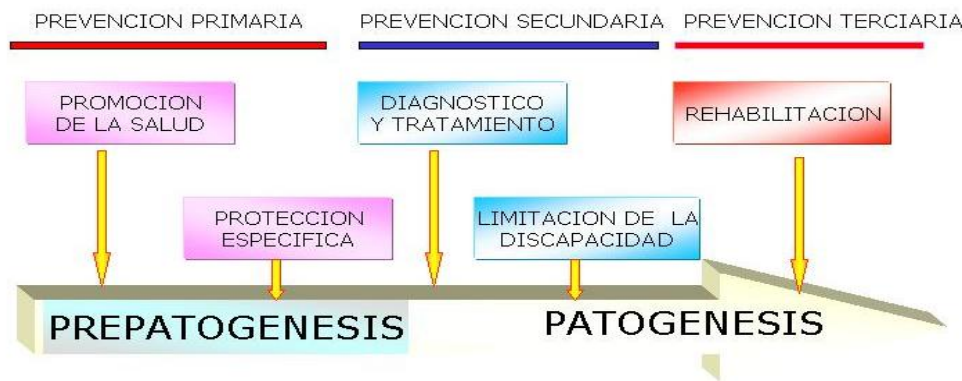
A este modelo también se le conoce como *aproximaciones al fenómeno salud y enfermedad de Leavell y Clark*. En concordancia con las especificidades prácticas de usos, fue renombrado como “El Médico y la aplicación de la medicina preventiva en la comunidad”. Según explica la Figura 20, éste, se caracteriza por la aplicación de tres niveles de prevención a saber: primaria, secundaria y terciaria. En este caso, se asume la prevención como un arte, que adquiere la persona para disponer de ella con virtud, disposición y habilidad para cuidar de sí, cuidar su vida en todo momento. Como bien diría Foucault citado por Fimiani (2006.Pág.64).

La práctica de este *régimen* como arte de vida, entonces, va más allá de la preocupación por evitar las enfermedades o completar su curación, es “una forma de constituirse como un sujeto”, es “un cuidado que recorre la vida cotidiana [...] que hace de las actividades [...] una postura a la vez de salud y de moral [...] que busca finalmente armar al individuo mismo con una conducta racional”.

Entre otros propósitos, este modelo de Leavell y Clark, propone una discriminación de la enfermedad que comienza con evaluar en un primer momento la predisposición al daño, un periodo preclínico, y el periodo clínico que intenta romper con el individualismo de la práctica médica al proponer tres niveles de prevención de

enfermedades⁴⁹, donde el primer nivel destaca por promover la salud, tomando en cuenta a las personas como parte fundamental del propósito de la vida, evitando de este modo que llegue a producirse el acto médico y la persona tenga que convertirse en paciente según lo explica el curso de la figura 18.

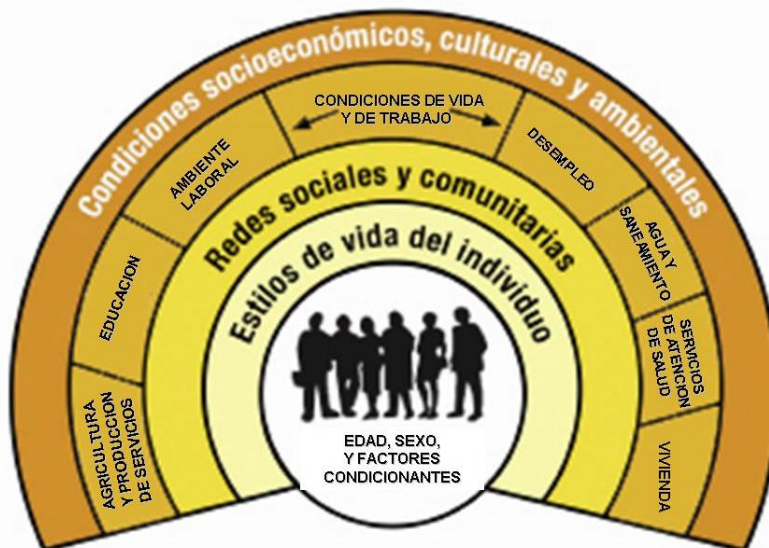
FIGURA 18: La Medicina Preventiva en la Comunidad - Modelo de Leavell y Clark (1965)



Fuente: <http://www.udea.edu.co>. Universidad de Antioquia. Colombia (consultada 22/11/2007)

Además del Modelo de Leavell y Clark, La Teoría Multicausal. La Triada Ecológica simple y la Triada Ecológica modificada, destaca el Modelo de Acheson (figura 19) por su amplitud y coherencia en el empleo de las interacciones y las condiciones sociales ubicadas entre los factores identificados que habían sido identificados por Lalonde y otros a partir de 1974. Cabe significar, que a partir de Dahlgren y Whitehead, Acheson replantaría el Modelo Socioeconómico de Salud que presentó en su influyente informe sobre desigualdades en salud, al gobierno de Gran Bretaña.

⁴⁹ Los niveles de prevención son descritos por Aranda (Ibíd.) del siguiente modo. **Prevención primaria:** Con las medidas de prevención primaria, en el período prepatogénico, se persigue promover un estado óptimo de salud, proteger específicamente al hombre contra los agentes de enfermedad y establecer barreras contra los agentes ambientales. **Prevención secundaria:** Cuando la enfermedad es detectada en los primeros momentos del período patogénico, las medidas de Prevención consisten en un diagnóstico temprano y tratamiento adecuado y precoz. Pero si el proceso es detectado tardíamente, un tratamiento adecuado puede prevenir secuelas y limitar el daño. **Prevención terciaria:** Las medidas de prevención terciaria se aplican cuando la enfermedad ha progresado hasta los últimos estadios de la patogénesis y se ha llegado al defecto o incapacidad. La rehabilitación puede evitar inutilidad completa y absoluta y del derrumbe moral.

Figura 19: Modelo Socio-Económico de Salud

Fuente: Tomado de ACHESON, D. Factores independientes de las Desigualdades de Salud. OPS 2008.

Este modelo, presenta a los principales determinantes de la salud como capas de influencia. Al centro se encuentra el individuo y los factores constitucionales que afectan a su salud pero que no son cambiables y se refieren a determinantes posibles de modificar, comenzando por los estilos de vida individuales. Ante la evidencia consistente en que personas desfavorecidas socialmente tienen peor situación de salud, alrededor del mundo y persistente en el tiempo, la atención a las desigualdades han sido tema de discusión en la agenda política de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Acheson, 2000; Gwatkin, 2000). Teniendo como objetivo reducir las diferencias en las condiciones de salud entre los países y entre los subgrupos poblacionales dentro de los países, a través de la mejora del nivel de salud de las naciones y grupos menos favorecidos, la OMS propuso, recientemente, la inclusión de la medición de las desigualdades en salud como una de las dimensiones de la evaluación del desempeño de los sistemas de salud (OMS, Serie de Informes Técnicos WHO, Ginebra, 2000).

En el mismo curso histórico, que comprende la tercera etapa cronológica recorrida por la salud pública, de manera progresiva se fueron desarrollando otras representaciones como el *Modelo Médico Liberal* basado en la “no enfermedad” y

centrado en lo individual. Este modelo ha sido en el tiempo una especie de aval incongruente de la concepción de la epidemiología clínica, la medicina preventiva y la educación sanitaria. Se dice incongruente porque la epidemiología clínica en cierto modo, choca con los legítimos postulados de la medicina preventiva y en consecuencia con los de la educación sanitaria o educación para la salud. En este mismo orden de ideas se desarrolló el *Modelo Holístico Liberal*. “Más que no enfermedad”, individual. Ha sido en el fondo una especie de concepción factorial en el orden social de la salud humana. Aunado a ello la educación para la salud y la promoción de la salud.

El Modelo Médico Social, también se corresponde con el período histórico que abarcó la tercera etapa de evolución de la salud pública, se funda en la predica de “no enfermedad”, en el colectivo; ésta, ha sido la concepción de la medicina comunitaria, la epidemiología crítica y la epidemiología social. *El Modelo Holístico Social*, representado en propósitos de: “más que “no enfermedad” por su tendencia colectiva se vincula a la concepción de la educación popular (empoderamiento), a la promoción de la salud (Europa, Canadá), la nueva salud pública, la eco epidemiología, la teoría ecosocial, la teoría salutogénica desarrollada por Antonovsky y la medicina social cuya génesis se corresponde con estudios realizados en Europa.

En cuanto a Medicina Social, y sus avances en Latinoamérica, destacan los esfuerzos investigativos desarrollados por Juan César García quien ha sido uno de los pioneros en este campo tan relacionado con la salud colectiva y la clásica salud pública. En consecuencia, se atribuye a García el echo de haber trabajado sobre algunas aproximaciones filosóficas históricas a este modelo al relacionarlo con las corrientes preexistentes en Medicina y sociedad; sobre las cuales conjetura su derivación de las corrientes neopositivista, neokantista y materialista (marxista) respecto a estas tres corrientes cabe decir que ambas son susceptibles de análisis y explicación de los fenómenos en el campo de la salud. Y los trabajos de Jaime Breilh, quien sostiene que los paradigmas científicos no pueden cumplirse al margen de los condicionamientos más amplios de la sociedad, y en este orden de ideas incursión en serios intentos por que sean definidos paradigmas, teorías y modelos en salud pública capaces de afrontar desafíos no sólo en el campo conceptual, sino

también en lo político. Una distinción muy significativa de esta tercera etapa de la salud pública se produce luego de haber transcurrido cuarenta años de su existencia cuando en 1970, surgen dos eventos que resumen su trayectoria. Por un lado, se da inicio a la crítica respecto al modelo curativo, y por otro, a la era terapéutica estos eventos vendrían impulsados por los costos de las nuevas tecnologías y las acciones iatrogénicas (Dícese de toda alteración del estado del paciente producida por el médico) que venían caracterizando este modelo.

La **cuarta etapa**, comienza en (1974) cuando surge la denominada nueva salud pública basada en: cambios sociales, psicológicos y biológicos con una ligera tendencia a generalizar el logro de una salud preventiva. En este modelo, se percibe que los problemas de salud cada vez más obedecen a un orden social y no a factores individuales. Por tanto, requieren de políticas de salud que devendrían apoyados por conocimientos generados desde muchos campos de las ciencias sociales para poder desarrollar la promoción de salud como principal aliada de esta etapa encaminada a mancomunar esfuerzos organizados de las diversas sociedades para generar: la prevención, control y atención de los problemas de salud y para promover una vida saludable. En esta etapa, entran en escena construcciones teóricas como el modelo Canadiense de Lalonde el cual se caracteriza por introducir la interacción de cuatro variables: Biología humana (genética, envejecimiento). Medio ambiente (contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural) el sistema de asistencia sanitaria y Estilos de vida. Asumida en este caso, la calidad de vida como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural, y el sistema de valores en el que vive, con respecto a: sus metas, expectativas, normas y preocupaciones.

De igual manera, modelo de Lalonde destaca por la pertinencia y uso de los métodos cualitativos y cuantitativos los cuales invariablemente han venido formando parte del modelo médico biologista, también conocido como modelo cuantitativista porque a través de él se ha pretendido cuantificar y/o medir todas y cada una de las acciones inherentes a la salud pública incluyendo aquellas que son muy propias de la existencia del ser humano. Otra de las características a resaltar en Lalonde, es la introducción del binomio calidad de vida, y esto le hace trascender porque a su vez

se distancia de la antiquísima concepción de salud-enfermedad. En concordancia con La OMS, la calidad de vida, es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno. La figura 20, permite apreciar en todo su contexto el Modelo Canadiense propuesto por Lalonde en 1975.

FIGURA 20: Modelo Canadiense de Lalonde (1975)

La salud es un campo multidimensional y difuso resultante de



UNA NUEVA PERSPECTIVA DE SALUD EN CANADA. MARC LALONDE. 1975

Fuente: <http://www.udea.edu.co>. Universidad de Antioquia. Colombia (consultada 22/11/2007)

A la luz de los avances científicos y tecnológicos, surge la necesidad de profundizar en la construcción de modelos aplicables a la salud pública desde una óptica mas integradora de conocimientos; por ejemplo, a partir de la desagregación de factores riesgo, surge la necesidad de construir modelos más complejos, con mayores posibilidades explicativas como el Modelo Campo de fuerza de la salud desarrollado por Blum en 1981. Este modelo, encuadra en un orden de relaciones que caracteriza a los modelos holísticos que operan en torno a: factores somáticos, psíquicos, y sociales que giran en torno a la salud, y en virtud de ellos, integra: recursos naturales, herencia, sistemas culturales, medio ambiente, servicios de salud, equilibrio ecológico, estilos de vida y satisfacciones humanas. Las cuales, en muchas ocasiones y por diversas razones pueden llegar a desfavorecer la salud de las personas al retar los factores biológicos. Generalmente, esto sucede cuando las

personas por desconocimiento de las magnitudes de daños, incurren en excesos como, el alcoholismo por ejemplo, cuando es usado de manera consuetudinaria para alcanzar “satisfacciones”, o bien, puede exceder en las comidas hasta incurrir en actos de gula. Allí, se produce una alteración endógena a los factores biológicos del organismo.

La categoría de estilos, representa la parte más interesante de este modelo, dado que permite ampliar el análisis de los factores individuales y sociales de las personas. El estilo de vida como condición ética de una persona, está compuesto por sus reacciones habituales, y por las pautas de conducta, que llega a desarrollar durante sus procesos de socialización. Estas pautas, pueden aprenderse en la relación con: los padres, compañeros, amigos y hermanos, o por la influencia de la escuela y los medios de comunicación, entre otros poderes educadores. Dichas pautas de comportamiento, son interpretadas, y puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y, por tanto, no son fijas, sino que están sujetas a modificaciones. Aunque lo ideal sería, no tener que modificarlas. Esto puede lograrse, siempre y cuando, exista la voluntad de vinculación entre todos y cada uno de los poderes educadores para promover adecuados grados de conciencia en salud desde los primeros años de vida. Ello sin duda, conduciría a llevar un mejor estilo de vida.

FIGURA 21: Campo de Fuerzas de Salud. Blum (1981)



PLANIFICACION PARA LA SALUD. HENRIK L. BLUM, 1981

Fuente: <http://www.udea.edu.co>. Universidad de Antioquia. Colombia (consultada 22/11/2007)

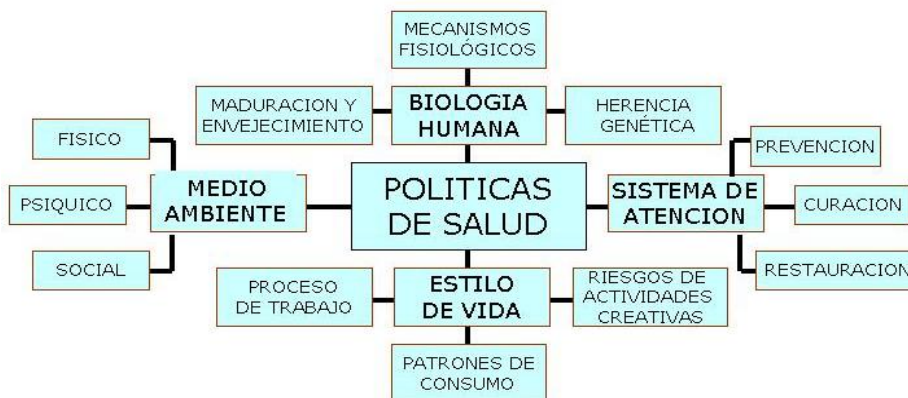
Importa asimismo señalar, que a finales del siglo XX la América Latina en seguimiento de la corriente de pensamiento desarrollada en la Escuela de Frankfurt surgió un debate teórico donde se discutieron los métodos empírico-analíticos, los métodos hermenéuticos y la investigación acción participativa. Del mismo modo, se discutieron los métodos cualitativos y cuantitativos. Finalmente, entraron al debate las concepciones integrales y holísticas fundadas en la sustentabilidad. Entendida aquí la sustentabilidad, como una continuación de viabilidad en el largo plazo, es decir, una tendencia que marca siempre garantías de sobrevivencia.

En consecuencia, importa destacar que para los efectos, se conocen cuatro niveles de sustentabilidad a saber: sustentabilidad del tema, que se consigue manteniendo una alta atención sobre éste en la agenda de todas las partes involucradas; sustentabilidad del cambio de comportamiento, que se logra construyendo habilidades, creando estructuras físicas que apoyen dicho cambio y modificando el ambiente social; sustentabilidad de programas, que se logra integrando actividades en las organizaciones que se responsabilizarán de los programas de salud en el largo plazo, y sustentabilidad de la alianza, la cual viene a ser aquella que se consigue creando y manteniendo relaciones de trabajo armónico con las comunidades para integrar esfuerzos y maximizar beneficios en pro de la salud y la vida de los pueblos. Aquí, la sustentabilidad se evidencia cuando ambas partes interesadas alcancen a poseer dominio de conocimiento sobre el tema, y se inclinen a garantizar las mínimas condiciones de salud y vida.

En este mismo orden de ideas, los precitados autores citan a Van Ryn quien explica la teoría como un conocimiento sistemáticamente organizado, aplicable a una variedad relativamente amplia de circunstancias, lo cual es congruente con el sistema de gestión del conocimiento donde se echa mano de: teorías, modelos y paradigmas para analizar casos muy particulares tanto de orden social y comportamental, para predecir, o explicar la naturaleza o expresión de una serie específica de elementos o fenómenos que puedan suceder en torno a la salud, el bienestar o la enfermedad. De igual modo, este autor considera la teoría como un resumen o un razonamiento abstracto que articula coherentemente una serie de

conceptos y variables entre los que destacan aquellos que se corresponden con la medición de la salud. Tal es el caso del Modelo epidemiológico de Dever Figura 22.

FIGURA 22: Modelo Epidemiológico de Dever (1976)



UN MODELO PARA LA INVESTIGACION Y ANALISIS DE INDICADORES SOCIALES Y POLITICAS DE SALUD. G.E.ALAN DEVER. 1976, P.455

Fuente: <http://www.udea.edu.co>. Universidad de Antioquia. Colombia (consultada 22/11/2007)

Como anteriormente se había señalado, **la cuarta etapa** correspondiente a la evolución de la salud pública se une a la propuesta descrita por la OMS como Salud para todos en el año 2000, la cual, tiene como finalidad, brindar orientación y apoyo a los gobiernos, para que todas las personas, de todos los países, puedan tener al menos el nivel de salud que les permita trabajar productivamente en materia de conocimiento; y participar de forma activa, en la vida social de la comunidad en la que vive. Entre los principios de salud para todos, se inscriben: Atención primaria, participación conjunta de los profesionales y la población. Además de ello, las colaboraciones sectoriales. Los objetivos principales son: Promoción de estilos de vida más sanos. Prevención de enfermedades y Rehabilitación. A la par de estas acciones, los gobiernos deben estimular políticas de salud que impulsen la participación comunitaria y la intersectorialidad o área conceptual de la esfera gnoseológica-epistemológica impulsada por el subsistema de gestión del conocimiento.

4.5.- BASES PARA ESTRUCTURAR MODELOS Y TEORÍAS

4.5.1. Modelos

Tanto los modelos usados para hacer tomas de decisión, como los usados en Cs. Sociales, se utilizan para convertir entradas en salidas y elegir las alternativas que satisfacen los objetivos de quien toma las decisiones. De ahí que desde la posición de Tamayo y Tamayo (2004. Pág.97) surja la interpretación de un Modelo como, una aproximación teórica a lo real, por medio de la cual, los postulados y suposiciones conceptuales pueden ser aplicados a la realidad. También, los modelos puede ser entendido como Intento de sistematización y descripción de lo real; por tanto, en función del presupuesto teórico se les compara a estructuras simplificadas o conocidas que se emplean para investigar la naturaleza de los fenómenos que los científicos desean explicar.

En cambio, para Márquez (2000.Pág.51) Los modelos son la representación de una realidad, un fenómeno o cosa, generalmente se emplean para investigar la naturaleza de los hechos que se desea explicar. Más específicamente se puede afirmar que el modelo es un sistema teórico que pretende representar al fenómeno en los aspectos que se consideran los más importantes; son ejemplos de un modelo, una ecuación matemática, una descripción simbólica, un dibujo, un esquema, un gráfico. Yurén Camarena (2000.Pág.57) anuncia que los modelos son medios para comprender lo que la teoría intenta explicar; enlazar lo abstracto con lo concreto.

Gracias al modelo, las teorías pueden someterse a comprobaciones empíricas con mayor facilidad. Los modelos teóricos formales, deben expresarse de alguna manera para dar a conocer la teoría que representan y referirla a lo concreto. En síntesis, un modelo teórico o formal puede ser expresado como: Modelo verbal. Descripción oral o escrita del modelo teórico. Modelo gráfico. El cual puede ser expresado mediante un diagrama o gráfica que describe el modelo (un mapa, o un diagrama).

En un modelo formal nos encontramos que representa o explica lo perceptible mediante lo que nos es perceptible, lo cual nos obliga a interpretar la teoría para poder explicarla. Un modelo formal, es la representación de una estructura idealizada (o teoría) que se supone análoga (semejante) a la de un sistema real. Exhibe relaciones entre variables de los fenómenos que intenta explicar, y afirma que estas relaciones formales son semejantes a las que existen en la realidad.

4.5.2. Teoría

La teoría, según posiciones de: Kerlinger, citado por Cabrera y otros (2001), se interpreta como el conjunto de formulaciones conceptuales acerca de las variables, definiciones y proposiciones interrelacionadas que expresan la visión sistemática de un fenómeno, en el propósito de explicarlo. Martínez M., refiere los estudios hechos por Dilthey (1900) sobre el origen de la hermenéutica, donde no sólo da un paso importante y definitivo más allá de Schleiermacher, sino que, más allá de sus primeras conjeturas, estima que no sólo la importancia de los textos escritos deba ser digna de interpretación. En consecuencia, considera que en si misma, toda expresión de la vida humana viene a ser objeto natural de la vida humana. Por ello añade Dilthey, que el proceso hermenéutico del conocer se aplica correctamente a cualquier otra forma que pueda tener algún significado para la persona humana como tal entre las que destacan: el comportamiento humano en general, las formas no verbales de conducta, esto al mismo tiempo, involucra a los sistemas culturales, las organizaciones sociales y los sistemas conceptuales científicos o filosóficos. Mientras que Heidegger (1974) también citado por Martínez M. Ibíd., sería uno de los filósofos más destacado en el aspecto hermenéutico, sostiene que.

Ser humano es ser “interpretativo”, porque la verdadera naturaleza de la realidad humana es “interpretativa”; por tanto, la interpretación es un “instrumento” para adquirir conocimiento, es el modo natural de ser de los seres humanos. Todos los intentos cognitivos para desarrollar conocimiento no son sino expresiones de la interpretación, e incluso, la experiencia se forma a través de interpretaciones sucesivas del mundo.

De hecho, en las últimas décadas se habla de una estructura o sistemología interpretativa, cuyo fin radica en una teoría sistémica a la cual Fuenmayor (2001. Pág.92) alude que el contexto interpretativo debe ser construido de tal manera que permita la aparición de un sentido holístico del fenómeno bajo estudio. En este sentido, vale decir, que el contexto interpretativo debe poseer una estructura abierta a la realización de proceso de síntesis en torno a una unidad fundamental, tal sea el caso de la promoción de la salud dentro de un contexto social. En consecuencia, añade Fuenmayor, que el carácter teórico de los contextos radica en ser sistemas conceptuales en los que la idea fundamental genera o sirve de base para una red conceptual jerarquizada a lo interno de las organizaciones. Razonable sería, pensar en la viabilidad de estructurar un sistema de gestión de conocimiento en salud sobre cimientos hermenéuticos, y en ese horizonte, hacerlo extensivo hasta los modelos de recolección (datos cualitativos) y registro de información fundada en la interpretación (del verbo interpretar el cual dentro de un orden comprensivo se inserta entre las explicaciones) como noción fundamental de la teoría semántica de un sistema formal.

En consecuencia, para estructurar un sistema de gestión de conocimiento en salud sobre cimientos hermenéuticos, imprescindiblemente se requiere hacer una revisión al tejido de la red de teorías relacionadas con el estructuralismo, cuya base etimológica está en la raíz latina *structura* la cual deviene a su vez del término “strure” que significa construir. (No obstante, este término se divulga inicialmente como metodología de trabajos de investigación en París durante la primera mitad de la década de los años sesenta). Aunque resulta válido reconocer, que ya en el ámbito de las ciencias sociales la noción de estructura fue usada en cierto modo por Marx -en su análisis de la historia y de la sociedad en los que basó los conceptos de infraestructura y superestructura-. En tanto que Freud, también apeló a ella mientras elaboraba su modelo estructural de la personalidad y del inconsciente a partir de las estructuras del yo, el super yo y el ello. Pero en sí, la noción de estructura sobre la que se basa el estructuralismo en las ciencias sociales ha venido formando parte fundamentalmente de la noción elaborada por la lingüística de F. de Saussure, como

“el conjunto de hábitos de una sociedad que permiten a un sujeto comprender y hacerse comprender.

Respecto a la lingüística, la noción de estructura -basada en el estudio del lenguaje como sistema de signos-, es entendida como un todo que sólo puede comprenderse a partir del análisis de sus componentes y de la función que cumplen dentro del todo. Dichas estructuras, tienen el carácter de una totalidad por la que cualquier modificación de alguna de sus relaciones afecta al conjunto investigado o interpretado, ya que la estructura misma está definida por sus relaciones, su autorregulación y sus posibles transformaciones. Ahora bien, cuando se funda sobre la base de la hermenéutica, la estructura puede ser interpretada en todas y cada una de sus partes. Por ejemplo, al hacer uso del estructuralismo como corriente de pensamiento.

Para Gutiérrez Pantoja (1984.Pág.195) Resulta importante destacar los aportes que Claude Levi-Strauss diera a la acepción de estructura y en consecuencia al estructuralismo como corriente de pensamiento mientras formulaba un método que incluiría a los sujetos en cuestiones filosóficas y sociales. Visto que, fue a partir de ese método desde donde se funda una herramienta metodológica lingüística y se comienza a hablar de estructura lingüística. Estas propuestas vendrían posteriormente a servir de apoyo a las investigaciones de Ferdinand de Saussure acerca de la lingüística como estructura o sistema tal y como lo explica Williams (2000.Pág.129) cuando sostiene que esto ha dado gran fuerza al estructuralismo como énfasis, pero la transición representada por un aspecto de la transferencia de estructural a estructuralismo –no en el sentido de un procedimiento o conjunto de procedimientos sino el de un sistema explicativo- con efectos muy diferentes.

La definición dada por Saussure al lenguaje como sistema de signos viene a expresar ideas nuevas en los procesos de investigación, al tiempo en que propuso la creación de una nueva ciencia en la que se agruparían o relacionarían todos los símbolos comunicativos como la escritura y la lingüística en la equifinalidad o estado final común que logran articular los sistemas abiertos entre los que destaca el subsistema de gestión de conocimiento en salud aquí planeado. Aun, cuando cada

sistema parte de diferentes condiciones iniciales, siempre su interacción con el medio donde se desarrolla viene a encontrar sincronía entre: símbolos, escritura y fines a lo interno de los sistemas donde se conjuga una relación estrecha entre sincronía y diacronía.

Esta conjunción entre sincronía y diacronía viene dada por la adaptación que pueda alcanzar un sistema para mantener su estructura y función particular, cuando se enfrenta a cambios en el medio. Esta habilidad, depende en gran parte de la sincronía que alcance la estructura lingüística cuando es vincula procesos de transferencias propiciado entre sistema y medio en modos diacrónicos. Tal sea el caso de apercepción en materia de salud que se planea desarrollar en el subsistema de gestión de conocimiento con las personas que coexisten en comunidades. Esta relación de conjuntos entre sincronía y diacronía queda mejor explicada en, Gabriel Gutiérrez Pantoja (ob.cit. Pág.196)

Los conjuntos, que este autor expone en el lenguaje, están referidos a la sincronía (palabra compuesta por la raíz griega inseparable *syn* que significa unión y *cronos* que significa tiempo) y a la diacronía (también palabra compuesta por la raíz griega *día* que significa a través y *cronos* tiempo). En sus palabras: “Es sincrónico todo lo que se refiere al aspecto estático de nuestra ciencia y diacrónico todo lo relaciona con las evoluciones. Del mismo modo sincrónico y diacrónico designan, respectivamente, un estado de lengua y una fase de evolución... la lingüística sincrónica se ocupará de las relaciones lógicas y psicológicas que unen términos coexistentes y que forman sistemas, tal y como se muestra a la consciencia colectiva.

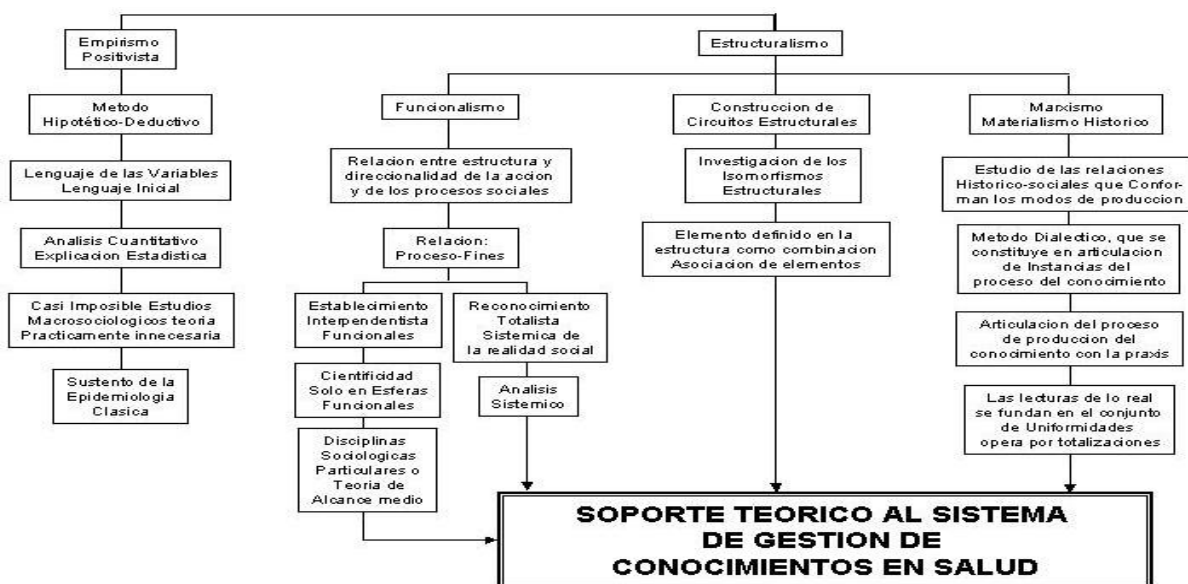
De manera específica, para los fines perseguidos por este subsistema de Gestión de Conocimiento, se aborda al estructuralismo como corriente metodológica contemporánea o núcleo teórico de esta corriente de pensamiento definida por la noción de estructura⁵⁰; la cual, en buena medida, sirve de mucho a las ciencias

⁵⁰ Aunque es importante señalar que el concepto mismo de estructura es susceptible a críticas, dado a que no está exento de una cierta ambigüedad, ya que no surge de un único ámbito de estudio, por tanto es utilizado en campos diversos. De hecho, la noción de estructura así como es usada en psicología (relacionándose con el concepto de forma en la psicología de la Gestalt); también se usa en física, lógica y biología, donde a menudo es entendida como sinónimo de sistema o estructura interpretativa referida a las organizaciones.

sociales donde se requiere hacer explicaciones no matemáticas como un rechazo de las orientaciones de carácter historicista y subjetivista, a la vez que se enmarca en el contexto del estudio del estatus epistemológico de las ciencias sociales.

Al retomar el estructuralismo como fundamento teórico de esta discusión, resulta conveniente acotar que, tanto en el ámbito de las ciencias sociales, como en la historia de la filosofía, se le tiene como corriente metodológica contemporánea que ha marcado profundamente la orientación de estas ciencias y otros ámbitos de la cultura, la cual ha tenido especial importancia, durante los años sesenta y setenta del siglo XX, de manera muy particular en la orientación de la lingüística, la etnología, la filosofía de la historia, la crítica literaria y la sociología, en un intento de dotar a las ciencias del hombre entre las que destacan las ciencias de la salud de un método científico propio, distinto del de las ciencias empíricas tal y como se puede visualizar en la estructura de la figura 23.

FIGURA 23: Matriz de Construcción Teórica que Soporta al Sistema de Gestión de Conocimiento en la Salud



Fuente: Rediseño del autor, a partir de Maria Villegas Mújica (1998. Pág. 161) "Matriz de Sociología Empírica y Construcción Teórica". Robles 2008.

Esta matriz, permite apreciar el modo como se articulan algunas teorías relacionadas con las ciencias sociales, las cuales soportarían el sistema de Gestión

de conocimiento en salud. Este sistema, sin pretender ser “eclectico”, concilia algunas doctrinas que parecen mejores o más verosímiles tanto a las políticas de salud aplicadas en Venezuela como a los requerimientos necesarios para lograr promover nuevos estilos de vida saludables en comunidades de personas pertenecientes a los estratos económicos más bajos preexistentes en el país.

Aunque los aportes al subsistema de gestión de conocimiento procedan de diversos sistemas, de manera congruente logran sincronía en una estructura de procesos que actuarían por efecto propio del Sistema Público Nacional de Salud con la tendencia a desarrollarse en perfecta correspondencia temporal con otros procesos u otras causas. Esta sincronía, conduce hacia un abordaje pertinente de corrientes de pensamientos ubicadas en el orden del estructuralismo, ya que de ordinario, se requiere estructurar un modelo propio de sistema que guarde limitaciones precisas con otras corrientes que se ubican en el orden del existencialismo (no precisamente desde la óptica teológica) y en buena parte al vitalismo. Dentro de la corriente denominada vitalismo Cortés J. Morató y Martínez R. Antoni. Diccionario de filosofía (1996-98) se circunscriben autores como Ortega y Gasset o Unamuno.

Ortega y Gasset, concibe la vida como una actividad pura, que se conjuga en estrecha relación con la razón, esto, hace que su filosofía se conozca como raciovitalismo o teoría de la razón vital, la cual opera como una concepción de racionalidad. Este autor, al igual que Nietzsche critica la dictadura de una razón abstracta en el mundo occidental de origen socrático, y sustenta, que ni debemos aceptar el unilateral punto de vista del vitalismo, ni tampoco el no menos unilateral del racionalismo. Es decir, no podemos reducir lo humano a mero fenómeno biológico, pero tampoco podemos aceptar una razón que ha suplantado la vida y ha puesto ésta en función de aquella: «La razón pura no puede suplantarse a la vida: la cultura del intelecto abstracto no es, frente a la espontánea, otra vida que se baste a sí misma y pueda desalojar a aquélla. Esta radicalidad de la vida, no obstante, en el hombre exige un saber, que es un saber a qué atenerse, y éste es el fundamento de la razón.

La noción de un saber a qué atenerse va unida a la otra gran tesis orteguiana, la del perspectivismo y circunstancialismo: «yo soy yo y mi circunstancia». Pero tomada abstractamente, la fusión de una razón vital como la descrita con el perspectivismo, podría dar lugar a una concepción relativista, bien lejana de las tesis orteguianas. Pero es que dicha fusión debe efectuarse de manera concreta, y la concreción de ambas nos la proporciona la historia. Por esta razón, la razón vital se constituye como razón histórica, ya que el hombre no tiene naturaleza, sino historia. De esta manera, Ortega supera el punto de vista meramente biológico de la racionalidad que tan en boga estuvo entre varios seguidores de las corrientes vitalistas de su época. Porque fundamentalmente se trata de fomentar la vida de las personas, y no de controlarlas de manera lineal o dogmática. Dado a que, la existencia humana más bien debe y tiene que ser interpretada como un continuo interrelacionado socialmente, consciente que sus raíces estarían sembradas en las necesidades vitales de una actividad puramente humana, que deben ser puestas al servicio de la vida, como una realidad auténticamente radical en la persona humana cuya prolongación le resulta intrínseca a una buena salud individual proporcionada en buena medida por un adecuado sistema de salud pública. La OMS, interpreta la salud pública como un concepto social y político destinado a: mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar la *calidad de vida* de las poblaciones mediante la *promoción de la salud, prevención de la enfermedad* y otras formas de intervención sanitaria.

La racionalidad práctica que demanda tanto un subsistema de Gestión de Conocimiento en salud, como la estructura etimológica de muchos términos que por su connotación semántica vienen siendo puntualmente usados de manera sistémica y sistemática para designar tanto salud como enfermedad, la *promoción de la salud* está obligada a establecer una distinción entre la vieja concepción de *salud pública* y una nueva salud pública, con el fin de poner de manifiesto los muy distintos enfoques sobre la descripción y el análisis de los *determinantes de la salud y la vida*. En este orden de relaciones, y como resultante de múltiples interpretaciones hechas en diversos: Enfoques, Modelos y Teorías relacionados con salud pública, se construye un modelo de esfera gnoseológica epistemológica que permite interpretar los

fundamentos esenciales para desarrollar conocimientos en torno a la promoción de la salud y valoración de la vida. Véase (Fig.24),

FIGURA 24: Propuesta de Esfera Gnoseológica-Epistemológica De Promoción De La Salud En Función De La Valoración De La Vida



Fuente: Elaboración propia del Autor. Robles, 2008

Esta Esfera Gnoseológica, se orienta hacia la Gestión y/o transferencia de conocimiento, estructurada sobre la base del pensamiento complejo. Para José Antonio Garciandía Imaz (2005.Pág.33), el método moraniano del pensamiento complejo se basa en tres principios: Ellos son el principio dialógico, el principio recursivo, el hologramático y el principio conector. En su opinión, este último principio es el que da sentido a los anteriores; dado que, cuya presencia actúa a lo largo del pensamiento humano de manera silenciosa, aunque en ocasiones es silenciado, pero, en última instancia, forma parte fundamental en el acto mismo de pensar” que

impulsan al sujeto a sumergirse en los principios de conocer, e investigar y desarrollar un conocimiento pertinente al cuidado de sí, que le permita aprender la condición humana, a partir de la ética del género humano. Vista la ética, como parte de la filosofía que trata de la moral y de las obligaciones de la persona. Obligaciones que según Fiamini (2006.Pág.61) se abren espacio en un complicado y vigilado “uso” de la vida, que realiza la <<templanza>> y <<sabiduría>> en vista del <<dominio>>de sí mismo>> como estilo de <<vida virtuosa>>, <<vida del hombre ‘libre’ en el sentido pleno, positivo y político del término>> que vienen a formar parte de esa gran red de saberes donde de manera rizomática se teje el pensamiento complejo, descrito por Ramón Azocar (2007.Pág.45) del siguiente modo.

Cuando el investigador intuye que ha llegado a un cierto nivel de entendimiento de lo que está conociendo se produce un “enfoque epistemológico” pero ello no quiere decir que ha alcanzado la comprensión. Ese camino continuo y sistemático de exploración que supera obstáculos metodológicos y teóricos, es lo que se conoce como pensamiento complejo.

Otra característica que inscribe a la Esfera Gnoseológica, en criterios de pensamiento complejo radica en intervenir el orden sinérgico en que se mueven las personas a lo interno de una comunidad en pro de la salud y la vida. En ella, se aborda el tema de la salud dentro un contexto ontológico y etimológico. El tránsito ontológico, apela a corrientes de pensamiento como el existencialismo de Heidegger y la noción de intuición de vida, dentro de un modo de existencia que no limite su realidad al momento del presente, según George Simmel (2001.Pág.22) “que vaya desplazando por ende a lo irreal el pasado y el futuro –cuya peculiar continuidad más bien se abstiene realmente más allá de esa división, de suerte que su pasado exista realmente penetrando en el presente, y mientras ese presente exista yendo más allá hacia el futuro-, esa existencia es lo que llamamos vida”. Esta posición se complementa con una cita que hace Marías (2001.Pág.375) de Simmel donde explica que la vida es: solo es el constante trascender del sujeto a lo que le es ajeno o la producción de lo que le es ajeno. Por tanto es: *es más vida, y es más que vida*.

Por su parte el Existencialismo puede ser entendido, como un conjunto de tendencias filosóficas modernas, que, pese a sus divergencias, coinciden en

entender por existencia, no la mera actualidad de unas cosas o el simple hecho de existir, sino aquello que constituye la esencia misma del hombre. El hombre, en esta perspectiva nos dice Heidegger (1974. Pág.49), no es la especie humana o una noción general, sino el individuo humano considerado en su absoluta singularidad. De allí que el existencialismo, de Heidegger y el de Sartre por lo menos, dejan claro que no hay más ontología que la fenomenología. Significa esto que, a la filosofía de la existencia le interesa el fenómeno, no el ser o las cosas en sí, puesto que aquel que se pregunta por el ser -en palabras de Heidegger, aquel a quien «en su ser le va este su ser»- se sitúa en el terreno, no de lo real, sino de lo posible, del descubrimiento continuado, de la interpretación. En esto, sin duda estamos encontrando que el existencialismo es tributario de la fenomenología cuando evidentemente toma de ella sus métodos de análisis aplicados a la existencia humana. Al respecto, con la intención de dilucidar la impaciencia por una posible frontera que pudiese existir en fenomenología y existencia se recurre a Martín Heidegger (1974. Pág.49) para interpretar su posición.

Fenomenología y existencia Ontología y fenomenología no son dos distintas disciplinas pertenecientes con otras a la filosofía. Estos dos nombres caracterizan a la filosofía misma por su objeto y su método. La filosofía es la ontología universal y fenomenológica que parte de la hermenéutica del «ser ahí», la que a su vez, como analítica de la existencia, ata el cabo del hilo conductor de toda cuestión filosófica allí donde toda cuestión filosófica surge y retorna. [...] La dilucidación del primer concepto de la fenomenología indica cómo lo esencial de ésta no reside en ser real como «dirección» filosófica. Más alta que la realidad está la posibilidad. La comprensión de la fenomenología radica únicamente en tomarla como posibilidad.

Sin animo de incurrir en aquello que según Gadamer (2007.Pág.87-91) Derrida denominaría logocentrismo a la tendencia -implícita en toda la tradición metafísica- que concibe el ser como una identidad y una presencia originaria reductible a su expresión lingüística, como si mediante la palabra «se diera» de forma inmediata, otorgando de esta manera a la palabra una forma privilegiada de conocimiento. Partiendo de Derrida la fundamentación del existencialismo de Heidegger, se explica mediante el uso de entidades teóricas como la expresión *Sorge* que traduce la cura y “ser-ahí”. De suyo, resulta innegable que la acepción *Sorge –cura-* es considerada

más amplia, que su homóloga usada en idioma español por contener en su significado dos construcciones gramaticales con las que se pueden estimular nuevo conocimiento. La primera se refiere a: Actitud de preocupación por algo. Precisamente, de esto tratan: la prevención de enfermedades, la promoción de la salud, la valoración de la vida y el cuidado de sí. La segunda construcción significa “cuidarse de” En el caso específico de producir un nuevo conocimiento referido a la prevención de enfermedades, por su morfología y amplitud la palabra *Sorge* rivaliza respecto al simple uso de la acepción curar usada en perfecto español, dado que su más amplio significado en materia de salud humana, sólo, se refiere a exclusivos propósitos de sanar y contribuir a recobrar la salud, o simplemente, aplicar al enfermo, remedios correspondientes a su enfermedad. En síntesis, la acepción curar en si misma, guarda más relación con la medicalización, que con la prevención.

Al hacer uso al contenido del término “Sorge”, se pretende dar un deslinde etimológico a la acepción “cura” utilizada comúnmente en el léxico de la salud como sinónimo de sanar (de aquí, la propuesta de Educación Sanitaria). Dado a que la palabra sanar viene a ser una especie de postulado⁵¹ sinónimo de salvación, cuyo étimo según Morfaux Ibíd. (Pág.308) deviene del latín Salvus, el cual traducido al español quiere decir sano, salvo. Esta palabra, se caracteriza por contener la misma raíz de la acepción salus, de la cual devienen los términos salud, y salvación. En consecuencia, el paradigma curativo-restitutivo imperante en materia de servicios a la salud en Venezuela, desde hace muchos años, ha venido haciendo uso generalizado de la acepción curar en el sentido de sanar enfermedades. De allí que se ha permitido por extensión, derivar términos como: curativo-curativa y/o medicina curativa-restitutiva, pero; digamos que más bien, sus usos han sido hechos de manera neutra.

⁵¹ Postulado. (del latín postulatus, de postulare, pedir) O axioma. Proposición -o función proposicional- que, en los sistemas axiomáticos, se toma, o pide, como principio o punto de partida para la demostración de teoremas, no siendo ni una simple definición de un término ni un enunciado deducible de otros enunciados. En la metodología antigua, los postulados se diferenciaban de los axiomas en que éstos eran evidentes y no demostrados, mientras que aquéllos no eran ni evidentes ni demostrables (se «postulaban»); en la metodología moderna no se distingue entre postulados y axiomas, y éstos no se escogen por su evidencia o su certeza, sino por otras características, como la compatibilidad con otros postulados, por ejemplo, o el número de consecuencias que de ellos se puedan deducir.

No obstante, en momentos cuando la recursividad de las contingencias suceden de manera reiterativa, la intuición humana, activa mecanismos de defensa que se constituyen en un temor amenazante que le obliga a las personas dentro de las comunidades a participar y encontrarse a sí mismas y a cuidar de sí al tiempo en que estarían obligadas a preguntarse por lo que puede llegar a ser la vida en caso de prevenir enfermedades. Esto, es lo que les obliga a las personas en el ámbito de la comunidad a cuidarse de sí mismo; es decir, de sus propios actos. Pero si por falta de intelección no existe la menor pista de avizorar los males, entonces es cuando el «ser ahí» activa la consciencia que le permitiría sentir «preocupación» por la vida, y respecto de otros le toca promover acciones para que cada uno en la comunidad pase a identificar su situación respecto al «ser ahí» esta «solicitud» ya en si misma representa un acto de consciencia, respecto de sí mismo. Entonces en ese momento siente y se expresa como se necesita del «cuidado» (Sorge). El «cuidado» es el ser del hombre, más definible así que con ninguna otra definición derivada como pudiera ser la de animal racional añade Heidegger ob.cit. El hombre es «cuidado»; todo lo demás, entendimiento, voluntad, deseo, y pasiones entre otros, proviene del cuidado de sí.

Evidentemente, si se da a conocer el término Sorge tal y como está contenido en la Metafísica de Heidegger, en estrecha vinculación al *ser mismo del Dasein o ser-ahí, del ser- en-el-mundo*, incesantemente *pro-yectado hacia delante de sí mismo*, se apuntaría hacia el conocimiento necesario que debería alcanzar la especie humana para cuidarse de aquellos males, que por una u otra vía, pudiesen afectar su salud. En caso contrario, el hombre corre el riesgo de quedar *abandonando a sí mismo (derilicción)*, por tanto, *está obligado a asumir su existencia* como diría Simmel, “con suerte que su pasado exista realmente penetrando en el presente”. Lo cual implica, primeramente conocerse a si mismo porque su pasado se lo ha venido permitiendo, y en esa trascendencia igual conoce las implicaciones que demanda la vida en grupos o comunidades. Lo cual, indudablemente, significa un gran reto social.

Ahora bien, el cuidado, como expresión del ser de hombre, no sólo no puede ejercerse más que en el tiempo, sino que además recibe su sentido de la

temporalidad del hombre. En síntesis, la acepción *Sorge* viene a ser continente de una expresión más amplia, porque traduce <<acción de recuperar el sentido de>>, <<actitud de preocupación por algo>>, o <<cuidarse de algo>>. Este algo, a nuestro entender, representa un acto perlocucionario, o acto de lenguaje el cual, en concordancia con la teoría de los actos de habla, de John L. Austin, puede ser entendido como un acto que se realiza por medio de decir algo razonable; por ejemplo: en materia de prevención de enfermedades se corresponde con la acción de hacer que alguien crea que algo es de determinada manera, por consiguiente se deba cumplir con cierto número de normas sociales y/o conductuales para no enfermar.

Del mismo modo un acto perlocucionario, puede ser sinónimo de persuadir a alguien para hacer algo razonado, tanto para prevenir enfermedades como para promocionar la salud. También ese algo, sería admisible cuando se conjugan diversos componentes sistémicos y sistemáticos en la gestión de conocimiento a bien de influir sobre los sentimientos de las personas para cuidar la salud. De manera tal que, el efecto perlocucionario de un enunciado es su acción sobre las creencias, actitudes o conducta del destinatario (las personas). Así, por ejemplo, mediante una argumentación se puede persuadir, al aconsejar se puede asustar, al hacer una petición se puede lograr que alguien haga algo, como inspirar y convencer entre otras. De tal manera, que estos postulados, pueden ser interpretados como enunciados que en si mismos conducen al establecimientos de hechos sociales⁵² enmarcados en una tendencia a estimular nuevas acciones

Cabe entonces, interpretar el *Dasein* o *ser ahí* filosófico, en estrecha correspondencia con Gadamer (2007.Pág.55) que consiste precisamente en ese “Da”, ese “ahí”, en esa inimaginable distinción para con el *Dasein* humano, que el mundo “está ahí” para el hombre. Esto permite explicar, la ubicación de ese estar ahí, en la estructura de esfera gnoseológica de gestión del conocimiento

⁵² Hecho social. Según Durkheim, para quien la sociología es el estudio de los hechos sociales, estos son los fenómenos sociales propiamente dichos, que define como maneras de pensar, sentir y obrar, independientes del individuo al que coaccionan a actuar de una forma determinada. No son ni fenómenos de tipo orgánico ni de tipo psicológico, sino una clase cualitativamente diferente; el sustrato que les sostiene no es el individuo, sino la colectividad; son la materia propia de la sociología.

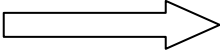
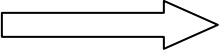
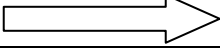
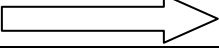
(desarrollada en este capítulo) la vinculación y el modo como cada <<hombre>>, cada <<ser humano>> presente en una comunidad se funde entre el ser ontológico y su propia existencia. Esto a su vez, permite relacionar la corriente existencialista a los propósitos de valoración de la vida que a través del <<Mitsen>>⁵³ que deben ser inculcados a las personas en las comunidades para que lleguen a conocer modos de participar en un orden <<mitsenológico>> donde ponga en práctica el estudio <<del con>> fundado en la participación, el <<estudio del ser>> de la persona y el <<estudio del ser-con>> de la persona con las personas. El Mitsein, en concordancia con el término alemán Dasein que significa <<existir, existencia, literalmente <<ser o estar ahí>> Morfaux Ibíd., (74) particularmente existir en Heidegger, viene a estar vinculado al ser del existente humano, en tanto se interpreta como existencia singular concreta. La traducción “ser-ahí”: “la esencia del ser-ahí (Dasein) reside en su existencia (Existenz) es decir, en el hecho de ex-sistir, “salirse”, trascender, ser originariamente un ser-ahí-en-el-mundo”: al ex-sistir, la realidad humana trasciende y se proyecta al mundo del hombre.

En síntesis, sin ninguna pretensión radical como ya se ha dicho, más allá de cualquier posición filosófica, es admisible pensar, en primer lugar, porque el hombre *per sé*, es humano, y como tal, se interpreta a sí mismo y, a los de su “especie” y genero. Además, es innegable su existencia. En consecuencia, posee vida, en tanto y en cuanto: siente, piensa, interactúa y se hace capaz de cuidar de sí. Es decir, cuidar de su propia salud y la de los grupos sociales que cohabitan en su comunidad. Por consiguiente, más allá de cualquier presupuesto epistemológico o corriente de pensamiento, el hombre o la persona como tal, existe, y por ende, es un ente (ser) existencial, en consecuencia, es poseedor primeramente de una vida. Esto evidencia, que la esencia del ser-ahí (dasein) reside en su existencia. En segundo lugar, esa vida, debe estar sana, es decir, con salud. Finalmente, la salud, debe y tiene que ser cuidada; por tanto, para ello se requiere generar consciencia en salud. Entonces de manera razonada, la concepción de la esencia del hombre, como

⁵³ El Mitsein o Mitwelt, en Morfaux Ibíd., (221) se traduce al español como –al, el ser-con, el mundo-del-con (-los-otros) estos presupuestos viene a ser componentes de la teoría existencialista de Heidegger. Propuesta como una relación inmediata, global y confusa de cada individuo con el bloque social, o “masa”, y que se expresa por el uso del pronombre indefinido “se”: lo que se hace, aunque lo haga yo, no es un producto “auténtico” del yo.

existencia individual, se complementa bien con la idea de subjetividad: el hombre, viene a ser consciencia, que se hace a sí misma en total libertad.

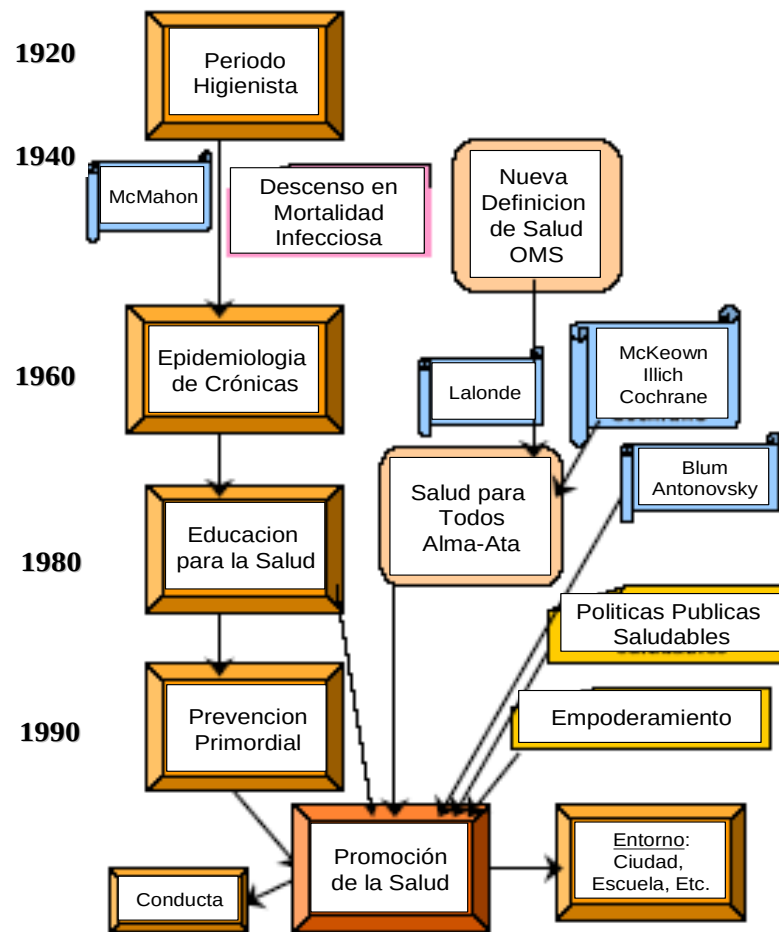
FIGURA 25: Estructura del SER aplicada a la Salud

INMEDIATEZ	INDIFERENCIACIÓN	MEDIACIÓN
SER-EN-SÍ POSIBILIDAD 	EXISTENCIA REALIDAD	SER PARA SÍ CONCIENCIA 
GERMEN QUE PUEDA AFECTAR AL HOMBRE 	HOMBRE PREVENCIÓN CUIDADO DE SI	SALUD - VIDA Vs. ENFERMEDAD 

Fuente: Elaboración Propia del Autor. Junio, 2008.

4.6.- LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

La promoción de la salud se inserta un paradigma que cuya trascendencia se remonta al año de 1920 cuando se da inicio al periodo higienista. Los planteamientos de construcción de un sistema de conocimiento basado en la promoción de la salud y valoración de la vida encuentran antecedentes en el método experimental propuesto por Claude Bernard 130 años inspirado en un constructo de la medicina experimental el cual según su visión debería explicar y aminorar el sufrimiento humano. Posteriormente, en el devenir de los años, este paradigma ha sufrido varias transformaciones tanto en lo nominal como en lo estratégico. Cabe añadir, que los primeros antecedentes en la práctica de lo que hoy se entiende como Promoción de la Salud, a criterios de Carlos Álvarez-Dardet Díaz (S/f. Pág.54), profesor de Salud Pública en la Universidad de Alicante, “los antecedentes se pueden encontrar en los cambios que se produjeron como consecuencia de la percepción de las llamadas enfermedades crónicas en los países desarrollados durante la década de los 50 y 60 del siglo XX”. No obstante, en la figura 26 se aprecia un trayecto cronológico cuyo curso marca un transito de 80 años desde 1920 hasta 1990.

FIGURA 26: Cronología de Periodos Influyentes en la Promoción de la Salud

Fuente: Carlos Álvarez-Dardet Díaz, España. Disponible en: <http://www.universidaddealicante>. (Consulta: 12/11/2007)

No obstante, pese al cambio de nominación cabe considerar que el fin perseguido por este paradigma sigue siendo el mismo, aunque los objetivos encaminen las estrategias por diferentes vías, se espera siempre llegar a conseguir disminuir al máximo las enfermedades tanto en los grandes centros urbanos donde residen grandes masas de trabajadores como en aquellas personas que sobremanera han habitado comunidades de menores recursos o con menos servicios básicos. Los elementos diferenciales de la promoción de la salud con otros modelos de intervención en Salud Pública y en general, en ciencias de la salud, según Álvarez-D, Ibíd., pueden identificarse como: A) basados en una aproximación holística y no estrictamente médica, y. B) centrados en una perspectiva de actuación no paternalista, sino favorecedora de las opciones personales y grupales.

Cabe destacar, que a finales de los años sesenta hubo algunas evidencias empíricas que habían vinculado algunas conductas individuales con ciertas enfermedades crónicas y por otro lado un marco de análisis basado en la idea de multicausalidad, novedosa entonces en el pensamiento médico. Entonces, se produce una tendencia que vincula aun más la epidemiología a la salud pública con el modelo médico y, como consecuencia se afianza la perspectiva individual en los problemas de la salud. Luego, en los años 70 se retoma la herencia higienista que había tenido cierto éxito en los años 20 con la higiene personal, de igual modo había usado frecuentemente ciertos métodos educativos para hacer profilaxis individual, y también para atacar informar sobre los riesgos que devienen de la desnutrición infantil. También en la década de los 70, hubo otros cambios en la práctica del precitado paradigma cuando se vieran limitadas sus acciones por condicionantes adversos algunos científicos otros de orden político que afectaron profundamente su efectividad dado a que prácticamente disminuyeron campañas destinadas a la transmisión de información e incluso de la educación para cambiar conductas en aquellos quienes involuntariamente habrían incurrido en hábitos de consumo de alcohol, tabaquismo además de sustancias psicotrópicas y estupefacientes.

También en la década de los años setenta, en paralelo al desarrollo de la educación sanitaria basada en factores de riesgo, comienza a vertebrarse un notable cuerpo teórico, crítico con aproximaciones puntuales. Entre los críticos más destacados Álvarez D. Ibíd., cita a McKeown, por sus críticas dirigidas básicamente a la falta de eficacia en el modelo médico. También ILlich, fundó sus críticas a la pobre aplicación del método científico propuesto por Cochrane, y sus consecuencias iatrogénicas producidas por la medicalización de la sociedad. Respecto a las críticas formuladas por estos autores, es importante resaltar que aún la esencia de sus contenidos sigue vigentes. Para Álvarez D. Ibíd., la introducción de los planteamientos holísticos, y la vertebración de una línea de pensamiento distinta, aunque quizás complementaria con el enfoque médico, configurado también durante los años 70. Entre los textos pioneros e influyentes, destacan entre otros los de Blum sobre planificación para la salud y el de Aarón Antonovsky sobre salutogénesis que ya hemos citado con anterioridad para referirnos a la valoración de la vida. El trabajo de Blum, se concibe como más orientado a la acción preventiva. Mientras que el de

Antonovsky, es considerado más teórico, aún cuando, supone los primeros intentos de cambios más allá de la acción curativa desde el sistema sanitario.

Otra particularidad del trabajo de Antonovsky, radica en su relación con las teorías del cambio social y el análisis holístico opuesto al cartesianismo. De la misma manera, cabe reconocer a Blum la introducción de conceptos que luego se convirtieron en la base de la promoción de la salud y en la acción intersectorial, la participación y el desarrollo comunitario. Luego, a la entrada de los años 80, se comienza a hablar de la nueva salud pública. A la par de ello, surge otra idea, que resultaría clave hablar de políticas públicas saludables proporcionando así un marco de referencia útil para la actuación intersectorial. En este contexto político y científico se hizo posible la aparición de nuevos enfoques como el de Lalonde en Canadá. Posteriormente, como ya se ha dicho fue en la reunión de Alma Ata donde la OMS conjuntamente con la UNICEF, surge el inicio de la estrategia global denominada Salud para todos en el año 2000, lo cual en términos políticos representaba un apoyo a la equidad y a los sistemas nacionales de salud como parte de la influencia de los gobiernos socialdemócratas reseña Álvarez D. ob.cit., que aquella estrategia supuso también una verdadera revolución técnica al aceptarse implícitamente la orientación exclusivamente terapéutica y médica como insuficiente.

En lo que respecta a Venezuela, en el decurso del tiempo, el concepto de promoción, ha hecho un recorrido por el trabajo social comunitario, de manera tal que ha venido sirviendo de base para formar estructuras como: promoción social, promoción comunitaria, promoción popular y promoción de la salud. En fin, todos y cada uno de ellos, en buena medida se enmarcan en la tríada integrada por los sistemas de: educación, salud, y social, de los pueblos referidos por Manzanilla Sáez (2005.Pág.34) como principales responsable de su desarrollo. Y también señala (36-37), al Reglamento interno del antiguo MSAS, donde en su artículo 155, preveía que la “educación para la salud social” comprendería actividades inherentes a la integración del Sistema de Atención primaria a los fines de orientar el desarrollo del individuo, la familia, el vecindario y la comunidad desde un punto de vista integral, en función del proceso de educación para la salud social.

De allí, que la interacción de los procesos dirigidos a promocionar la salud debe ser sistemática, en cuanto se refiere a la integración de la información del pasado y del futuro, en vinculación con todas las leyes sociales que bien pueden ser políticas o económicas, y porque también representa la integración de dinámicas, y sistemático, porque sigue un sistema específico como resulta ser el SPNS. Además, debe y tiene que ser pertinente con las políticas que integra los tres niveles de atención a la salud, a fin de determinar un desarrollo social integrado y coherente con las necesidades y capacidades de la sociedad. La gerencia adecuada de la participación ciudadana, en modo teleológico sería uno de los fines primordiales que persigue el sistema con la transferencia reciproca de saberes y conocimientos en torno a la salud aprovechando inclusive las experiencias del primer intento realizado para conformar el Sistema Público Nacional de Salud venezolano.

Otro antecedente valido, tanto de la participación comunitaria como de la promoción de la salud a lo interno del SPNS trasciende al primer intento hecho para establecer en Venezuela el Sistema Nacional de Salud, estaría basado en el artículo 21 de las normas relativas a la Organización del derogado Sistema Nacional de Salud y en el artículo 14 del Reglamento Orgánico del MSAS, donde disponía que el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social estaría llamado a: “Promover la organización del trabajo social en las fundaciones, o sociedades civiles sin fines de lucro, y las actividades, programas, asignaciones de tareas y metas propuestas, mediante los procedimientos que se establezcan al efecto”. Tal y como se evidencia, la trascendencia histórica de la promoción de la salud se remonta a casi un siglo de intercambio de opiniones, cruce de ideas y unión de voluntades que han transitado desde lo político pasando por lo económico hasta lo social y/o vecinal comunitario, y cabe significar que todo este tiempo ha servido para que la idea se consolide en: objetivos, fines y propósitos mejor definido teniendo como norte el trabajo con la gente y no para la gente. Es decir, la salud es un don que posé cada persona en particular y por ende su fomento y cuido, debe y tiene que ser un aprendizaje que privilegie conductas que van desde lo personal al grupo familiar y de allí a lo colectivo. Pero más allá de las acciones familiares deben y tienen que existir políticas gubernamentales que desarrollen planes y programas tendentes a estimular la satisfacción de necesidades básicas sentidas en los pueblos.

Otra propuesta de Alma ata, que se tradujo en reformar los servicios sanitarios poniendo énfasis como ya se ha dicho es la atención primaria. La cual contrajo un compromiso con la participación comunitaria en la acción intersectorial y sobre todo dirigida a orientar las intervenciones sanitarias más hacia la salud que a la enfermedad. Las anteriores revisiones históricas nos permiten señalar que fue a partir de Alma ata cuando a comienzo de los años 90, se empieza a hablar de promoción de la salud y Prevención primordial. Este, término se basaba en el modelo medicalizado de Clarck distinguido como prevención primaria fundada en la historia natural de la enfermedad propuso tratar sobre las causas de las causas. También a finales de los noventa con la aprobación de la Constitución de la Republica Bolivariana de Venezuela propone la creación del SPNS y predice hacer un aporte al principio de complementariedad que le viene dado a éste sistema para que coadyuve a romper de manera definitiva el viejo paradigma curativo-restitutivo que le viene dado a la salud venezolana como herencia del positivismo. Y en este sentido, en concordancia con el **Artículo 84** de la constitución de 1999 se asume. El sistema público de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad.

Al volver a los antecedentes históricos de la educación para la salud, cabe considerar que también en los noventa era muy sentida la necesidad de fortalecer un modelo de intervención más amplio que la educación sanitaria fundada sobremanera en base a una propaganda tendente al tratamiento de conductas humanas que no tardó en favorecer al modelo medicalista-sanitarista que aún se mantiene desde aquellos años. En tal sentido, se puso de manifiesto la importancia de las políticas y de sus análisis para la acción sanitaria. Finalmente, concluye Álvarez D, a la par del renacimiento del resurgir de la promoción de la salud, hubo un renacer de la percepción de la importancia del medio ambiente físico social y cultural, junto con una reivindicación política que intentaba producir una disminución a la tradicional asimetría que se había generado en el sector salud en favorecimiento de la exclusión social, lo cual obligaba a buscar un concepto que contribuyese a fortalecer a las comunidades. Entonces, surge la aplicación al terreno de la salud la noción de

“*empowerment*”, o empoderamiento⁵⁴. El concepto de empoderamiento se analiza a partir de componentes esenciales como valor y proceso, situado en un contexto y experimentado en diferentes niveles del ámbito social, mediante el cual, se transfigura una visión de poder al pueblo que mediante la participación consigue impulsar la promoción de la salud en las comunidades.

El empoderamiento como orientación valórica, implica un tipo de intervención comunitaria y de cambio social que se basa en las fortalezas, competencias y sistemas de apoyo social que promueven el cambio en las comunidades. Parte de su atractivo como concepto nace de su énfasis en los aspectos positivos del comportamiento humano cuya base fundamental radica en la educación como eje de prioridades. De allí, parte todo un accionar de conciencia crítica que involucra a la persona en procesos coadyuvantes a dar relevancia al ser, como son la identificación y fomento de las capacidades, la promoción de la salud por encima de la curación de enfermedades o la identificación de factores de riesgo que pongan en peligro la vida. El fin de la educación es permitir al individuo llegar a ser sujeto, construirse como persona, transformar el mundo, estrechar con los otros, relaciones de reciprocidad. Para Freire, (1970. Pág.94) “La tendencia, entonces, tanto del educador-educando como la de educando-educadores es la de establecer una forma auténtica de pensamiento y acción. Pensarse a sí mismos y al mundo, simultáneamente, sin dicotomizar este pensar de la acción”.

Por otra parte Freire, (2005. Pág.101) define conciencia crítica como “la representación de las cosas y de los hechos como se dan en la existencia empírica en sus correlaciones causales y circunstanciales”. Por tanto, sólo se puede ampliar el espectro de la conciencia crítica cuando entre otros, se apela a factores como la resiliencia, la cual, se sitúa en una corriente de psicología positiva y dinámica de fomento de la salud mental y pública. La resiliencia, se demuestra en cada realidad

⁵⁴ El concepto de empoderamiento ha ocupado un lugar primordial en la psicología comunitaria, denotando a la vez una orientación valórica y un proceso con componentes cognitivos, afectivos y conductuales (Rappaport, 1981; Zimmerman, 2000; Zimmerman & Rappaport, 1988). Ha sido señalado como una de las vías fundamentales para el desarrollo y la transformación de las comunidades (Montero, 2003). Diversos autores (Cornell Empowerment Group, 1989; Foster-Fishman, Salem, Chibnall, Leglet & Yapchai, 1998; Maton & Salem, 1995; McMillan, Florin, Stevenson, Kerman & Mitchell, 1995; Mechanic, 1991; Montero, 1998, 2003; Rappaport, 1981, 1984; Serrano-García, 1984; Speer & Hughey, 1995; Trickett, 1994; Zimmerman, 1995, 2000; Zimmerman & Rappaport, 1988;) han desarrollado y enriquecido el significado y las implicancias del constructo. Carmen Silva y Loreto Martínez (2004)

confirmada por el testimonio de las personas luego de haber vivido cualquier situación traumática y logra salir de ella haciendo uso de sus propias capacidades. Cuando un sujeto o grupo humano se siente capaz de afrontar situaciones adversas a su salud, se les atribuye poseer la resiliencia adecuada para sobreponerse a contratiempos de rigor e, incluso, resultar fortalecido por los mismos. Entonces, aquí no sólo cabe entender el modo como se enseña, y como las personas aprehenden el debido conocimiento, que les faculta para poseer dominio de conciencia crítica al permitir superar cualquier vicisitud con entereza en el ambiente de aquellas comunidades que fomentan la resiliencia natural de niños y niñas, al ver como la población adulta, implementa el desarrollo de esta aptitud resiliente por la salud y la vida en: personas, familias e instituciones que no tengan la debida responsabilidad hacia la salud. En esta línea, es conveniente describir algunos referentes, que en cierto modo contribuyen al desarrollo del subsistema de gestión de conocimiento fundado en la promoción de la salud tanto el nivel operativo del MPPPS como a lo interno de las comunidades, habida cuenta de ello se describe lo que la Organización Panamericana La Salud cita como Educación para la Salud en su publicación científica N° 507 (1987, Pág.502).

Es el proceso mediante el cual las personas y grupos de ellas aprenden a fomentar, proteger o restablecer la salud. La educación para la salud comienza con las personas tal como son, con los intereses que pudieran tener para mejorar sus condiciones de vida. Su finalidad consiste en inculcarles un sentido de responsabilidad hacia la salud, como individuos y miembros de familias y colectividad hacia la salud, como individuos y miembros de familias y colectividades. En el control de enfermedades transmisibles, la educación para la salud suele incluir la evaluación de los conocimientos que posee la población respecto a una enfermedad, la evaluación de hábitos y actitudes en cuanto a propagación y frecuencia de las enfermedades, y la divulgación de medios específicos para remediar las deficiencias observadas. Sinónimos: orientación, educación sanitaria popular, educación del público.

Uno de los componentes más importantes de la educación sanitaria radica en el inculcamiento del sentido de responsabilidad hacia la salud, de manera integral a los grupos comunitarios a partir de individuos y miembros de familias y colectividad para que se aboquen hacia la defensa y promoción de la salud. En tanto y en cuanto todo tipo de conocimiento que se imparta deba ser evaluado. Al tiempo en que busca orientar la evaluación de hábitos y actitudes de comportamiento humano.

CAPITULO V

EL SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD

5.1.- LO QUE DEBERÍAN CONOCER LOS USUARIOS COMO SUJETOS SENSIBLES EN PROCESOS DE CONCIENCIACIÓN, RESPECTO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Esta perspectiva, aborda un componente modular de la investigación, dado a que intenta analizar diversas estructuras, para luego plantear la deconstrucción del paradigma del conocimiento más radicalizado en la historia de los procesos administrativos del sector salud con fuerza en las prácticas del modelo curativo-restitutivo. Razón para que el funcionamiento de los procesos de salud sean altamente hospitalarios. Lo cual, ha permitido que los hospitales hayan venido demandando más de las tres cuarta parte de los recursos humanos, tecnológicos y financieros presupuestados para el sector salud.

5.1.1.- Viejos Paradigmas De Conocimiento Aplicados A La Salud

La evolución del modelo médico integralista-curativo-restitutivo, ha estado dirigido a promover el funcionamiento clínico hospitalario, que bien puede ser equiparado a *centros-talleres* de reparaciones de cuerpos humanos, donde los usuarios y usuarias, acuden por diversas afecciones, en procura de atención por todas las especialidades médicas, entre las que destacan: ginecología y la obstetricia puntuales en salud reproductiva, por ser una de las especialidades con mayor longevidad y trascendencia en los anales de las intervenciones quirúrgicas, consideradas de orden masiva dentro de la practica médica venezolana, según Camacaro (2000. Pág. 71), la primera cesárea en mujer viva fue practicada en 1.820 por el Dr. Alfonzo Ruiz Moreno.

Pasado el tiempo, hacia la post-independencia comienzan algunos avances en obstetricia, el Dr. José María Vargas regresa del extranjero a Venezuela y hace importantes transformaciones en los estudios médicos en el país, como la incorporación de la enseñanza de “Obstetricia y Partos” al pensum universitario en 1832, la introducción de fórceps obstétrico, de la posición dorsal para el parto y el uso de cornezuelo de centeno en las inercias uterinas y hemorragias ginecológicas. Una vez que el Dr. Vargas formó escuela, se formaron discípulos que aportaron nuevas técnicas, nuevas terapéuticas en la obstetricia y ginecología, todas traídas de sus estudios en el extranjero. De igual modo... el Dr. Alfonso Ruiz Moreno, fue quien practicó la primera embriotomía. La salpingectomía por embarazo ectópico, la realizó Nicanor Guardia en 1867; mientras que Francisco Bustamante fue quien practicó la primera ovariectomía en 1874.

No obstante, cabe reconocer lo siguiente, antes que Vargas practicara la primera cesárea, el acompañamiento a las mujeres en el acto del parto venía siendo trabajo de comadronas y parteros, quienes daban asistencia a parturientas al modo de usanzas empíricos-tradicionales las cuales antropológicamente se habrían transmitido de generación a generación, en este continente. La Obstetricia, entre muchas otras especialidades médicas que fundaron sus prácticas iniciales en el empirismo, viene a ser ejemplo, a manos de parteros y comadronas, entre quienes destaca Fenerata madre de Platón. En honor a ellos, reseña Camacaro ob.cit., el meritorio reconocimiento que hiciera el Dr. Vargas junto a otros médicos para resaltar el trabajo de esas sanadoras y sanadores⁵⁵ empíricos, al proporcionarles cursos básicos en la Facultad Médica de Caracas, capacitándolas, para que ejerciesen de manera más adecuado, su arte de partear.

En sentido histórico, bien pudiera interpretarse, que las enseñanzas del Dr. Vargas, marcarían los comienzos de una especie de transferencia de conocimiento en obstetricia, como disciplina académica, que progresivamente vino tomando fuerza. Luego en ese mismo siglo, se inicia la extensión de los servicios obstétricos en el país y fue así, como a partir de 1936, se multiplican las maternidades aisladas o las secciones obstétricas de los hospitales generales. Posteriormente, en 1939, entraría

⁵⁵ Nótese, que en su época el Dr. Vargas se refería a parteros y parteras que asistían un parto, como sanadores y sanadoras – Sanar, según el DRAE, en verbo transitivo equivale a “Restituir a uno la salud que había perdido”-. Lo cual, confirma que el paradigma curativo-restitutivo en Venezuela es de vieja data.

® Robles, Alexis (2008). *Universidad de Carabobo*.

en funcionamiento la Maternidad “Concepción Palacios” de Caracas, catalogada en el presente, como uno de los principales centros públicos de: actividades asistenciales, docentes y de investigación en su área, para desarrollar conocimientos formales.

Desde la perspectiva del conocimiento formal, conviene revisar el término empírico, a partir del diccionario de filosofía donde se le interpreta como devenido de las palabras latina *empiricus*, y la griega clásica *empeirikos*; estas a su vez, fueron claves en las raíces de: *empeira*, experiencia, *empeiros*, habilidoso, y *peira* ensayo o experimento. Dado a que desde siempre, estas acepciones, han sido variables intervinientes en las argumentaciones y relatos, contruidos en torno a la salud o curación de enfermedades, en aquellos lugares, donde no habría presencia científica por parte del médico, y por consiguiente, los actos de preservación de la salud y la vida se hacían de manera empírica.

Cabe significar, que desde el mundo científico, comúnmente, se cuestiona al empirismo por la dificultad que les acompaña a quienes han venido haciendo usos generalizado de sus prácticas, pese a lo tangible o palpable de los resultados, muchas veces, se hace imposible demostrar la comprobación de tales hechos, o al modo como se llega a los mismos. Últimamente, no resulta nada fácil concretar una exacta definición del término empírico, debido a que los razonamientos respecto a esta acepción se han venido complicando a causa de dos factores básicos que según Williams, (ob.cit., P. 117), operan en un orden relativo.

Primero, el sentido especializado de los *empíricos* y el sentido derivado de faltos de formación e ignorantes indicaban no sólo un apoyo en la observación y el experimento sino una oposición o indiferencia positiva a la teoría. *Segundo*, una complicada argumentación filosófica sobre los aportes relativos de la experiencia y la razón a la formación de ideas produjo como descripción de un lado de la discusión de los términos **empirismo y empirista**, para señalar que las teorías del conocimiento derivan íntegramente de los sentidos, esto es, de la experiencia (no experimento) ahora especial.

Existen sobradas evidencias que corroboran hechos donde se comprueba que tanto la academia como las teorías del conocimiento en algún momento hayan

aceptado como válido uno que otro resultado empírico; aunque obviamente se rehúsan a aceptar la vía o procedimientos del como se llegó a ellos; presentando alegatos que pondrían en tela de juicio aquellos habilidosos procesos por medio del cual cuyos ejecutantes pudieron obrar basados en ciertas experiencias haciendo usos de la inventiva por la vía del ensayo y error, pero que luego son incapaces de explicar el cómo hacer. Obviamente que la dialéctica surgida entre el empirismo y la teoría del conocimiento⁵⁶ trasciende a casi dos siglos según evidencias al respecto registradas en Gutiérrez Pantoja (1984 p. 6). Por consiguiente. Tanto el uso de los términos; teoría del conocimiento, gnoseología o epistemología se empleen a lo largo de este trabajo, en realidad existe más familiaridad con la última acepción, al grado tal de desarrollar un apartado completo a la fundamentación epistemológica en este capítulo. De igual modo, se abordan acepciones puntuales como: empírico, técnica y conocimiento táctico, porque contribuyen al desarrollo de los objetivos esenciales en la tendencia de este trabajo que persigue trabajar la transmisión de conocimiento hasta lograr que el mayor número de ciudadanos se apropien de ellos hasta que alcancen adecuados grados de conciencia que les permita entender como hacer para: valorar, defender y preservar la vida, promover la salud, y prevenir enfermedades basándose en una fundamentación científica que por encima de lo empírico les ayude a ser conscientes.

En cuanto al empirismo, cabe resaltar que en las últimas décadas, estas prácticas, han venido funcionando de manera encubierta con la etiqueta del conocimiento tácito. Naturalmente, si la etimología del término conocimiento y escudriñamos semánticamente en el Diccionario Electrónico de María Moliner (1996) se encuentra que la acepción tácito, deviene del latín «tácitus», <<Sobrentendido>>.

⁵⁶ La primera aparición del concepto de la Teoría del conocimiento se encuentra en el siglo pasado, y es Ernest Reinhold quien habla en 1832 de *Theorie der Erkenntnis* (Teoría del conocimiento). Posteriormente, en 1862, el historiador de la filosofía Eduard Séller, utiliza la misma expresión para ilustrar los distintos procesos del conocimiento a través de las ideas de los filósofos del tema. Si bien, el término se ha hecho de uso común en los cursos de habla hispana su utilización no ha sido universalmente aceptada pues, salvo en alemán que se expresa comúnmente *Erkenntnistheorie* cuyo significado literal es; teoría del conocimiento, en inglés se utiliza la forma común; Epistemology, concepto cuya raíz griega significa, tratado de la ciencia (episteme = ciencia; logos = tratado). Este concepto fue introducido por J.F. Ferrier en 1854 en su texto *Institutes of Metaphysics*. Por otra parte, es destacable que Wolfiano Baumgarten, introdujo al idioma alemán la palabra *gnoseologie* que proviene de las raíces griegas tratado del conocimiento, (gnosis = conocimientos; logos = tratado, doctrina) pero su éxito fue limitado en ese idioma, no obstante recibió una aceptación más amplia en francés donde se utiliza como sinónimo de teoría del conocimiento. En el idioma español, se encuentra el uso de tres términos sin distinción alguna, se utiliza tanto teoría del conocimiento como gnoseología y epistemología.

Por tanto, “se aplica a lo que no se dice, porque ya queda entendido, por lo que se ha dicho antes o por otras causas”. No obstante en el DRAE, existe otra acepción que presenta un mejor encuadre etimológico con el propósito buscado en esta investigación, porque deja ver su equivalencia a “método o sistema para ejecutar o conseguir algo”.

A propósito de esta connotación, Fernández Ríos (1999, 2001) define como conocimiento táctico a aquel “Conocimiento tecnológico que comprende un conjunto de reglas que no son concebidas como tales por quienes las siguen: en otras palabras se puede saber hacer algo y al mismo tiempo ser incapaz de explicar como ha sido hecho”. Asumiendo que, aquí opera el sustrato empírico. Entonces, convendría saber. ¿Cómo se explicaría la relación trascendental de: el conocimiento empírico, la técnica y lo tecnológico con el denominado conocimiento táctico? La búsqueda de una respuesta nos remite indudablemente a los antiguos textos filosóficos donde quedarían plasmados los orígenes de la acepción técnica. Según se explica en Cortés, Morató Jordi y Martínez Riu Antoni. (1996-98). Sería entonces, a partir de Aristóteles cuando se comienza a utilizar la palabra técnica, que devenida del griego (*la téchne para referirse al arte*) traduce al español términos como: saber y hacer. En su primera acepción, este término designa un conjunto de habilidades y procedimientos que siguen ciertas reglas establecidas, más o menos codificadas para hacer algo en función de un determinado fin.

No obstante, la acepción técnica, también puede ser entendida como el conjunto de procedimientos utilizados en un oficio o en un arte. Además, se admite que como adjetivo, se refiere a todo lo que es relativo a las actividades de oficios o artes específicos, en oposición al conocimiento teórico sobre los que se basan por resultados del conocimiento táctico (o empírico). Se estima conveniente entender, como la actitud escéptica antigua, se apoya en la repetida opinión filosófica que distingue un conocimiento verdadero (episteme) y un saber empírico (téchne). Además, el modo como se desarrolla la preeminencia de la actividad contemplativa (teoría) frente a ocupaciones técnicas, lo cual representaría otro modo de subrayar esa distancia insalvable entre la técnica y la filosofía, al grado tal, de llegar a

entender lo que se ha venido calificando como filosofía de la técnica. La cual, según Morató Jordi y Martínez Riu Antoni. (1996-98) es bastante reciente, y aparece por primera vez en la obra de Ernest Kapp (Filosofía de la técnica, 1877).

Por otro lado, resulta interesante, entender la tesis planteada por la doctrina filosófica, la cual sostiene que el conocimiento en general, proviene de la experiencia, según puede leerse en la acepción de Empirismo registrada en Cortés Morató, Jordi y Martínez Riu Antoni. (ob.cit.) expresada en los siguientes términos.

La doctrina filosófica que sostiene que las ideas y el conocimiento en general provienen de la experiencia, tanto en sentido psicológico (o temporal: El conocimiento nace con la experiencia) como en sentido epistemológico(o lógico: El conocimiento se justifica por la experiencia). A Kant se debe su uso en filosofía en el sentido actual: llama a Aristóteles «principal representante de los empiristas» y, a Locke, uno de sus seguidores actuales al referirse a la teoría que deriva de la experiencia del conocimiento que posee la razón.

En la actualidad, para que esas cualidades Aristotélicas (también mencionadas por Hessen ob.cit.) tiendan a ser más objetivas, el conocimiento humano debe ser visto como una base que posibilite la reproducción de aquellos objetos poseedores de una “estructura”, que depende de dos cuerpos de razones básicas: una razón material, que determina los componentes físicos del objeto. Y una inmaterial, que se corresponde con los saberes necesarios, para estructurar o componer al todo en sus partes. Naturalmente, esos saberes vienen dado intrínsecamente al ente humano, capaz de hacer *razonamientos* en correspondencia propias de las teorías humanas, dejadas de un lado por el maquinismo del cual se profundiza en otro contexto esta investigación.

Pues bien, como se sabe, cada uno de esos cuerpos de razones, posee a su vez un componente teórico y un componente de praxis, y precisan de ser entendidos para alcanzar con más facilidad *el cómo hacer*, o reproducir de manera adecuada un objeto. Entonces, esa estructura a la cual nos referimos es definida por Morfaux (1985,113) como “la forma que nace de la *organización* y de la *solidez* de los *elementos* que la *componen*, y que *solo adquieren significación por su participación en el conjunto*”. O manipulación de objetos de conocimiento.

5.1.2.- El Paradigma de la administración de los servicios

En Venezuela, el paradigma de administración de salud que trasciende desde el año 1936, cuando fue creado el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social que dio inicio a la estructuración casi continua, de diversos paradigmas de servicios fundamentados en un esquema de salud altamente medicalista destinando la mayor cantidad de recursos técnicos y humanos hacia la curación de enfermedades y obviando prácticamente a los otros dos principios básicos de la trilogía con que la OMS y la OPS, evalúan la atención en salud, como lo son: el fomento, conservación y restitución, dándole cabida casi de manera total a este último. Lo cual, da pie para entender, que se venía trabajando, más para paliar la enfermedad, que para preservar la salud. Ante esta posición, y sin obviar la tríada que integraba el concepto de salud vigente para entonces, a partir del DRAE, se analizar el Verbo Restituir sobre la base de dos acepciones que guardan estrecha relación con el tema aquí tratado. La primera, hace referencia a: Volver una cosa a quien la tenía antes. Lo cual permite entender que equivale a, volver la salud a quien la ha perdido, esto, motiva a pensar sobre las causales que, tanto directa, como indirectamente, ocasionan la pérdida de la misma. En tanto que, en la segunda acepción, se alude a, Volver a establecer una cosa o ponerla en el estado que antes tenía.

De manera tal, que al someter el término *restituir*, a un ligero análisis desde la semiótica como parte de la medicina, la cual trata los signos, y en consecuencia, los síntomas de las enfermedades teniendo como norte al diagnóstico y el pronóstico; seguramente encontraríamos que restituir es un equivalente a: recuperarse, repararse de una dolencia, enfermedad u otro daño o menoscabo, o poner una cosa en el estado que antes tenía, pero; también es sinónimo de restablecer. En efecto, el restablecimiento de la salud es lo que básicamente se ha venido haciendo a partir de diagnósticos muy comunes en enfermedades cuya recurrencia pudieran evitarse, siempre y cuando se hiciera uso del pronóstico, visto desde su acepción inherente a lo social y enmarcado en el Método Sintomático Situacional. Dentro de los modelos

de predicción, el propósito del pronóstico consiste en estimar un valor futuro desconocido, y en reducir el margen de incertidumbre dentro del que se debe efectuar los juicios de la organización. Este propósito, sugiere dos reglas principales a las que debe adherirse el proceso de pronóstico 1. El pronóstico debe ser técnicamente correcto y producir predicciones precisas. 2. El procedimiento de pronóstico y sus resultados deben ser presentados con efectividad a la administración de los procesos, de modo que, los pronósticos se utilicen en la toma de decisiones en beneficio de la organización; también los resultados deben ser justificados con base en su costo-beneficio”, o como un modelo aliado de predicción, antes algo incierto que determine un mal resultado.

Evidentemente que, el pronóstico también debe ser entendido según el Diccionario de la Lengua Española como, Juicio que forma el médico respecto a los cambios que pueden sobrevenir durante el curso de una enfermedad, y sobre su duración y terminación por los síntomas que la han precedido o la acompañan. El pronóstico, de este modo, adquiere sentido polisémico, y desde una fundamentación en la semiología como teoría general de los signos encauza en un enfoque social y en el desarrollo de un sistema, estaría llamado a contribuir en el análisis de indicadores de criterios o de gestión. Los indicadores, no son algo más que la información usada por los mecanismos de control, para monitorear y ajustar las acciones que un sistema, subsistema, o proceso, emprende para alcanzar el cumplimiento de su misión, objetivos y metas. Mientras tanto, todo aquello que obedezca al orden de números índices, se utilizan para medir o indicar cuánto ha cambiado un elemento de un tiempo a otro, o cómo se compara algo con respecto a otra cosa.

Dentro del ámbito social, por ejemplo; los indicadores son usados para monitorear los procesos de salud. Por su parte, el signo, cuando es visto desde lo social se aleja sustancialmente de la concepción que en clínica se tiene de éste término. Un ejemplo de ello es expuesto por Aranda (1991.Pág.135), cuando refiere que, el signo inicia la etapa clínica con la aparición de algo anormal que llama la atención, como es el caso de los cambios tisulares (relativo a los tejidos de los

organismos) o la alteración de forma y función, donde por lo general frecuentemente dan lugar a signos y síntomas en el curso evolutivo de la enfermedad. Por su parte, el pronóstico debe ser usado sobre la base del estudio de los signos en la vida social, esto le permitiría operar en correspondencia con la significación dada a la salud como objeto cognoscente digna de los más rigurosos análisis que pudiesen interpretarse como evidentes señales dinámicas de control ante una evidente ruptura de viejos paradigmas en un Sistema Público de Salud. Esto, coadyuvaría a determinar causas que incidirían en los programas de prevención originando así un mal resultado en las acciones emprendidas, debido a excesos de fallas por impericias en el desarrollo de toda una multiplicidad de sucesivos y recurrentes eventos que le son inherentes a la salud poblacional. Es aquí, cuando el pronóstico bien puede servir para anticipar realidades y contingencias mayores.

En correspondencia con esta conjetura, es admisible pensar que, al deconstruir el viejo paradigma que caracterizó en su época al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social MINSAS como estructura que obedecería a un patrón de códigos con exigencias de características: técnicas, económicas, sociales los cuales vinieron determinando procesos (transferido casi en su totalidad al MPPPS) estimuladores del trabajo para la gente, más no con la gente. Asumidos los códigos también como estructuras; cabría entender si los códigos de salud-enfermedad pudieran ser interpretados como tal. Ante este presupuesto, cabe admitir la posición que al respecto fijaría (Piaget 1972) donde suscribe que, "las estructuras no son observables como tales, y se sitúan en planos en los cuales es necesario abstraer las formas de formas o los sistemas a la enésima potencia, lo cual exige un esfuerzo particular de abstracción reflexiva". Tal vez, por ausencia de esa capacidad que permita hacer abstracción reflexiva, el trabajo de muchos investigadores dedicados al campo de la salud humana, ha culminado en resultados con posibilidades teóricas y pragmáticas sin haber alcanzado, por ejemplo; la construcción de un sistema de valoración fundado en: códigos, síntomas y signos para evaluar, en el sentido de señalar el valor de la salud y la vida humana.

Otra visión del asunto, se evidencia en que de manera redundante se incurre en: investigaciones, desarrollo de procesos y actuaciones humanas que han hecho el trabajo de pensar por la gente, y planificar en función de necesidades supuestas, más no, en sentidas necesidades básicas, sin que los miembros comunitarios tengan opciones de participación alguna, por tanto, no existe el involucramiento de: saberes, experiencias, opiniones, ideas, y conceptos que descifren el binomio causa-efecto. Naturalmente, esto ocurre siempre, cuando se planifica a espaldas de las realidades preexistentes dentro de un determinado entorno. Siendo esta, una de las principales razones que coadyuvan al incumplimiento de propósitos, los cuales culminan en la no satisfacción de necesidades implícitas en el orden causa-efecto. Por lo demás, se presupone, que al planificar en este sentido, se coartan las posibilidades de operar sobre la base de un pensamiento reflexivo que permitiese estructurar visiones anticipatorias mediante el pronóstico de realidades y contingencias multicausales de percances enmarcados dentro de un conjunto de eventos recurrentes, considerados como prevenibles, aun cuando obedezcan a factores multivariantes dentro de una comunidad.

En síntesis, cabe suponer, que mientras los criterios funcionales de la administración pública estuviesen basados en esos diversos “esquemas de pensamiento” dirigidos a cumplir metas más no propósitos enmarcados en una línea de estructura funcional se incurre en un desgaste de fuerzas y recursos. Se habla aquí, de diversos “esquemas de pensamiento”, porque al no existir una línea sistémica de pensamiento, ni mucho menos una estructura de cultura organizacional alineada con: la prevención de enfermedades, promoción de la salud, el cuidado de sí y del otro, fundados en principios de alteridad dentro del horizonte de trabajo, en el que se inscribe MPPPS, se continuaran haciendo cambios de forma, más no de fondo.

5.1.3.- Rupturas Paradigmáticas En Los Servicios De Salud

Bajo ésta perspectiva, se aborda la concepción de ruptura epistemológica primeramente desde cuatro casos prácticos encontrados en la Universidad de Carabobo, por considerar que están relacionadas con la salud, la enfermedad y su incidencia en la enseñanza de la Medicina. Y en segundo término, desde una base conceptual, por considerar que ambas guardan una muy estrecha relación con los paradigmas susceptibles de ser tomados en cuenta en ésta investigación.

A este respecto, en un trabajo compilado por José Orellana Torrealba y Edilberto Pacheco Hellal (1996), Carlos Rojas M. (Pág.13) sostiene que. La primera gran crisis que determinaría **una primera ruptura** que se conoce en “la historia de la medicina, es la que da lugar a su nacimiento en los siglos V, IV y III antes de J.C... Se trata nada menos que, de una ruptura con la concepción mágica de la enfermedad y de la aurora de la concepción científico-natural”. Tal y como puede apreciarse la trayectoria del caso es de gran longevidad dado a que trasciende a la Escuela médica de Cos, donde quedaría condensada la sabiduría de Hipócrates en un CORPUS de conocimiento que contemplan todo lo que hasta ese momento se sabía y se pensaba sobre el problema de la enfermedad. En aquel cenáculo, quedaría Hipócrates como el más alto representante de esta Escuela; de allí que al conjunto de obras de abigarradas y diversas atesoradas en su biblioteca se le conoce como CORPUS Hippocraticum.

Aunque cabe destacar, que la primera ruptura influenciara la enseñanza de la medicina en Venezuela desde la fundación misma de las primeras universidades sólo se hizo más evidente, a decir de Rojas M. (1996.) desde **la segunda ruptura** producida entre (1959-1973) valga decir, en la segunda facultad de Medicina que se instalara en el país, fue identificada entre lo psíquico y lo social. Y añade que entre el cierre de la Universidad de Valencia en 1904 y su reapertura por la junta de gobierno que sucediera al General Pérez Jiménez en 1958, lapso suficientemente prudencial

como para que ocurriera una serie de sucesos en la Asistencia Médica venezolana que llegarían a impactar de distintas maneras la salud de la población carabobeña, cuando para ese entonces a decir de Rojas, M. (ob.cit. Pág.16).

En Carabobo se crean hospitales importantes: el Hospital central sucede el antiguo Hospital Civil en la zona oeste de la ciudad y en el área de Bárbula se edifican el Sanatorio Antituberculoso y el Hospital Psiquiátrico de Bárbula. Igualmente en el ámbito nacional se ha creado el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. Desde el Departamento de Malariología del MSAS y La Escuela de Salud Pública de La Universidad Central de Venezuela, han logrado infundir un optimismo incuestionable que transmiten a la población y a sus alumnos. Detrás del paludismo vendrían las Parasitosis, la lepra el kala-azar, la tripanosomiasis, la buba, la desnutrición y todas las pestes centenarias del país. Sería cuestión de planificar, formar personal y ejecutar planes para que todas las endemias fueran retrocediendo progresivamente. Alumnos de este optimismo son los que *fundan la Cátedra de Medicina Preventiva y Social* de la nueva y flamante Escuela de Medicina de la Universidad de Carabobo.

Tal y como puede apreciarse, **la segunda ruptura** epistemológica que impactaría la enseñanza de la Medicina en Venezuela vendría a ser la primera en importancia para el país. Porque ciertamente al institucionalizarse la practica médica a través del MSAS y del IVSS en el ámbito nacional aunque no en modo generalizado ante la fundación de Cátedras de medicina Preventiva y Social se provocó una potencial ruptura no sólo con la concepción mágica de la enfermedad, sino que arrastró también con mucho de una concepción social originaria de saberes idiosincráticos al abordar el ataque de enfermedades endémicas con epistemes y “productos químicos” importados en su gran mayoría desde Europa y Norte América.

Indudablemente que aquella experiencia fundada en lo que Rojas, M. (ob.cit. Pág.17) califica como segunda ruptura también desde su lado positivo dejaría buenos resultados. Pese a que desde entonces se hayan venido arrastrando fallas de origen y concepción de las asignaturas con pertinencia en lo social. No obstante a ello en opinión de Rojas M. fue así como se gestó esta segunda ruptura con la concepción científico-natural, lo cual indujo a que:

Lo social pase a ser considerado como un factor de tanta importancia y rango como lo biológico en la comprensión de la enfermedad... Esta ruptura que se opera desde lo social se expresa en la inclusión de asignaturas en la enseñanza de la medicina como Bioestadística, Epidemiología, Medicina Familiar y Clínica Sanitaria. Estas asignaturas solo son pensables por hombres que han visto la enfermedad más allá de la Physis Hipocrática y que comienzan a entender, por lo tanto, que la medicina no es mera Physiología.

De aquí resulta entendible que la tarea de la fisiología según Balestrini (1999.Pág.201) se orienta hacia las actividades cognoscitivas que den cuenta de las alternativas y el restablecimiento del conjunto de procesos fisiológicos, útiles a la medicina; en tanto plantean la posibilidad de diseñar medidas profilácticas y terapéuticas científicamente fundadas en esta ciencia que tiene por objeto el estudio de las funciones de los seres orgánicos entre los que destacan los humanos quienes a su vez coexistimos en un mundo societal; y por tanto la medicina debe y tiene que ir pensada desde una epistemología fundada en lo humano-social porque en ese sentido se direccionan los resultados deseados.

Esta oportuna reflexión, nos permite retomar el análisis que nos ha venido ocupando respecto a las rupturas epistemológicas donde se aprecia que. De acuerdo a los avances generados en la segunda, **la tercera ruptura** debió ser entendida desde la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo, la cual había sido fundada bajo la nueva concepción holística de la salud que se entiende ahora como bienestar físico, mental y social y no solamente como ausencia de enfermedad. A estas alturas del discurso cabe decir que en distintos momentos de ésta disertación, por implicaciones ya descritas hemos chocado conceptualmente con la acepción de bienestar, y en contra concepto más bien se debería admitir la salud como “un proceso esencialmente humano” tal y como es concebida por Pacheco (Ibíd. Pág. 27). De vuelta a Rojas M. (ob.cit. 18), encontramos el modo como la Universidad de Carabobo estaría operando dentro de la nueva concepción holística de la salud basada en un “completo bienestar físico, mental y social” propulsado tanto por OMS, como por OPS y el Ministerio del ramo en Venezuela.

Con tal concepción de la salud no es extraño que se comience a pensar que la enfermedad no es un problema que competa exclusivamente a los médicos. A finales de los años 60 el Dr. Ovidio Beltrán Reyes, desde la Cátedra de Medicina Preventiva y Social diseña un proyecto de Facultad de Ciencias de la Salud que termina siendo aprobado para implantarse a partir del año 1973, la idea no podía ser más bella ni avanzada. En la Facultad de Ciencias de la Salud tendrían cabida las carreras de Medicina, Odontología, Bioanálisis y Enfermería. Los departamentos serían comunes a las cuatro carreras y desarrollarán programas para ser impartidos en cada una de ellas. Se estaba creando un espacio para la integración multidisciplinaria. Distintos profesionales de la salud trabajando en equipo, aportando su conocimiento, integrados ahora como profesionales de otras áreas hasta entonces ajenas (como la Sociología, Antropología, la Educación, etc.) darían lugar a un nuevo saber, a un nuevo paradigma transdisciplinario que enriquecería la comprensión del proceso salud-enfermedad.

En este orden de ideas, tenemos que los nuevos profesionales, procedentes sobre todo de las Ciencias Sociales, estarían llamados a incorporar un nuevo paradigma en la producción de saber. Fue entonces, cuando el Consejo de Facultad de La Universidad de Carabobo designa una comisión presidida por el profesor Freddy Bello, para que redactara un reglamento de Trabajos de Ascenso. El producto de esta comisión según Rojas ob.cit., determinó un instrumento de trabajo donde se propuso que desde el campo sociológico se cumpliera con la tarea de medir y cuantificar los procesos inherentes a la salud y la enfermedad. Al ser aprobado dicho instrumento por el Consejo de Facultad, se permite ingresar el **positivismo lógico** a la Academia de Carabobo, y esto quiebra el antiguo modelo de observación empírica para producir certeza.

Augusto Comte creador del Positivismo sociológico, citado por Bracho (op.citp. Pág.43) sostiene que es imposible prescindir del pasado, pues es en éste donde se encuentra la ley o leyes que provocan los efectos posteriores. Es gracias al conocimiento de estas leyes como los individuos pueden prever, lo que sucederá más adelante. El desenvolvimiento histórico aparece así sumergido en una suerte de ciclo, donde la ley fundamental emerge cual principio y fin de lo real. Posteriormente, a la puesta en marcha del **positivismo lógico** propuesto por Bello, sostiene Rojas, se hizo necesario el planteamiento de: objetivos, formular hipótesis,

definir variables y establecer correlaciones matemáticas para poder hablar entre científicos. Pese a que los médicos, al principio fueron reticentes, terminaron por asimilar el modelo. Esta nueva episteme, para hacer ciencia abrió la necesidad de ser “objetivos”, lo cual implicaría desprenderse y eliminar toda subjetividad en las investigaciones. Para ello, por ejemplo, están las pruebas doble ciego, donde ni observador ni observado conocen las variables que intervienen en el proceso a investigar. El conocimiento así generado se asimila como **La Ciencia Médica**. Es el nuevo mecanismo de **producir certeza**.

Con relación al método de doble ciego, cabe considerar, que en la actualidad se le considera una parte importante del método científico, pese a los cuestionamientos que ha venido siendo objeto, por ciertas inconsistencias e inadecuaciones; con ciertas excepciones viene siendo usado para prevenir que los resultados de una investigación resulten ser “influenciados” por el efecto placebo o por el sesgo del observador. La investigación a ciegas es una importante herramienta en muchos campos de investigación, desde la medicina a la psicología, y de las ciencias sociales a la ciencias forenses.

Entendidas las **ciencias sociales** como aquellas ciencias o disciplinas científicas que a partir del siglo XVIII fueran reconocidas como tal y en virtud de ello se ocupan de aspectos del comportamiento y actividades de los seres humanos, no estudiados en las ciencias naturales. Es por ello que en las ciencias sociales se examinan tanto las manifestaciones materiales e inmateriales de las sociedades. Pese a que las ciencias sociales gocen de una longevidad que trasciende al siglo XVIII cuando fueran pensadas para que se ocuparan de aspectos del comportamiento y actividades de los seres humanos, no estudiados en las ciencias naturales se puede dar fe que en la actualidad han venido siendo solapadas por las ciencias naturales, o al menos por los métodos utilizados para hacer mediciones y producir certeza cuantitativas donde en verdad deberían usarse métodos cualitativos. Una evidencia de ello lo representó a finales del siglo XX el ingreso del positivismo lógico a la Escuela de Medicina de La Universidad de Carabobo.

En cualquier caso, a través de estos criterios se ve facilitado, el ingreso del positivismo lógico a la Escuela de Medicina de La Universidad de Carabobo porque para el momento éste era el único lenguaje de la Ciencia Médica en Venezuela. Además, tanto los libros de Medicina y las Revistas Médicas exigían un cumplimiento riguroso de la metodología positivista para admitir cualquier trabajo científico en sus páginas. Fue por ello que a partir de la adopción de este modelo sostiene Rojas M. (ob.cit. Págs.19-20). Toda Hipótesis deberá ser trabajada con arreglo a ésta episteme del tipo positivista. El cual se pese a ciertos desfases epistemológicos muchas academias hacen defensas a ultranzas de sus endilgadas bondades para con las ciencias sociales.

Bracho Jorge. (1995. Págs.49-50) Las ideas del paradigma positivista se hicieron posibles en Venezuela de modo **sui generis**. Esto en virtud de que su aplicación no se hizo como ya dijimos, de ningún modo en forma unívoca, sino cargada de otros ingredientes epistemológicos que le dieron un carácter de sincretismo. En nuestro país el positivismo comteano se vio enlazado con el evolucionismo positivista spenceriano, el liberalismo positivo de Jhon Stuart Mill, el realismo social de Gumpłowicz y el social-darwinismo de Emile Durkheim. Como se ha advertido, aunque no puede hablarse, para el caso venezolano, de una escuela positivista **stricto sensu**, sí puede asegurarse que el movimiento positivista venezolano estuvo bien articulado. Entre los seguidores más conspicuos del ideario positivista, y sus aditamentos teóricos esenciales tenemos a: Vicente Marcano, Luis Razetti, Francisco Delgado Ramírez, Lisandro Alvarado, José Gil Fortul, Pedro Manuel Arcaya, Nicomedes Zuloaga, Alfredo Jahn, Manuel Revenga, Luis López Méndez, Cesar Zumeta, Manuel Vicente Romero García Laureano Ballenilla Lanz, Elías Toro, Ángel Cesar Rivas, Julio Cesar Salas y Samuel Darío Maldonado.

De tal manera que en el siglo XX, tanto la Academia de la UC, como la Industria Tecnomédica venezolana le dieran la bienvenida al “nuevo” modelo de producir certeza sobre bases numéricas. De igual modo, la industria farmacéutica asume que los nuevos fármacos deben demostrar las pruebas del doble ciego. A la par de los anteriores casos, se presupuso que dentro de una estructura, la tecnología diagnóstica para que resultara convincente debía superar a la clínica tradicional. Y para colmo, la confianza se desplaza progresivamente del sujeto al aparato cuando el esquema tecnológico debe por su parte ser sustancialmente apropiado de las

respuestas requeridas por los sujetos sociales en materia de salud y la enfermedad. Junto a esta ruptura de saberes que permitiría la implantación de un nuevo conocimiento subyace una consecuencia negativa que a nivel nacional y regional devino una severa crisis en la asistencia médica y un deterioro galopante de los hospitales públicos.

El análisis de las anteriores formulaciones, nos permite presentar **la cuarta ruptura** propuesta por Moreno (ob.cit. Pág.21) en la que se aborda una **crítica al positivismo**. Si bien es cierto que la investigación positivista a lo largo de su historia ha podido arrojar dividendos de un valor incuestionable, no es menos cierto que este modelo alberga en su seno una serie de inconsistencias que ya fueron avizoradas por sus creadores. La primera crítica que cabe hacerle al positivismo, radica en el afán de medir y su pretensión de objetividad aun en factores y elementos que no admiten ser medidos numéricamente. De lo expuesto se deduce que este método resulta un tanto ineficiente a las ciencias sociales, puesto a que supone que en efecto sin medida no hay posibilidad de ciencia y en este sentido cabría preguntarse ¿Cómo medir al hombre?... y como dice Moreno, responderse con Protágoras “El hombre es la medida de todas las cosas” o con Albert Einstein.

“En la medida en que las leyes de la matemática se refieren a la realidad no son ciertas, y en la medida en que son ciertas no se refieren a la realidad... Al respecto el físico Robert Oppenheimer, director del Proyecto Maniatan que creó la primera bomba atómica, formuló la siguiente recomendación al congreso de la Asociación Americana de Psicólogos: “el peor de todos los posibles errores que pueden cometer es imitar una física que ya no existe, que desde hace mucho tiempo ha quedado completamente superada y ellos (los físicos) han abandonado.

En este mismo sentido, acota el precitado autor que la lectura “objetiva” de la enfermedad no permite el dialogo. Es imposible interrogar los “hechos” omitiendo al sujeto es decir al humano. La superación del objetivismo en la medicina viene por la vía de la fenomenología de Heidegger quien trasciende la dicotomía sujeto-objeto a través de su concepción del ser-en-el-mundo. En Moreno (ob.cit. Pág.22) se aprecia una cita de Heidegger respecto a la dicotomía existente entre el positivismo y las

llamadas ciencias del espíritu en el siguiente orden.

“la investigación matemática de la naturaleza no es exacta porque calcula con exactitud, sino que tiene que calcular así porque la vinculación a su región de objetos tiene el carácter de exactitud. Por el contrario, todas las ciencias del espíritu, y aún todas las ciencias de lo vivo, tienen que ser necesariamente inexactas para seguir siendo rigurosas. Lo inexacto de la ciencia del espíritu no es un defecto, sino sólo el cumplimiento de un requisito esencial para esta especie de investigación”.

De vuelta a Heidegger, cabe destacar el grado de conciencia y la importancia que este autor adjudica a lo que se ha dado en denominar ciencias del espíritu, y aún todas las ciencias de lo vivo, y añade además que tienen que ser necesariamente inexactas para seguir siendo rigurosas. Y esto no puede alcanzarse siempre y cuando se siga pensado a favor del positivismo dentro de las ciencias sociales. Razón por la cual se estima que la propuesta de una ruptura paradigmática en este sentido fortalecería enormemente a las ciencias humanas.

Luego de haber hecho un relato pormenorizado respecto a cuatro rupturas epistemológicas encontradas en el contexto histórico de la enseñanza de la Medicina en Universidad de Carabobo, se estima pertinente, presentar en este mismo orden de ideas, un concepto de G. Bachelard, citado por Cortés y Martínez, ob.cit., referido a la ruptura epistemológica desde el ámbito de una construcción racional del objeto de conocimiento y por ende del pensamiento humano.

Una ruptura epistemológica marca una discontinuidad en el proceso del conocimiento o en el desarrollo histórico de las ciencias, que obliga a concebir el conocimiento mismo no sólo como la historia del progreso científico sino también como una sucesión de cortes o «saltos» (epistemológicos), en los que la fase posterior supone una negación, crítica o superación de los errores de la fase anterior. En el proceso del conocimiento el salto se produce en el paso del conocimiento ingenuo y ordinario al conocimiento objetivo y científico que, hay que entender como una construcción racional del objeto. En la historia del cambio científico, los saltos son los cambios revolucionarios de métodos, supuestos, técnicas y contenidos que no permiten imaginar el desarrollo científico como una acumulación continuada y progresiva de conocimiento.

Esta posición de Bachelard, merece dos relecturas interlineada. La primera

debe ser hecha para establecer analogía entre los cambios avizorados en el SPNS al que catalogamos como la fase posterior donde se supone habrá una negación, crítica o superación de los errores de la fase anterior o viejo Ministerio, todo ello implica el modo como, bajo patrones instituidos tanto por las ciencias como por la manera en que se vino trabajando sería tácitamente la causal que provocaría la inminente ruptura paradigmática. Esa superación de errores debe producirse en la medida en que se logre abordar o gestionar el conocimiento para promocionar la salud, hasta ahora centrados en rígidos moldes exclusivamente disciplinarios y centralizados en los nichos burocráticos del estado.

Mientras que la segunda interpretación, cabe donde Bachelard señala que: en el proceso del conocimiento el salto se produce en el paso del conocimiento ingenuo y ordinario al conocimiento objetivo y científico el cual, debe ser entendido como una construcción racional del objeto. Es importante resaltar que ciertamente, en nuestro caso como ya se ha dicho se trata más bien de vincular los saberes populares (esos mismos que Bachelard define como ingenuos) al conocimiento académico o científicos, lo de objetivo simplemente nos lo reservaremos para no entrar en una discusión al margen cuando es bien sabido que también los saberes populares o ingenuos como este autor les ha llamado en sentido amplio tienen algo de teoría. Vista la teoría como un enunciado que aporta un conocimiento que está más allá de los datos o hechos que se perciben de una forma inmediata; conjetura o hipótesis meramente especulativa que nada tiene que ver con la práctica, con la observación o con la verificación pero que facilita el tránsito de lo simple a lo complejo y viceversa.

La complejidad del caso vendría planteada en la desfundamentación de criterios insertos en cada profesión, porque como bien lo plantea Lolás Stepke (op.cit 228) “La profesión como saber-hacer, no es un puro saber ni un puro hacer. Es una praxis informada por teoría”. En un subsistema de gestión del conocimiento dirigido a modificar conductas a favor de la salud de los pueblos, esa teoría debe estar orientada a una praxis orientada a establecer diversas formas de hacer combinatorias entre disciplinas que pueden ser denominadas como: multidisciplinaria, interdisciplinaria y transdisciplinaria”. En el escenario de un subsistema tendente a

producir y transmitir conocimiento, esta última interpelación, debe distinguirse de la primera y la segunda, porque más allá de un conjunto de rama o ciencia la transdisciplina debe buscar sus propios fines, y adecuarse a la información necesaria, a la comunicación para la salud dentro de cada entorno cohabitado esencialmente por humanos.

A sabiendas, que los resultados esperados de un subsistema de administración o gestión del conocimiento destinado a generar cambios de: hábitos, conductas, aptitudes, actitudes, por tanto sus acciones no deben ser absolutamente descontextualizadas de los escenarios donde actúan, es decir cada uno de estos resultados debe y tiene que contener la esencia del mundo de vida que desarrollan los grupos sociales; porque, a la postre, el actor o destinatario final con mayor posibilidad de hacer uso del conocimiento directo o indirecto y, beneficiarse o no, de los distintos resultados que estos generen es sin duda el ente humano y debe estar conectado mediante los procesos de información como una parte del todo. Por tanto, la información debe contener los atributos fundamentales de ser: adecuada, útil y oportuna. Esto, por ejemplo; no se logra cuando el modelo cuantitativo obliga a que la enfermedad adopte por alteridad un sentido de salud y por ende, hace que a ésta, se le mire desde la óptica de la epidemiología. Ya en su momento lo habría dicho Aristóteles, la alteridad es la diferencia. No obstante, para el Diccionario de Filosofía se acepta Alteridad. (Del latín *alter*, otro) como característica contraria a identidad.

Como característica general de las cosas -que son múltiples y diversas entre sí-, que Platón, la llama «lo otro», le da el rango de ser una de las propiedades generales (o clases generales) de las ideas, o formas, junto con el movimiento, la quietud, la existencia (o el ser) y la igualdad, y es lo que hace que cada cosa sea «otra respecto de las demás» Para Aristóteles la alteridad es la diferencia. La lógica del género y la diferencia le basta para poder precisar con sentido lo que algo es o no es. La filosofía de Hegel da a la alteridad, con el nombre de «lo otro», un lugar destacado, y hasta necesario, en la constitución del sentido (y de la realidad) de las cosas. Todo es lo que es, pero la comprensión de lo que algo es depende de comprender lo que no es, porque nada «es» simplemente; todo se relaciona -dialécticamente- con todo.

Mientras que Rui Federico, (1981. Pág. 56), presenta “alteridad”, como el modo de entender la separación o diferencia, puede tener, desde el punto de vista

ontológico, dos significados diferentes: el primero, de estirpe hegeliana, designa la estructura del sujeto como “ser escindido”, como igualdad consigo mismo en el ser otro”; el segundo, el resultado de una falsa objetivación tal es el caso del uso de la epidemiología concebida en una estructura para medir epidemias y por consiguiente muertes, empero se le endilga el rol de medir vidas. Si exceptuamos a Lukács, cuyo concepto de alineación, en el campo marxista, toman alteridad en el segundo de los significados es decir falsa objetivación.

A la luz de encarados cuestionamientos a partir de falsas objetivaciones, se intenta construir un nuevo conocimiento. Bajo el entendido, que conocimiento es información organizada, conviene ver como se estructura la organización; en este sentido, se realiza en virtud de ciertas metas inherentes a la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y al fomento de una adecuada calidad de vida con finalidades que apelen a principios de salud pública. El sentido de la información estaría orientado al fin. Y el fin es el uso del conocimiento. Y añade Lolas Stepke. No se trata, por ende, de buscar resquicios o intersticios de la realidad por los cuales pudiera entrar algún soplo de novedades entre las ciencias constituidas. Se trata de constituir un discurso que creará objetos disciplinarios diferentes de los que ahora manejamos. Tal es el desafío de reformular la medicina como ciencia social.

Ya, anteriormente se había señalado, que resulta inminente provocar una ruptura de paradigmas, en el ámbito de la práctica de producir información de modo cualitativo en las ciencias sociales al servicio de la salud, para que se pueda alcanzar el desarrollo de un orden transdisciplinario, tan necesario en el implante del Sistema Público Nacional de Salud. El cual, debe emerger marcando las distancias necesarias con el positivismo. Dado que, esta corriente de pensamiento, continúa moldeada por aquella actitud teórica, sostenedora que el único y auténtico conocimiento o saber, es el saber científico. Sin duda alguna, que la promulgación e implantación de la Constitución del año 1999, vino a promover un nuevo enfoque de estructura, que permitiría instar al “recién nominado” Ministerio De Salud y Desarrollo Social a iniciar una búsqueda de adecuación al articulado referido a sus áreas de competencias, para que se fuesen incorporando los cambios que en materia de Salud requería el

país, y que tanto al antiguo Ministerio de Sanidad como al IVSS, les resultó bastante difícil desarrollar como política de estado.

Al respecto, cabe reconocer, que este Ministerio, prácticamente adoleció de estamentos legales que le permitieran actuar de manera ecuánime con las exigencias de cambio que el país venía demandando. Tan solo el artículo 76, de la constitución de 1961, le proporcionaba un apéndice legal al decir. ***Todos tienen derecho a la protección de la salud.*** Como es bien sabido, no todos los venezolanos han venido teniendo acceso a la salud de manera adecuada; porque no se mantuvo desde un principio la promoción ni la prevención como política de estado. Muy a pesar, que era un derecho consagrado en el referido Art. 76.- y que además decía. ***Las autoridades velarán por el mantenimiento de la salud pública y proveerán los medios de prevención y asistencia a quienes carezcan de ellos.***

De aquí resulta comprensible que para aquel entonces (como ya se ha mencionado en párrafos anteriores) la OMS, había establecido que la *Salud es el goce de un completo estado de bienestar: físico, mental y social; mas no la simple ausencia de enfermedades.* Cabe señalar que no todos los venezolanos tuvieron, (ni aun tienen) alcance a ese mantenimiento de la salud pública. Finalmente el segundo párrafo de dicho artículo dice. ***Todos están obligados a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro de los límites impuestos por el respeto a la persona humana.***

En ésta dirección, Importa destacar que, antes que fuese promulgada la constitución del 61, ya estaba en vigencia la Ley del Seguro Social, un Organismo que había nacido con personalidad jurídica y patrimonio propio, distinto e independiente del fisco nacional adscrito al ministerio del trabajo, que sirve de órgano de enlace entre el Instituto y el Ejecutivo Nacional para dirigir sus políticas y vigilar la marcha de sus servicios ante la necesidad de proteger al trabajador, mediante adecuados sistemas para conservar su salud y la de sus familiares, previniéndolos ante la posible pérdida de su capacidad para trabajar, rehabilitarlo en caso de incapacidad, auxiliarlo económicamente con un régimen especial de pago

cuando por enfermedad o accidente no pueda concurrir al trabajo.

Otro paradigma, que debe ser rediseñado para que contribuya a generar un cambio organizacional de gran importancia en las organizaciones del sector salud, estaría fundamentado en la disponibilidad y administración de los recursos destinados al financiamiento con rango de política pública que permita sustentar la salud en concordancia con lo dispuesto en el **Artículo 85** de la Constitución del 99:

El financiamiento del sistema público de salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria.

Es por ello, que se insiste en alcanzar cambios organizacionales direccionados hacia la prestación de servicios a la salud que rompan con viejos moldes administrativos enmarcados en un pragmatismo casi irracional donde predomina una marcada tendencia a rebotar la inclusión de nuevos esquemas de gestión que puedan introducir al mismo tiempo una serie de requerimientos de valoración de resultados basados en criterios de tipo cualitativo, los cuales se obtienen mediante la participación ciudadana tal y como lo prevé la Constitución vigente.

El claro ejemplo de un nuevo modelo de gestión, lo representa la Misión Barrio Adentro instituida en el ámbito nacional para dar cumplimiento a los postulados constitucionales de: promover y desarrollar políticas orientadas a elevar Calidad de vida, y bienestar colectivo (ambos conceptos cuestionados en párrafos anteriores) aunado a ello coexisten: los Centros de Diagnostico Integral, Centros de Alta Tecnología y el reforzamiento de la red hospitalaria entre otros a fin de dar acceso a los servicios reconstitutivos de salud. La propuesta en este sentido esta contenida en el **CAPÍTULO V**, De los Derechos Sociales y de las Familias. **Artículo 83.-** donde se expresa que.

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.

Resulta por demás pertinente y significativo, el derecho a la salud y a la vida, al tiempo en que la constitución obliga al estado a reconocer que las personas están en el deber de participar activamente en la promoción y defensa de la salud. Lo cual no quiere decir que anteriormente no se hubiese hablado de participación en salud. La verdad es que en el VI plan de la Nación (29-08.81.Pág. 36) se hace énfasis en que este tipo de participación debió ser fortalecida en el ámbito de la organización social del pueblo a los efectos de dar participación a las personas para que se involucren en las actividades inherentes en el día a día a la salud poblacional. Pero; en esencia, aquel postulado se tradujo en letra muerta, ante el súbito abandono de aquella noble intención cabe inferir que, tal vez uno de los factores de abandono se correspondan con que mas allá de una simple intención dicho postulado no obedecía a un precepto constitucional. No obstante a lo interno del MSAS, se inició la conformación de los comités de salud. En el presente esta premisa no deja de ser un reto demoledor del viejo paradigma de servicios instituido en la estructura ministerial.

5.2.- BASES PARA CONSTRUIR UN NUEVO PARADIGMA DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN UN SUBSISTEMA DE INVESTIGACIÓN Y EDUCACIÓN DEL MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD

5.2.1. La Participación Social Comunitaria En Venezuela

Antecedentes. Precisar con exactitud la fecha en que nuestros antepasados dieron comienzo a la practica de la “Callapa o Gallapa”, también renombradas como “Fajina”, Día vuelto” y el “Convite” como prácticas de trabajo mancomunado con los cuales milenariamente las comunidades ancestrales realizaban actividades en pro de familias y pueblos enteros. Estas modalidades de hacer tareas pueden entenderse en la actualidad como conceptos de participación instituidos en el seno de los

pueblos originarios conocidos en la actualidad como pueblos indígenas. Al seguir la línea histórica de la Participación Social Comunitaria PSC, en Venezuela dentro del ámbito de servicios a la salud se encuentra que desde comienzos de la década de los años 60, por conveniencia a los intereses de organizaciones internacionales rectoras de líneas programáticas en pro de la salud dictaron pautas a los pueblos latinoamericanos para que promovieran algunas “políticas de participación popular en salud” Delgado y otros, (ob.cit. Pág.18) explican detalles de esta historia.

Las Naciones Unidas, por intermedio de organismos subalternos, la Organización Mundial de la Salud y su oficina regional, la Oficina Panamericana de salud, establecen la relación entre desarrollo y salud, donde el papel de la participación es fundamental para la resolución de los problemas de salud en la comunidad, como parte de la estrategia desarrollista en América Latina. Prueba de ello, es el compromiso adquirido por la OPS, en 1961, en Punta del Este, Uruguay, según el cual colaboraría en la elaboración de los planes nacionales, en el sector salud, de los países latinoamericanos; compromiso que se concertó en la elaboración del Método OPS-CENDES.

Posteriormente a finales de la década de los ochenta siguiendo la línea de pautada por la OPS en 1988, se crean los Sistemas Locales de Salud SILOS, y a través de ellos se retoma el trabajo iniciado por los comités de salud se aborda el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud APS, los cuales tuvieron como eje fundamental la organización y participación de la comunidad. Entonces se adopta como filosofía de la participación, el hecho que esta deba ser permanente y no circunstancial, activa y no pasiva, es decir asumiendo un rol de sujeto-agente transformador de su propia realidad. En esta ocasión, se intenta introducir nuevos elementos críticos a la PSC, al proponer que los miembros de las comunidades pasaran desde la simple colaboración en la ejecución de los programas a la fase de: planificación, evaluación y control de algunos eventos realizados en los servicios curativos-restitutivos a la salud sobremanera en áreas rurales. No obstante, cabe decir que para aquel entonces, los intentos de dar cabida a la participación de los vecinos, de plano encontró reticencia en la estructura piramidal de mando instituida en los denominados establecimientos de servicios a la salud, según se explica en HSD/SILOS-7, (1990. Pág.5).

La estructura piramidal de los servicios de salud, donde el proceso decisorio ha seguido tradicionalmente un camino descendente desde la cúspide hacia la base, dificulta que el personal que realiza acciones de menor complejidad, sea integrado a la toma de decisiones fundamentales. En la mayoría de los SILOS considerados, por ejemplo, los médicos entrevistados expresaron reticencias a permitir la participación del personal auxiliar en la determinación de prioridades, evaluación de los servicios y asignación de los recursos. O, como se concluyó en alguno de los SILOS, la participación del personal auxiliar en esos aspectos debe circunscribirse solamente a permitir que opinen sobre ellos, “con voz pero sin voto”.

Bajo esta perspectiva, la concepción de participación a lo interno de los servicios a la salud desde siempre había sido muy limitada, por tanto, no es tarea fácil de asimilar bajo los esquemas de trabajo aprendidos en las academias y propulsados por instituciones rectoras de los programas inspirados en una filosofía de trabajo para el pueblo, y no con el pueblo. Por tanto, cabe objetar el modo como internamente operaría una especie de celotipia profesional tendente a obstaculizar cualquier intento de los vecinos por interactuar o participar en trabajos de salud pública, dado que, estas tareas eran consideradas responsabilidad exclusiva del personal médico y de algunos técnicos del ramo. De aquí resulta comprensible, interpretar la inserción de un modelo de participación en salud como la ruptura de un paradigma estructural que opera en hospitales y demás centros gubernamentales rectores de los servicios a la salud. En cualquier caso, a través de estos criterios se puede entender el modo como históricamente ha venido operando un modelo centralista, clientelar, no democrático, fragmentado en múltiples sistemas públicos de atención, con propensión a favorecer servicios de carácter privado que sólo puede experimentar cambios mediante un trabajo concientización tanto en la estructura organizativa que conforma la rectoría del SPNS, como en el ámbito comunitario.

Estos planteamientos exigen hacer una ligera revisión histórica a la trascendencia de intentos por establecer una fundamentación legal que viabilice la implantación de la participación popular y/o comunitaria en las instituciones dispensadoras de servicios a la salud de las personas en Venezuela. Manzanilla Sáez

ob.cit. (64-65) explica que el 23 de Junio de 1987, fue promulgada la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud LOSNS, (hoy derogada) la primera en marcar pauta al reglamentar la participación de la comunidad organizada en la planificación, dirección, gestión y evaluación de los proyectos, planes y programas del sector salud (Art. 8 de la LOSNS).

El Sistema Nacional de Salud se estructurará y funcionará sobre la base de la participación de la población organizada a todos sus niveles, tanto en la planificación, como en la ejecución y evaluación de sus actividades. Mientras que el artículo 25 de la misma ley decía: El subsistema de Asistencia Social, mediante la cooperación participativa de las comunidades emprenderá la realización de programas destinados a promover en el individuo, la familia y la comunidad, todo aquello que propenda por su propio esfuerzo a elevar su nivel económico y social, así como también lo que contribuya al mejoramiento de la calidad de vida y del ambiente en que habitan, con el fin de combatir factores que causan la pobreza extrema y la ignorancia y coadyuvar a la promoción social de la salud y de la justicia social.

Luego el 14 de junio de 1989, sería promulgada la Ley Orgánica del Régimen Municipal (LORM), donde se destina el Título X (décimo) destinado a regular la participación de la comunidad. Posteriormente el 22 de noviembre de 1990, nace el reglamento Parcial N°. 1 de la (LORM), donde se establece toda una serie de normas que regulan la materia de participación comunitaria, pero; lamentablemente, al igual que las otras dos intenciones, no logró alcanzar la participación de manera adecuada. Otro ejemplo de Participación social en materia de salud, digno de reseñar por las condiciones intrínsecas contenidas en las líneas y directrices por las que se regían los Sistemas Locales de Salud SILOS.

Esta experiencia de los SILOS, según se aprecia en OPS (1989. Pág.8) deviene de la resolución XV, de la XXXII reunión del Consejo Directivo de la OPS, celebrada en Washington D.C., en septiembre de 1988, desde donde se insta a los gobiernos miembros a que continúen y refuercen definiciones de políticas, estrategias, programas y actividades tendentes a la transformación de los Sistemas Nacionales de salud en base al desarrollo y fortalecimiento de los SILOS. Estas argumentaciones, permiten interpretar el modo como esta propuesta desde su propia

concepción⁵⁷ intenta escindir la poca autonomía que hubiesen podido alcanzar los anteriores intentos de construir un Sistema Público Nacional de Salud al proponer entre sus fines que cada sistema local estaría organizado con un criterio geográfico-poblacional, al tener una población definida y un área administrativa geográficamente delineada.

Además de prever la intersectorialidad, La Constitución de La República Bolivariana de Venezuela 1999, determina que el Sistema Nacional de Salud debe ser **Descentralizado** y **participativo**. El carácter descentralizado, vendría a encontrar apoyo en el Artículo 139, de La Ley Orgánica de Participación Ciudadana y Poder Popular, (léase LOPCPP) donde se prevé que. "La descentralización permitirá transferir a los Municipios y a las Comunidades, para la gestión de los servicios públicos y otras actividades, parte de la autoridad antes ejercida por el Gobierno Central". En tanto, se prevé que los nuevos sujetos de Descentralización como los Consejos Comunales impulsarán y orientarán políticas de inversión acorde con el presupuesto asignado para obras específicas. Las Comunidades organizadas a través de los Consejos Comunales promoverán y desarrollarán los accesos a los servicios públicos que serán de calidad y prestados en forma oportuna y eficaz. También La LOPCPP establece en su **Artículo 144**: "La participación ciudadana a través de la descentralización y la desconcentración promoverá y desarrollará Universidades y Centros de Investigación para la formación de profesionales que coadyuven al desarrollo pleno de las Comunidades, para de esta forma elevar su nivel de vida".

Las consideraciones anteriores, de ex profeso, invitan a formular una desintegración semántica del ya polisémico término participación⁵⁸, a fin de encontrar en ella un mejor sentido y razón de ser, a través de sus raíces provenientes del verbo greco-latino "participatio", derivado de "pars", parte y "capere", que traduce tomar

⁵⁷ La OPS, definió a los SILOS, como, el conjunto de recursos de salud interrelacionados y organizados con criterio geográfico poblacional, en áreas urbanas y rurales, diseñado a partir de las necesidades de la población definidas en términos de daños y riesgos, asumiendo la responsabilidad de la atención a los individuos, las familias, los grupos sociales y el ambiente; con capacidad de coordinar los recursos disponibles en el sector salud o extrasectoriales, facilitar la participación social y contribuir al desarrollo del Sistema Nacional de Salud al cual vigoriza y confiere nueva direccionalidad. El conjunto de recursos, sectoriales y extrasectoriales, incluye todos los proveedores de servicios de salud, individuales o institucionales, tanto gubernamentales, como no gubernamentales, de la seguridad social, privados y tradicionales.

⁵⁸ Cabe precisar que la acepción participación, fuera usada en modo común por Platón, cuando aludía "*Que en una cosa hay algo de otra, de tal manera que sólo si se tiene en cuenta esto, es posible entender aquélla*". De igual manera Platón añadía que "*la méthexis o "parte" es la manera como entiende que debe explicarse lo que son las cosas sensibles: por respecto y en relación con la realidad inteligible*".

® Robles, Alexis (2008). Universidad de Carabobo.

parte. Entonces, cabe entender que para fines de: la participación social, ciudadana o comunitaria en pro de la salud, puede ser interpretada como un accionar de las personas dentro de cada comunidad con los servicios en actividades programadas y coordinadas <<por-con y para>> las instituciones de salud, donde la acción resulta ser equiparable a igualdad de esfuerzos y equidad en él, o los razonamientos.

Vista la participación, como producto de esfuerzos mancomunados y preponderantemente valida para incidir positivamente en los factores de cambio (transformaciones) antes descritos, y que implícitamente trae consigo un nuevo modo de repensar la salud del público, donde necesariamente los procesos de trabajo comunitarios, debería ser tomado como referente valido para acometer acciones en el seno de las propias instituciones públicas. Esto, sin duda, partiría desde la transformación directa de cada funcionario, porque entre otra entidad, (Lo que constituye la esencia o la forma de una cosa) la participación, permite dejar de ver lo que son las cosas sensibles, sólo como un hecho aislado, y lo admiten como: un razonamiento perceptible, manifiesto, patente al entendimiento con respecto y en relación con la realidad inteligible queda el conocer, en la medida que cada funcionario adopte como objetivos personales de misión, “el principio de poder contribuir”.

Entendida así la participación, requiere de igual modo, poner en duda el origen de aquellos eventos donde la gente común y corriente no entiende; porque jamás participan, ni tampoco le ha sido explicado el origen de algunas enfermedades, ni el modo como estas operan en relación con el medio ambiente, lo cual, les hace inteligibles, y por ende, no pueden saber como afrontarlas. Mahner y Bunge (2000) anteponen la Biofilosofía o filosofía de la vida para entender la salud mediante el *cuidado de sí, con el cual*, se pueden alcanzar a conocer modos de participar en un orden que implique el Mitsen heidegeriano, del cual se derivan: el <<estudio del con>>, <<el estudio del mundo del con>> que abrirían las posibilidades de estudiar >>al ser>> y al <<ser con>>. Sólo en esta dirección las personas comenzarían a buscar respuestas a preguntas como ¿Por qué enferman nuestros hijos o hermanos? ¿Por qué enferma el otro? ¿Por qué enferma cada persona?

A la par de ello, en la medida en que aparecen algunas respuestas, también, surgirán nuevas preguntas, que necesariamente merecen como respuestas, expresiones que faciliten el impulso de nuevas formas de crear conciencia, a través de la participación. Esto, explicaría en términos semejantes al planteamiento filosófico de Platón donde describe el modo como se realiza una relación entre el formar parte, y el compartir ideas. En esta misma línea, cabe apreciar los vínculos que estructuran las opiniones, para concertar acciones precisas en pro del otro; esto explica, como operaría la alteridad en la forma de estar las ideas en las cosas por semejanza tal. En la práctica, se interpreta como funcionaría el paradigma” o modelo de participación del otro y/o los otros para fomentar la salud de los pueblos en aquello que sería un modelo de vida digna.

En síntesis al descontextualizar la participación desde su acepción meramente filosófica, se marcaría en la practica una separación total entre el mundo visible de los males que aqueja la salud de los vecinos de cada comunidad, y el inteligible humano (Dícese de lo que es materia de puro conocimiento, sin intervención de los sentidos) para que pueda aprehender la posibilidad de entender porque existen factores visibles que por asecho rodean al medio ambiente natural, hasta transformarlo en espacios contaminados y endémicos. En resumen. Participación se traduce en formar parte de la acción para contribuir.

5.2.2. Desarrollismo VS. Desarrollo De Comunidades

Por muchas razones, Importa diferenciar el concepto metafórico de desarrollismo de la estructura gramatical que contiene al desarrollo de comunidades. Dentro de la perspectiva, en que aquí se adopta el verbo desarrollar, como análogo a un eje rotor que sinergiza voluntades y conciencia en el modo que originariamente fuera concebido el desarrollo. El pensamiento que ha de acompañar al desarrollo comunal, resulta totalmente contrario al pensamiento en que se estructura el llamado desarrollo económico, inducido por países industrializados que operan sobre la base del modelo capitalistas en el ámbito de los países subdesarrollados desde la década

de los años 30, cuando en estos espacios de América Latina aparece con fuerza el llamado desarrollismo que pretendía explicar la perspectiva evolutiva del mercado y la generación de capitales por encima de la esencia humana y la vida misma.

El pensamiento desarrollista estructurado en el capitalismo, por una parte, se nutre del enfoque keynesiano sobre las relaciones económicas internacionales y sus efectos en el crecimiento económico, y por otra, se alimenta de la teoría ortodoxa del comercio internacional. Esta teoría emergida de los centros dominantes del mundo capitalista, sirvió en buena parte para estudiar el Sistema Capitalista Mundial como un todo en tiempo y lugar, sin tomar en consideración la diversidad de situaciones humanas y sociales realmente existentes entre los distintos países que lo conforman. La perspectiva teórica ortodoxa, se potenció ante la crisis del comercio exterior latinoamericano impulsando un despiadado “desarrollo hacia fuera”, muy a pesar, que la gran mayoría de los países del continente de manera incipiente habían comenzado a tomar conciencia, sobre la imperiosa necesidad de fortalecer el “desarrollo hacia adentro” en un repensar de la industrialización de países como Venezuela, que puede y debe hacer uso de el gran potencial de materias primas que posee en el subsuelo patrio, para de este modo sustituir las importaciones tradicionales que le ataron con una larga cadena de dependencia.

Delgado y otros (ob.cit. Pág.14) son de la opinión, que la expresión del desarrollismo, en Latinoamérica surge a raíz de la caída del régimen de Fulgencio Batista en Cuba, en 1959, cuando luego de la Primera Declaración de La Habana, en la cual los líderes de la revolución cubana, proclaman el carácter socialista de esta nación caribeña, y explican.

...salvando las diferencias históricas, se asemeja a la asistencia a Europa occidental y Japón en la post-guerra; es decir, que se trata de ampliar la influencia en el área que a la vez, sirva para contrarrestar los efectos económicos, políticos y sociales que esta revolución pueda causar en el resto de las naciones vecinas; esta alternativa se concreta a través de la teoría desarrollista y del programa de la Alianza para el Progreso, formulado a partir de la Reunión del Consejo Latinoamericano Económico y Social de la OEA, reunido en Punta del Este, Uruguay, en agosto de 1961, caracteriza la nueva forma de articulación del capitalismo norteamericano con los países latinoamericanos.

El modelo de desarrollo impuesto en este continente, no dejó de ser una especie de saga que requería una política social popular que respaldara sus actos y contribuyera ciegamente a fortalecer el comercio a través del mercado, y para ello funcionaría muy bien todo un aparato generador de una gran obnubilación que impedía apreciar la claridad de situaciones como: salud, vivienda, educación, salario y empleos entre otros; dado que, por falta de conocimiento sobre la realidad social de los pueblos se reprodujo una ceguera colectiva que reproducía una visión de los objetos como al través de una nube que impedía ver y entender el trasfondo del desarrollismo. La verdadera paradoja, radica en la realidad histórica de aquellos eventos sostenidos muchas veces sobre la base de una Idea extraña u opuesta a la común opinión y al sentir de los hombres y mujeres latinos. Por tanto, no se podía lograr por otra vía que no fuere la fuerza que hace usos del llamamiento de ideas.

En síntesis, toda aquella etiqueta de participación popular, no dejaba de ser una aseveración inverosímil o absurda, que fue presentada a los pueblos con apariencias de verdadera cooperación, cuando en realidad lo que se buscaba era: lograr un crecimiento industrial y financiero de empresas transnacionales, favorecer la acumulación de capitales, con el consecuente empobrecimiento de grandes masas de mano de obra desplazada por la introducción de la tecnología en la producción. Esto, trajo como consecuencia, un abrupto empobrecimiento en la región, reflejado en el creciente deterioro de la calidad de vida, el incremento de los índices de morbilidad y mortalidad, aunado a ello una gran crisis en los servicios públicos de salud que años más tarde daría al traste con la privatización de ellos en muchos países de este continente. Por consiguiente, ninguna persona consciente de la esencia del desarrollismo podía esperar que esta corriente favoreciera a las clases sociales más empobrecidas. Porque, el desarrollismo en sí mismo, fue una especie de ideología adoptada por la sociedad dominante o burguesía industrial latinoamericana. En especial, aquélla que implantó en este continente, la llamada economía de puertos fundada en un perverso doble juego fundado en. La exportación de materias primas hacia los países del llamado mundo desarrollado. Luego, importaba alimentos y productos manufacturados con materias primas

extraídas en estos países.

Esa fue la misma burguesía que, con la anuencia de gobiernos y demás aparatos del estado, contribuyó a desplazar, por no decir despojar, al campesino de sus tierras, en nombre de un mal llamado desarrollo. Esto, coadyuvó a que estos seres humanos, en primer lugar, no tuviesen donde construir su viviendas obligándoles a mal vivir en espacios que posteriormente la misma burguesía no dudara en calificar como cinturones de miseria habitada por marginales. Y, en segundo lugar, tampoco tuviesen tierras donde producir sus propios alimentos. En detrimento de ello; sus hijos progresivamente vinieron contrayendo la enfermedad del siglo (hambre) generada en su gran mayoría por inanición, la cual siempre trae como efectos colaterales el renacimiento de enfermedades olvidadas producto de la *desnutrición infantil*, cuya principal causa radica en escasez o falta de vitaminas. Estos males, contribuyen a mantener elevados índices de morbilidad y mortalidad infantil, que tanto importa al clásico modelo epidemiológico. Sin duda alguna, la multicausalidad de males a la humanidad, en buena medida obedece a una secuencia de factores encadenados al desarrollismo, entre los que destacan un desproporcionado detrimento progresivo de la salud de pueblos enteros, que además padecen: la insatisfacción de necesidades básicas y empobrecimientos abruptos de comunidades de trabajadores que tratan de sobrevivir a expensas de salarios exigüos.

Este gran cúmulo de calamidades, ha venido operando con tres características muy similares. *Primera*. Sistemática, porque obedece a los designios del sistema capitalista opresor. *Segunda*. Progresiva, porque durante un período que sobrepasa los 90 años de dominación, ha venido operando de manera regular y, *Tercera*. Articulada, porque el mismo modelo impuesto para América Latina, Centro América y el Caribe, también opera en muchos países de otros continentes entre los cuales destaca África. Para colmo de males, estas tres características son coadyuvantes para frenar la cuarteta “-progreso-crecimiento-desarrollo-bienestar social-” indicadores necesarios para que los países capitalistas “desarrollados” otorguen (según la teoría de la dominación) el etiquetamiento de pueblos

subdesarrollados o en vías de desarrollo, a aquellos países que no logran alcanzar: instituir la democracia, superar la economía y el desarrollo tecnológico entre otros indicadores. Democracia, que tristemente ha venido siendo controlada desde los centros hegemónicos del poder del capitalismo, donde se diseñan los tipos de gobiernos y se colocan líderes o lideresas según características de cada pueblo o potencialidades en materia de recursos posea cada nación. Esto, ha permitido la expansión de los llamados intereses transnacionales en Latinoamérica.

5.2.3. Desarrollo Comunitario Y Participación Social En Pro De La Salud

En las últimas décadas, por diversos motivos, en distintos contextos, el término desarrollo ha venido siendo utilizado para hacer construcciones gramaticales tales como: Desarrollo social, Desarrollo humano, Desarrollo cultural, Desarrollo cognitivo, Desarrollo emocional, Desarrollo comunal o comunitario entre otros. A partir de estas definiciones se intenta explicar lo que teóricamente fuera presentado a los países latinoamericanos como “desarrollo comunal o comunitario”. Las generalizaciones anteriores, intentan explicar el modo como las personas pueden alcanzar grados de evolución⁵⁹, crecimiento e integración social dentro de la comunidad. La cual en concordancia con el Diccionario de Filosofía ob.cit. esta palabra, deviene del latín *comunitas*. Que traduce: comunidad, o estado común, de *communis*, que a su vez proviene de *moenia*, murallas, de allí la idea de defensa común, o de *munus*, oficio, cargo, con la idea de una obligación entre quien lo recibe y quien lo otorga, y de la preposición *cum*, con. En abstracto, lo que pertenece a muchos como característica, y por esto es común. Luego al sugerir la participación en un bien que pertenece a todos, «lo común» parece ser la (paradójica) situación originaria del individuo.

El debate en relación con la acepción comunidad y por naturaleza lo que ella define al parecer se inicia en los textos de los filósofos presocráticos, donde «lo común» adquiere significado de la naturaleza o el principio (*arkhé*) y por lo mismo

⁵⁹ Por grado, entiéndase cada uno de los diversos estados, valores o calidades que, en relación de menor a mayor, puede alcanzar una persona.

«lo uno» que se procura captar más allá de las apariencias de multiplicidad, en este sentido viene a ser es patrimonio de todos, porque pone de manifiesto lo verdadero. Siguiendo su curso en la epistemología de Kant, la comunidad viene a ser una de las categorías de relación del entendimiento (sustancia, causalidad y comunidad), y que supone la idea de «acción recíproca» entre los fenómenos de la naturaleza convirtiéndose así en una acepción polisémica. Algo semejante ocurre en sociología, donde este no deja de ser un término de compleja definición, que se entiende por lo general en un sentido abstracto e ideal, referido, por ejemplo, a la «comunidad humana», la «comunidad de naciones» o al «sentimiento de comunidad», o en sentido concreto, referido, por ejemplo, a «comunidad europea» o a «comunidad de vecinos». En síntesis, comunidad a la vez es un término descriptivo y normativo, aludiendo siempre a su raíz etimológica que remite a la obligación, o al munus latino.

En general, también la palabra comunidad, según el precitado diccionario puede definirse o interpretarse como grupo social que persigue un fin concreto en un determinado sistema social, o bien como conjunto de relaciones sociales establecidas dentro de unos límites geográficos más o menos concretos. Es en este sentido es donde se aprecia la posición de Ferdinand Tönnies (1855-1936), cuando propone establecer distinción, entre los términos *Gemeinschaft* y *Gesellschaft*. Precizando a su vez, que el primero, suele traducirse como «comunidad», y se refiere a un tipo de relaciones (comunitarias) donde las personas establecen de forma voluntaria en busca de objetivos que están más allá de los intereses particulares de cada una. El segundo (*Gesellschaft*.) se traduce como «sociedad» y se aplica al conjunto de relaciones (sociales o societarias) que se establecen entre personas que persiguen fines que se identifican con sus intereses particulares valga aquí la mención a sociedades empresariales. La comunidad a la que se refiere en términos de cohabitar y participar en pro de la salud, sugiere: identidad de sentimientos, intimidad, vecindad, amistad, moralidad; la sociedad, relaciones contractuales, racionalidad, competitividad y ética social.

Al revisar referente históricos de la conceptualización dada al desarrollo

comunal se encuentra en Rubén Charlita Muñoz (1976. Págs.33-34) se explica como “en 1950 el Programa de Asistencia Técnica para el subdesarrollo comenzó a aplicar el Desarrollo de la comunidad como técnica de contribución al progreso nacional”. En refuerzo a los comentarios formulados en el aparte correspondiente al desarrollismo conviene analizar el modo como se articulan los siguientes presupuestos: Programa de Asistencia Técnica para el subdesarrollo, con la supuesta contribución al progreso nacional. En complemento de ello, cabe interpretar la estructura de la primera definición dada por la ONU, sobre Desarrollo de la comunidad según Muñoz (34)

“Se entiende por Desarrollo de la Comunidad aquellos procesos en virtud de los cuales los esfuerzos de una población se suman a los de su gobierno para mejorar las condiciones económicas, sociales, culturales de las comunidades, integrar a éstas en la vida del país y permitirles contribuir plenamente al progreso nacional”.

Este concepto, también fue compartido por Bello y Marcano (1998.Pág.61), y en este mismo orden de relaciones explica Muñoz ob.cit., que este modelo de desarrollo se comienza a aplicar a través de los diferentes organismos de Asistencia Técnica de la ONU, primeramente en los países asiáticos y más tarde en el continente africano, el Medio Oriente y algunos países sudafricanos entre los que destacan: Perú, Ecuador y Bolivia. Para estos últimos, la Organización Internacional del Trabajo (OIT), conjuntamente con la Organización de las Naciones Unidas de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) la Organización para la Agricultura y la Alimentación (FAO) Organización Mundial de la Salud (OMS). Estos cinco organismos iniciaron y mantuvieron la llamada “Misión Andina” y a través de cuyos programas de desarrollo para las comunidades autóctonas iniciaron una penetración por no decir una nueva invasión en territorios autóctonos generando así una segunda colonización con la cual procuraban acelerar una integración forzada de grupos indígenas a grupos sociales con mentalidad al estilo del pensamiento occidental, importantes y favorecer así nuevas formas de “ayuda” mutua en el seno de comunidades naturales, ancestralmente conformadas. Donde dicho sea, ancestralmente por voluntad propia habían venido existiendo

métodos ancestrales de participación comunitaria eje medular de cualquier tipo de desarrollo comunitario, tal y como se explica en 5.2.1., referido a la participación social comunitaria en Venezuela.

Luego, en el año 1958, expresa Muños ob.cit., la definición de Desarrollo comunal que venía siendo utilizada por la ONU desde 1950, fue revisada y se estructuraría en el siguiente orden.

“Desarrollo de la comunidad es el proceso por el cual el propio pueblo participará en la planificación y en la realización de programas que se destinan a elevar su nivel de vida. Eso implica la colaboración indispensable entre los gobiernos y el pueblo, para hacer eficaces esquemas de desarrollo, viables y equilibrios”.

Cabe interpretar la incorporación del término Participación al Desarrollo de la comunidad, como un nuevo elemento que establece una ruptura entre la concepción de desarrollo que tradicionalmente ha venido acompañando la concepción de desarrollo económico vinculado a la política capitalista. La acepción participación en sí misma, introduce un nuevo elemento que insta a buscar solución a todo un conjunto de problemas multicausales entre las que destacan la educación contando por una parte con el aval del Comité Técnico de la Reforma Agraria de las Naciones Unidas, cuando el analfabetismo azotaba al interior de zonas campesinas. Por otra parte, cuando se hace referencia a programas destinados a elevar el nivel de vida de aquellas poblaciones rurales del continente latinoamericano donde la voracidad de endemias como las parasitosis intestinales diezaban sobremanera a las poblaciones infantiles. De allí que, el nacimiento de la Participación Popular en Salud devenida de Políticas impulsadas por Las Naciones Unidas a través de organismos subalternos como la OPS y la OMS, vendrían a contribuir a establecer una relación entre el denominado “desarrollo” y salud de las persona al impulsar la Medicina Comunitaria en áreas rurales, teniendo a la participación como factor fundamental para solventar determinados problemas endémicos. Esta idea formaba parte de la estrategia desarrollista formuladas en Punta del Este, Uruguay, por La OPS, en 1961, las cuales describen Delgado y otros ob.cit. (Págs.18-19).

La medicina comunitaria se caracteriza por la realización de “acciones de bajo costo, destinadas principalmente al servicio de los pobres no asalariados que se agrupan en áreas geográficas llamadas ambigualmente “comunidades”, cuyo objeto operacional no es ya (como el caso de los servicios del Seguro Social) el individuo-obrero o el individuo-empleado, sino la comunidad rural o el barrio pobre urbano, cuyo enfoque de los problemas de salud pretende no ser meramente biológico, tratando de incorporar los “componentes” culturales, ambientales y políticos y cuyas acciones no se reducen al tratamiento especializado de casos agudos -esporádicos-, si no se intenta atender la patología elemental y desarrollar los aspectos preventivos y administrativos.

En este orden de relaciones, se interpreta que también en Venezuela la medicina comunitaria y/o medicina simplificada⁶⁰ tiene su génesis en el sector rural, y posteriormente, fue promovida en las márgenes de las zonas urbanas hacia donde habían emigrado un grueso número de hombres y mujeres con familias enteras para instalarse en las laderas de los cerros de Caracas entre otras ciudades de Venezuela cuando desde finales de los años 50, se acrecentara la expropiación de tierras donde tradicionalmente habían venido cultivando los campesinos. Trayendo esto como resultado la estructuración de las mal llamadas áreas “marginales” o cordones de miseria.

Posterior a la experiencia de medicina comunitaria, devino un nuevo concepto “Medicina Participativa”. Este programa, retoma los principios de la medicina comunitaria y/o medicina simplificada, de las cuales se ha dicho operaban en zonas habitadas por personas de escasos recursos. La medicina participativa percibe la

⁶⁰ En la memoria histórica de la I Jornadas Nacionales De Medicina Simplificada XXX, celebrada en Puerto Ayacucho –Estado Amazonas- entre el 23 y el 27 de Noviembre de 1992. Tulio López Ramírez (Pág.7) sostiene que. Desde 1936 algunas dependencias que tenían a su cargo la lucha contra las enfermedades endémicas de mayor significación epidemiológica, comenzaron a extender de inmediato sus acciones al medio rural. Tales actividades se llevaron a cabo mediante la utilización de un personal profesional encargado de determinadas tareas de índole curativa. Así, la División de Malariología además de preparar personal profesional y técnico, tuvo necesidad de entrar auxiliares, a quienes se llamó “Visitadoras Urbanas”. Más luego debió extender la lucha a áreas periféricas (caseríos y casas dispersas) y se prepararon “Visitadoras Rurales”. Otra divisiones también empezaron a entrenar y utilizar auxiliares rurales, tales como la División de Fiebre Amarilla y Peste. Cuando la lucha contra la lepra a nivel ambulatorio la inicia la División de Dermatología Sanitaria en 1946, preparan so sólo médicos lerprólogos, sino también enfermeras, visitantes y vacunadores de campo. En esta misma dirección cabe señalar algunos detalles del llamado programa de “penetración rural” realizados en los años 40 y 50 por los doctores Víctor Obregón Gavidia en el centro Experimental Rural y de Capacitación de Personal de Santa Teresa del Tuy, Emilio López Vidal en la Unidad Sanitaria de Rubio y Oscar Lobo Castellanos en el Centro de Güiria. Otra de las acciones dignas de señalar son las actividades de atención sanitaria, que con una doctrina médica integralista y una rigurosa estructura organizativa y funcional, creará más adelante el Dr. Baldó con el nombre de Programa de Medicina Simplificada

salud como un estado antagónico de la enfermedad, por consiguiente, se debe y tiene que invertir la relación médico-paciente, para interpretarla como una relación paciente-médico. Este cambio, invita a pasar de la medicina paternalista, a la medicina participativa. Su desarrollo, sólo es posible, mediante la acción de una comunidad que participaría de manera activa y consciente en los servicios médicos, para poner en práctica, mecanismos necesarios para combatir la enfermedad a través de una adecuada Atención primaria en salud; ésta relación, convida al médico, a dejar de ser un experto en solucionar problemas de enfermedades, para que sea un colaborador de la salud del paciente. Por esta razón, un adecuado sistema de salud, estaría llamado a prever la implementación de: técnicas, instrumentos y métodos para: la adquisición, mejora y evaluación de actitudes, conocimientos y habilidades para fomentar la vida y promocionar la salud a partir de la A. Primaria.

Respecto a La Atención Primaria, en salud (APS) en Álvarez Sintés (2001) Lemus y Borroto (Pág.7) explican que la APS trasciende a 1920, cuando Dawson siendo ministro de salud de Inglaterra, se aproximó a los conceptos actuales al definir la institución encargada de brindar atención médica a nivel primario. Y dijo que, <<el centro de salud primaria es la institución equipada con servicios de medicina preventiva y curativa, conducida por un médico general del distrito. El centro de salud primaria debe modificarse acorde al tamaño y complejidad de las necesidades locales, así como la situación de la ciudad...>> Luego de haber transcurrido algo más de ocho décadas la APS, habiendo traspasado las fronteras del Reino Unido se encuentra extendida por el mundo soportada en cuatro ejes fundamentales a saber: Participación comunitaria. Participación intersectorial. Descentralización y Tecnología. Para efectos, de este dialogo Lemus y Borroto (Pág.9) explican que la Participación comunitaria como elemento fundamental de la APS.

Es la intervención activa de la comunidad en la solución de sus problemas y necesidades sanitarias, en coordinación con el equipo de salud, lo que significa, que la población contribuye a determinar sus propias dificultades y priorizarlas; que participe, con responsabilidad y autoridad definidas, en la realización de acciones y en la toma de decisiones; y, finalmente, que sea parte integrante de la supervisión, evaluación y control de los recursos y programas de salud.

Queda claro que, los programas de “desarrollo comunitario” implementados en Latinoamérica, por una parte, en sus comienzos no tocaban a fondo componentes puntuales como, educación y salud. Esto por otra parte, traía como consecuencia, que en lugar de impulsar la participación de los pueblos hacia el acometimiento de acciones sociales, que facilitarían promover la integración social de los pueblos, más bien, obedecieron a una concepción de políticas que resultaban ser castradora de lo social. Contrariamente, las limitadas acciones de participación estarían alineadas al comportamiento esperado dentro de una estructura normativa que controlaba entre otras acciones, la libertad de expresión. De manera tal, que la participación estaría limitada para todo un cúmulo de acciones que pudiesen haber activado posibles rasgos emancipatorios de grupos sociales, en aquellos pueblos para que fuesen capaces de promover la integración de grupos sociales, en procura de acciones, que les permitieran alcanzar logros como: vivienda, salud, deporte, recreación y educación entre otros.

En contraposición a lo antes descrito, se justifica la Ley Orgánica de Participación Ciudadana y Poder Popular, léase LOPCPP, por considerar que es una gran reivindicación a los pueblos y sus comunidades, porque, estaría llamada a fortalecer la descentralización y desconcentración de poderes y aliviar en cierto modo la gran carga burocrática del Estado por vía de la participación popular según versa su Capítulo VII, **Artículo 141** donde se expresa:

Las Comunidades están en la obligación de elaborar conjuntamente con los Consejos Comunales de su área, diagnósticos participativos integrales que permitan identificar aquellas áreas donde sea perentorio por razones de seguridad, salud, educación, higiene, y otras de importancia similar, tareas urgentes que garanticen la calidad de vida de los ciudadanos y ciudadanas de la comunidad.

Desde cualquier punto de vista, la entrada en funcionamiento de este instrumento legal, representa un cambio tan importante como trascendente, en materia de prestación de servicios al público. En el campo de la salud, la participación se esgrime en cumplimiento de deberes y derechos plenamente consagrados en el **Artículo 84** la Carta Magna donde claramente se expresa.

Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y **participativo**, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad.

Es valido recordar, que en Venezuela, la participación popular en el ámbito de la salud, ha venido abriendo espacios puntuales entre los que destaca los comités de salud⁶¹ cuya trascendencia se remite a la presentación del VI Plan de la Nación el 29-08-81, cuando el abogado Luís Herrera Campín ocupara la presidencia venezolana, evento reseñado por delgado y otros ob.cit. (26) Para destacar que el mandatario nacional, hizo énfasis en su compromiso con Venezuela, añadiendo a su vez, que su política radicaría en el incremento de la organización social de los pueblos a los efectos de alcanzar la participación social”. En aquel entonces, se planifican los comités de salud como una estrategia valida para concatenar las comunidades con los establecimientos dispensadores de servicios a la salud. Al respecto, cabe recordar, que pese a determinados esfuerzos para promocionar los comités de salud en el ámbito nacional, se determina que el éxito de los mismos no fue lo suficientemente contundente. Por consiguiente, la participación social a favor de la salud, quedaría hecha letra muerta.

Así mismo, cabe recordar que el período latente sufrido por la participación social aplicada al campo de la salud se mantendría hasta la promulgación de la constitución de La República Bolivariana de Venezuela en el año 1999, donde el Artículo 70 se convierte en base constitucional de la participación en todas sus expresiones y de él se derivan entre otros, los Artículos: 62, 132, que guardan estrecha relación con los propósitos del SPNS y del subsistema de Gestión del Conocimiento. Tal y como lo describe de manera legal el Artículo. 62.- donde se explica que: *Todos los ciudadanos y ciudadanas tienen el derecho de participar libremente en los asuntos públicos, directamente o por medio de sus representantes elegidos o elegidas.* De igual modo el Artículo 62, da suma importancia a “La

⁶¹ Definido un Comité de salud Por De Núñez y otros (1980.Págs.16) como una agrupación de personas que persiguen el reconocimiento de la situación de salud de su comunidad para: mantener y reforzar los aspectos positivos de la misma. Y, para buscar soluciones a los problemas que la afectan mediante un proceso de participación individual, grupal y comunal que conduzcan a un mejoramiento de los niveles de salud y por ende a un desarrollo de la comunidad.

participación del pueblo en la formación, ejecución y control de la gestión pública es el medio necesario para lograr el protagonismo que garantice su completo desarrollo, tanto individual como colectivo”. Y concluye haciendo énfasis que “es obligación del estado y deber de la sociedad facilitar la generación de las condiciones más favorables para su práctica”. Mientras que el Artículo 132.- sostiene que “Toda persona tiene el deber de cumplir sus responsabilidades sociales y participar solidariamente en la vida política, civil y comunitaria del país, promoviendo y defendiendo los derechos humanos como fundamento de la conveniencia democrática y de la paz social”.

Es bueno significar, la connotación dada por el **Artículo 83** de la constitución a la salud como derecho social fundamental de la población, como obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. Sobre este derecho a la vida radica el deber ser del SPNS, por consiguiente su tendencia histórica estaría dirigida a fortalecer los conocimientos del pueblo en aprovechamiento del compromiso ineludible del Estado el cual está obligado a promover y desarrollar políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. A nivel estructural, el SPNS debe tener claro que para mejorar las condiciones de salud de la población se requieren instrumentar cambios de cambios macros en la sociedad, y en tal sentido el mencionado Artículo 63 de la constitución viene a ser una especie de marco legal que coadyuva a promover y desarrollar políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios relacionados con la salud de los venezolanos.

El sentido en que se orientan los procesos de gestión del conocimiento, conduce a motivar las personas para que alcancen elevados grados de concienciación sobre diversos aspectos relacionados con la salud individual y colectiva en reconocimiento del derecho a proteger la salud para todos, y en esa misma línea, se inculca el deber de participar activamente en su promoción y defensa. Por tanto, el SPNS, estaría llamado a desarrollar planes y programas tendentes a compartir conocimientos y fomentar adecuados aprendizajes que permitan a los ciudadanos cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la

ley en pro de la salud de todos. En síntesis, se aprecia que, tanto los diversos análisis, como razonamientos teóricos realizados a lo largo de argumentaciones formuladas en esta propuesta, la cual por su complejidad misma, abarca diversos ángulos y aristas de las ciencias sociales. Estos ángulos y aristas, vinculan de una u otra manera la participación comunitaria, tendente a generar y transmitir conocimientos que permitan fomentar la promoción de la salud en procura de lograr una adecuada integración social para alcanzar el fomento y valoración de una vida sana. Tales propósitos se corresponden con la intención de estructurar un subsistema abierto de investigación y educación dentro del sistema público nacional de salud.

Se habla de subsistema, porque en fin, se trata de una aproximación al deber ser funcional de la investigación imbricada a la participación comunitaria para que llame a la educación formal a religarse con la educación no formal que subsiste en los saberes creadores de las comunidades y en esa dirección, unidos todos como una gran argamasa formarían parte del gran Sistema público Nacional de Salud. Esto predice, que la direccionalidad del SPNS, en si mismo estaría llamado a conseguir apoyo legal más allá de su propio marco regulatorio y trascender de manera vinculante a leyes de la magnitud de: Ley Orgánica de Participación Ciudadana y Poder Popular. Ley de Consejos Comunales. Ley de Educación y Ley de Ciencia y Tecnología. Ley de La Función Pública de Estadística. Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo y Ley del Seguro Social entre otras, que marquen el modo como se involucran los miembros comunitarios en la prestación de servicios a la salud.

Finalmente, se estima que para construir un referente valido del binomio desarrollo comunitario, necesariamente su estructura deba permitir. *“Entender el modo como se contribuye a concienciar las personas sobre la base de un pensamiento crítico, para que: por voluntad propia, participen activamente en sus entornos, logren alcanzar principios que les induzcan hacia la alteridad. Y, en esas condiciones puedan satisfacer sus necesidades básicas, actúen en libertad de cuidar de sí, y lleven una vida en condiciones saludables”.*

5.2.4. Fundamentación Epistemológica

En este aparte de la investigación, se presentan las bases sobre las cuales se fundamentarán los cimientos de un sistema reticular o en redes de saberes, como principio y raíz de los criterios a seguir en la construcción de un nuevo paradigma de Gestión del Conocimiento, basado en una epistemología compleja. Vista la epistemología compleja, tal y como la concibe Morin (1999.Pág.33), desprovista del fundamento positivista. Respecto a la epistemología positiva, explica Luís F. Damiani (1997, Pág.98), que ésta pretende ante todo, entender y no juzgar lo epistemológico. En esta dirección, lanza una advertencia al historiador para que no confunda aserciones científicas con aserciones ideológicas o morales, dada la gravedad de confundir una valoración con una descripción, o una explicación con una interpretación. Por tanto, cabe considerar la necesidad de formular una revisión histórica de las precisiones conceptuales en el orden tradicional y al modo como se le ha venido dando tratamiento a la producción y transferencia de los conocimientos referidos a la salud desde las instituciones rectoras a los entornos comunitarios, muchas veces sin percatarse que a lo interno de las comunidades, afloran constantemente factores que apuntan hacia un orden prospectivo. Por ende, las acciones de transferencia de saberes requieren llevar de manera implícita la adecuación a cambios para fomentar el cuidado de sí en favor de la salud y la vida humana. Por tanto se prevé el cuidado de los otros.

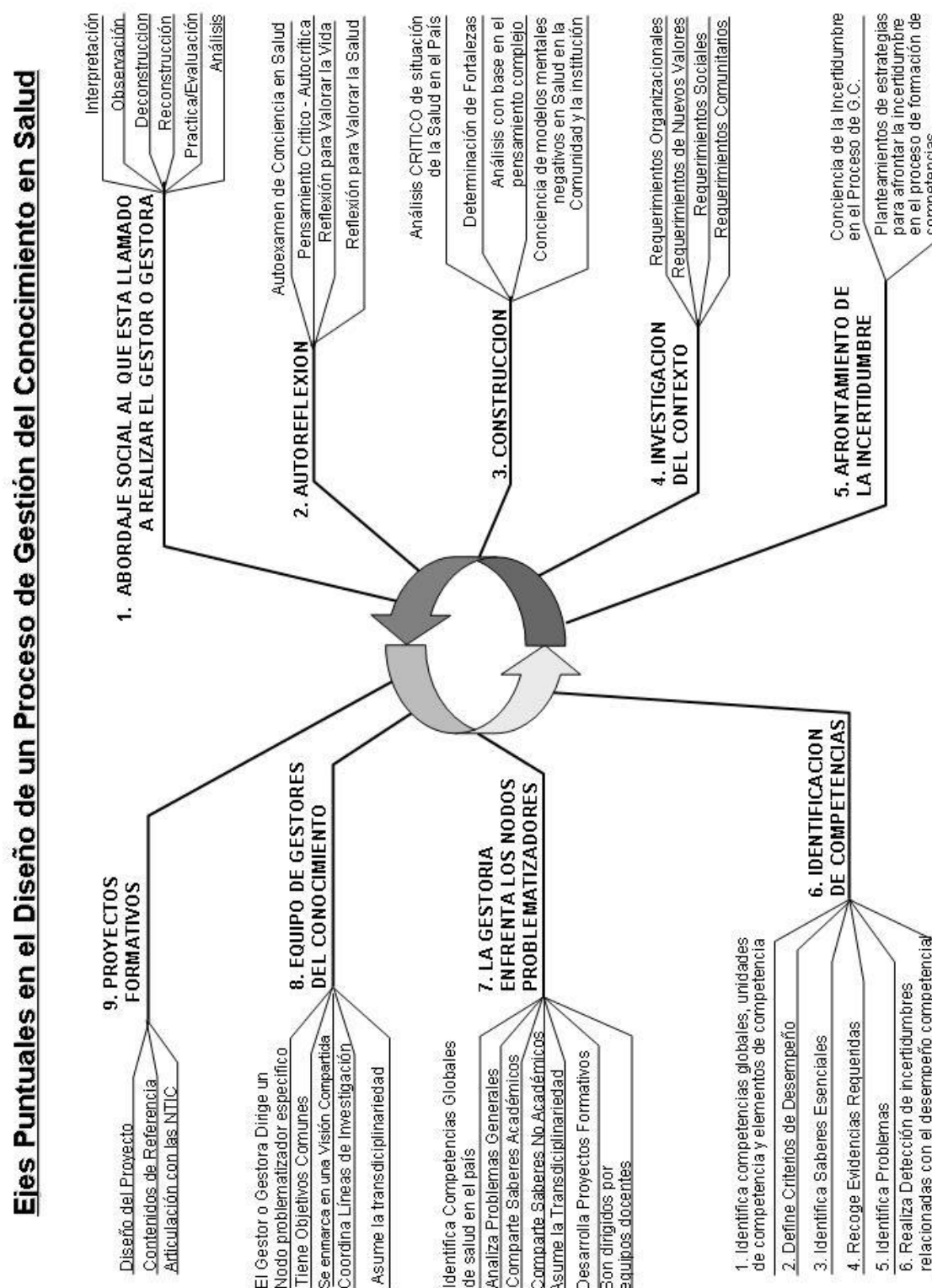
No se puede plantear un sistema público Nacional de Salud, que por ley deba dar servicio a toda la sociedad venezolana sin pensar en el otro; como bien expresa Morin sin pensar en la religación. La misma condición de ser público le obliga a ser y estar abierto a todos los grupos sociales. Esta condición, exige de igual modo que el subsistema de gestión de conocimiento planee actividades sin exclusión del otro. Cuando la alteridad puede más que la similitud, dice Morin (2006. Pág.113) “el otro aparece sobre todo como extraño, a nuestra identidad individual, incluso a nuestra identidad étnica o nacional. En ocasiones puede parecer afectado por una

<<extrañeza inquietante >> que disipa en nosotros el sentimiento de identidad común”. De allí, que la idea de construir una epistemología desfundamentada, sin que se desarrolle sobre la base de un cartabón de enunciados por demás excluyente sobre la base de una disciplina, a decir de Morin ya fue avanzada por Rescher, al acotar que, una epistemología es desfundamentada cuando en lugar de partir de los <<enunciados de base>> o <<protocolarios>> que, en la visión del positivismo lógico, le proporcionan al conocimiento un fundamento “indubitable”, que debe ser copiado al calco, generando en sí, una condición de saberes de monopolios o bancarios señala Freire cuando hace referencia a la educación liberadora que da poder al pueblo.

En esta línea opera la complejidad cuando radica en fortalecer un sistema reticular de saberes que opere como un rizoma⁶², cuya estructura no deba ser jerárquica, ni tampoco, que ningún nivel sea más fundamental que los demás. Las apreciaciones tanto de Morin como de Rescher, nos permiten visualizar la concepción de complejidad a lo interno de un sistema de generación y transferencia de conocimientos como una operación en red o rizomática, a la que se añade la idea dinámica de recursividad rotativa para monitorear, y explicar, de manera hologramática como si fueren imágenes en serie, producto de una placa fotográfica obtenida mediante holografía. Algo semejante, ocurre con los procesos de: vinculación, articulación, prospectividad, proferencia, desarrollo y resultados del todo y sus partes. En consecuencia, se presenta una alternativa que permite establecer una ruptura con el paradigma epistemológico positivista tradicional, para encausar sus propósitos y resultados operativos en los moldes de un subsistema de GC fundado en la epistemología compleja. Donde, la comprensión, tanto de la acepción paradigma, como epistemología compleja, debe y tiene que ser interpretada más por el sentido etimológico que cada una de ellas, logre aportar al desarrollo integral del subsistema.

⁶² El Rizoma interpretado por Ugas (ob.cit.39) como un tallo subterráneo que se distingue radicalmente de las raíces y de las raicillas, forma un cuerpo colectivo, es el todo y la parte a la vez, adquiere diferentes formas y extensiones. “Un agenciameinto es precisamente ese aumento de dimensiones en una multiplicidad que cambia necesariamente de naturaleza a medida que aumenta sus conexiones. Por tanto in Rizoma no es reducible ni a lo uno ni a lo múltiple; no es objeto de reproducción, sino que procede por variación, conquista, y captura; forma mesetas: “una región continua de intensidades, que vibra sobre sí misma, y que se desarrolla evitando cualquier orientación hacia un punto culminante o hacia un fin exterior”, las cuales trazan círculos de convergencia y pueden relacionarse unas a otras.

® Robles, Alexis (2008). Universidad de Carabobo.

FIGURA 27: Ejes Puntuales en el Diseño de un Proceso de Gestión del Conocimiento en Salud

Fuente: Elaboración propia del Autor. Robles, 2008.

En esta dirección, apunta el enfoque de un subsistema de Gestión del Conocimiento en Salud, cuya estructura se funde en la complejidad, a partir de un conjunto de: interacciones locales, comunitarias, “no lineales” para que se adecuen a circunstancias del contexto; y en esta vía genere conectividad con otras estructuras, para retroalimentarse de sus propias experiencias, y en ese trayecto alcance reconocer los patrones propios de las culturas locales, mientras opere sobre redes de servicios a las personas en materia de salud distribuidas en todo el país. Esta vinculación de factores, obedece en sí, a la complejidad emergente que demandan los cambios sociales, en la generación de creatividad e innovación entre los usuarios de los servicios de salud a las personas para que por si mismas, procuren promover obras que generen beneficios a sus estados de salud, lo cual redundaría en la preservación de vidas libres de enfermedades. Además este subsistema, debe insertarse en la flexibilidad de sus propósitos y fines de servicios a las comunidades en la medida que su curso indique para ir operando en la construcción de una nueva filosofía de vida centrada en provocar dentro del común de las personas un redescubrimiento de su esencia de vida. Es decir, cada una de las personas debe inmiscuirse en los propósitos de entender su papel de existir en cada comunidad.

5.2.5.- Transdisciplinariedad Y Complejidad En La Transferencia De Conocimiento Sobre Salud

Los temas específicos de: prevención, promoción y valoración de la salud y la vida, requieren una estructura enmarcada en la transdisciplinariedad para que sean las mismas personas quienes a lo interno de sus propias comunidades activen principios y saberes propios que coadyuven a gestionar adecuados conocimientos en defensa de su salud y por ende una valoración⁶³ constante de la vida. En consecuencia, el debate epistemológico aquí planteado procura asentar bases para estructurar un subsistema abierto de investigación y educación dentro del Sistema

⁶³ El término valoración, se corresponde con la acepción latina de valor, esta a su vez se desprende de valere, que viene a significar una cualidad de estar vigoroso o sano, ser más fuerte. Destaca así mismo en esta dirección el término griego, axios, que traduce merecedor, digno, que posee valor, de donde proceden términos como: axiología, axiológico, axiomático y axiomas, etc.

Público Nacional de Salud en consonancia con teorías y corrientes de pensamientos que apunten hacia enfoques participativos dentro de las ciencias sociales para abordar situaciones de salud y vida dentro de un orden axiológico donde se valore la salud y la vida como un continuo de orden cualitativo. Este postulado, se corresponde con la transdisciplina porque desborda según lo dicho por Ugas (2006.Pág.92) “el establecimiento de las relaciones entre ciencias. Es poder hablar de ciertos problemas, de ciertos fenómenos y procesos con nuevas arquitecturas de lenguajes capaces de abordar lo excluido por las disciplinas”.

La perspectiva de la complejidad, facilita establecer la indagación de conocimiento transdisciplinario en tres órdenes de fenómenos, los cuales, van desde la integración de actores en una vinculación que trasciende las fronteras del ámbito académico mediante: la relación sujeto / objeto, relación todo / parte, dirigida a construir y explicar de manera llana y sencilla una noción salud / vida que pueda ser entendida por personas con pocos grados académicos, incluso, aquellas que cohabitan en comunidades con elevados índices de exclusión y pobreza. Donde por añadidura, en detrimento de la salud y la vida, no existan infraestructuras que garanticen los más elementales servicios básicos, tales como; instituciones educativas, donde al menos los de menores edades tengan y/o adquieran principios básicos de la vida, que a la postre, les permitan actuar de manera activa como sujetos sentipensantes y, con criterios fundados en un pensamiento analítico y/o crítico. Además, como dice Ugas (ob.cit. Pág92) “La complejidad supone temporalidad, no-linealidad, aleatoriedad, autoorganización y probabilidad entre otras, para extraer de ellas nueva información”. De igual manera, el principio de complejidad genera una nueva comprensión estética y nuevas concepciones filosóficas y metafísicas, donde ciencia y arte se armonizan en este caso para generar aportes a la salud y la vida en la medida que se propicie el cuidado de sí.

Lejos de pretender incurrir en un subjetivismo a ultranzas, se siente la necesidad de privilegiar tanto el aspecto subjetivo vivencial de la actividad práctica comunitaria, que permita potenciar el pensamiento crítico donde en los proyectos sociales de gestión de conocimiento que se desarrollan en las comunidades

coloquen a las personas y su habita como eje central. Strimska, citado por María Villegas Mujica (1998.Págs.180-181), es de la opinión que, al desarrollar paradigmas de investigación como el de “las sociologías del sujeto o sujeto-céntricas”, las personas pueden ser interpretadas en una posición central de los procesos de promoción y prevención de la salud. En consecuencia, se admite, que siendo el sujeto, pieza central que demanda la energía necesaria para impulsar el proceso de gestión de conocimiento, estaría en capacidad de objetivar (adjetivo, perteneciente o relativo al objeto en sí y no a nuestro modo de pensar o de sentir) métodos y estrategias que permiten generar las investigaciones necesarias para desarrollar y transferir conocimientos por vías de enfoques fenomenológicos hasta que los grupos comunitarios lleguen a percibir tanto la comprensión de textos previamente elaborados en la academia; como, adquirir dominio de la interpretación hermenéutica que busca describir todos los eslabones de la gran cadena de saberes comenzando por entender el sentido, significados de textos y discursos hasta llegar a realizar los análisis semiológicos necesarios para promocionar el cuidado de sí, y de los otros.

En razón de lo antes expuesto, cabe especular, que cuando el sujeto como actor comunitario, entre a definir el sentido de la situación en la cual se encuentra, y en ella pueda crear nuevas posibilidades para desarrollar actividades orientadas hacia la circularidad de saberes en el campo social y de la salud, estaría reforzando sus representaciones sociales que le permite actuar con el ímpetu de una fuerza que emana de la sociedad, la cual se comunica y se transforma a sí misma. Evidentemente, cuando el sujeto identifica las fortalezas propias de sus representaciones estaría en capacidad de internalizar diversos discursos que en torno a la concepción global de la realidad social y de la salud. Cuando esto ocurre, los encargados de transferir saberes, habrían logrado avanzar en el fortalecimiento de nuevos hábitos, y por ende en la formación de un sujeto consciente.

Dicho de otro modo, la **relación sujeto-objeto** habría logrado avances importantes en el modo de actuar de un sujeto sentipensante y lo pondría en capacidad de desarrollar su intelección para someter a juicio tanto el paradigma

dominante de -salud-enfermedad- como a la dialéctica preexistente en materia de producción y/o gestión del conocimiento, (la cual, trascendentalmente ha venido operando en las clases sociales venezolanas) para testimoniar que aquí estaría operando un proceso transdisciplinario de transmisión de saberes. El discurso desarrollado en el párrafo anterior, destaca por proponer cambios fundamentales en el sujeto para que comprenda la dialéctica -salud-enfermedad- y se esfuerce por transformarla en la dialéctica -salud-enfermedad-vida, desde donde se desprenden objetos de conocimientos fundados en un deber ser, que estaría estructurado en el fortalecimiento de propuestas tendentes a lograr cambios sustanciales en las representaciones sociales de los sujetos comunitarios como axioma fundamental de los principios organizacionales de un adecuado sistema de salud.

Sin embargo, conviene acotar, que el grado de exclusión al señalamiento del elemento vida, ha venido siendo impulsado el modelo médico -curativo-restitutivo- como principio físico o químico donde operan y hacen efecto las composiciones bioquímicas desarrolladas por las grandes corporaciones de los remedios, más no como el centro medular-vital donde entra la composición de los cuerpos, donde subyacen el espíritu y el alma humana. Por consiguiente, esto hace que automáticamente ésta situación se transforme en la dialéctica enfermar-curar, lo cual, desde la teoría conductista, pudiera entenderse como parte de una conducta operante dentro de la generalidad de los sujetos, al darle un reforzamiento exponencial al binomio -salud-enfermedad-. Binomio en torno al cual, ha venido trabajando el modelo biomédico para establecer distinción en la vida humana cuando la salud se quebranta. Esto a su vez, permite que entre en funcionamiento todo un aparato burocrático dispuesto para controlar la enfermedad y “restituir” la salud, obviando el, o los sistemas de vida en que operan los sujetos. En referencia a la conducta operante, Honig, (1975) W. H. Morse (Pág.72), explica que la característica primordial de ella, radica en dejarse ver como diferenciada en forma y estructura temporal a través de eventos consecuentes. Esta diferenciación, nos permite hacer referencia al modo como se hace uso de manera integral de la dialéctica -Vida-Salud-Enfermedad-.

Otra manera de apreciar la conducta operante de manera desproporcionada, queda evidenciada cuando simple y llanamente, se evoca sólo a la dialéctica salud-enfermedad- como si en contexto, la vida no cuenta para el ente humano. Al respecto Honig Ibíd., refiere que: La conducta operante condicionada surge a partir de “la conducta diferenciada por aproximaciones sucesivas hacia formas nuevas más complejas, mediante un proceso de reforzamiento diferencial sucesivo también conocido como moldeamiento”. A nuestro entender, un moldeamiento de este tipo se explica cuando en el discurso de la consulta médica en lugar de la salud prima la enfermedad y sobre la vida prima la muerte. Todo esto, tiende a fortalecer la desproporcionada dominación impuesta por el modelo médico biologista de la clínica enmarcado desde su génesis en un orden positivista, donde al parecer, prácticamente la vida es lo único que no cuenta.

5.2.6.- Lenguaje, Códigos y Alter-Ego en Detrimento de Salud y Vida

Interesa desde aquí efectuar una revisión tanto al lenguaje como a los códigos más usuales entre quienes constituyen las estructuras burocráticas, desde donde se restituye la salud, o mejor dicho, se controla la enfermedad, en los vulnerables cuerpos de los sujetos sociales cohabitantes en ambientes cada vez más susceptibles a grandes contaminaciones y fuertes contingencias generadoras en modo sistemático y recurrente de enfermedades comunes. Estas conjeturas, dan pistas para analizar el funcionamiento de los sistemas de vida en las comunidades excluidas o de escasos recursos, hasta llegar a entender, porque de manera recurrente, los cuerpos o humanidad de las personas, son cada vez más susceptibles de enfermedades comunes y, no tan comunes. De igual modo, conviene analizar ¿Porque las representaciones sociales de estos sujetos, en torno a los procesos de salud y vida se mantienen inalterables a lo interno de su sociedad? Serge Moscovici en un trabajo publicado por José Antonio Castorina (2003.Págs.94-95) ofrece una respuesta a esta interrogante.

La sociedad es considerada como un sistema de relaciones que generan creencias, normas, lenguajes y rituales compartidos colectivamente, que mantienen unidas a las personas. Tal como sucede con cualquier institución, el conocimiento y las creencias existen antes, durante y después de la vida de cada individuo. Por esta razón, todas estas formas de representación son estables, establecen restricciones y son elementos constitutivos de la sociedad. Esto significa que tienen una realidad que, aunque sea simbólica y mental, es tanto más real que una realidad física.

Evidentemente que, más allá del discurso concebido para mantener el modelo biologista de la medicina trascienden los paradigmas impulsados por las teorías de dominación que a la par, también operan como un sistema de relaciones. Los cuales históricamente han mantenido una búsqueda constante por sembrar en las personas la idea que ante el mínimo quebrantamiento de la salud hay que buscar la cura y con ello los remedios que pueda ofrecer la farmacopea propulsada por las grandes empresas transnacionales de la curación. Esta conjetura, no pretende de ninguna manera negar la curación. No, de ninguna manera. Por el contrario lo que se busca es más bien alertar a las personas para que eviten la enfermedad.

En consecuencia, se hace necesaria una ruptura con esquemas de pensamientos tradicionales impuestos por las fuertes corrientes de teorías de dominación que operan junto al resto de patrones culturales propios de las tradiciones de los pueblos, básicamente amparados en construcciones elaboradas por el paradigma newtoniano-cartesiano, enraizado en los modos de pensar de las personas debido al uso constante de los postulados de aquellas corrientes de pensamiento. Por fortuna, éste es un modelo que ya luce fracasado en algunas áreas y/o estratos sociales. Tal vez, porque a través del mismo, se ha venido interpretando a los otros como cosas, o como objetos, y sólo se admite en ellos el carácter de sujetos cuando por analogía se requiere hacer comparaciones deshumanizadoras. No obstante, cabe suponer, que si este discurso fuere pronunciado en el seno de esferas sociales compuesta por individuos pertenecientes a las denominadas clases pudientes, tal vez, en respeto a la identidad de sus representaciones sociales pudiese ser admitido, aunque no compartido.

En consecuencia, resulta aterrador y muy despreciable saber que, existen personas que adoptan actitudes contrarias a la equidad que obliga el Código de ética del funcionario público⁶⁴ al servicio de la salud. Por lo general, en estos procesos de interacción social, comúnmente se hacen referencias a términos despectivos e insultantes para referir que alguien no encaja en el orden de sus propias representaciones sociales, cuando por ejemplo se utilizan expresiones como estas: - *se parece a los pobres* (como si el vivir económicamente pobre, más allá de una desgracia fuese un delito) *que subsisten en sectores marginales dentro de paupérrimas condiciones de vida*-. O en su defecto, cuando se trata de analfabetas. También, se les censura, porque no se comportan al estilo de quienes tengan ciertos grados académicos o bien sean profesionales y se endilgan calificativos tales como: *esos marginales no aprenden, ni aprenderán nunca, nada de nada, en su vida. Por eso, viven enfermos y en las peores condiciones*.

En estas situaciones, se intenta asimilar al otro como un **cuerpo-objeto**, lo cual no se corresponde con la tendencia del deber ser en la ética del servidor público, por consiguiente, de manera contraria, este tipo de representaciones sociales por obedecer a modelos entrópicos, que en obediencia a un orden negativo se inclinan más bien a generar una empatía (negativa) que transfigura al servidor público en un **alter-ego**, es decir se alcanza la desfiguración del funcionario y pasa a ser figurado en un otro yo, análogo al de quien por efectos de dominación guía sus representaciones sociales.

Estas representaciones, cuando por efectos de la alienación logran incrustarse en el sujeto, lo obliga a moldear su comportamiento, el cual le permite permitirle sojuzgar, acometer acciones y reacciones con la procacidad antes descritas. Por analogía, estas representaciones al estar posesionadas en el sujeto y religadas con (las de mi yo) el yo del funcionario, porque en efecto sigue siendo el propio yo del sujeto alienado, que desde un punto de vista solitario se permite

⁶⁴ Rojas, Manuel (2007. pp. 60) Señala el código de de ética de la administración pública en su artículo 6 que la equidad obliga a los servidores públicos a actuar, respecto a las personas que demandan o solicitan sus servicios, sin ningún tipo de preferencias y sólo en razón del merito, legalidad, motivaciones objetivas y sin consideración de genero, religión, etnia, posición social y económica u otras características ajenas al fondo del asunto y la justicia. Por tanto, puede decirse que para el Código, la equidad viene a ser un corolario del principio de la igualdad personal.

contemplar el mundo y a los otros con la óptica de unas representaciones sociales aunque no propias actúan al modo de conductas operantes y mecanizadas. Este planteamiento, se corresponde con la concepción mecanicista de Descartes, imperante en la medicina biológica, para quien el hombre es como una máquina o cuerpo extenso, habitado por el «fantasma de la máquina». Por ende, este modelo de conducta operante mediante representaciones sociales adversas debe y tiene que ser reconstruido.

Otro de los rasgos importantes de significar en los paradigmas susceptibles de ser deconstruidos, se explica en una especie de *“alter ego”* del conocimiento. Es decir, un otro yo del conocimiento, que subyace en la irracionalidad de enseñar lo que no debería ser dado a conocer. Por ejemplo; enseñar la inequidad respecto al modelo curativo-restitutivo en salud, contra la promoción de la salud y la vida. En contraejemplo, nuestro llamado sería a entender que, no es por semejanza por lo que las otras cosas toman parte de las formas, sino que, es preciso buscar otro modo por el que tomen parte de ellas y se entienda de una buena vez por todas, que los paradigmas obedecen a un orden estructural semántico, que vinieron siendo contruidos en el transcurso de los tiempos para transmitir conocimientos desde la academia hasta ciertas capas sociales.

Dentro de este orden de posibilidades, cabe inferir, que el fallo de la academia estribaría en que no siempre formó capacidades de transferencias que permitiesen traspasar más allá de las disciplinas, y por ende, más allá de las instituciones para transferir saberes a los pueblos. Es decir, se ha venido formando profesionales sobremanera en las ciencias sociales, que trabajan para las comunidades, pero; no con las comunidades donde coexisten: hombres, mujeres, jóvenes de ambos sexos y adultos de la tercera edad, susceptibles todos a un mejor vivir. La reflexión anterior, apunta a entender que, el propósito de la gestión de conocimiento aquí planteado, más bien, radicaría en estimular a los grupos sociales para que alcancen una especie de autogestión de los conocimientos necesarios, que les permitan en cierto modo, construir estrategias para trascender a las disciplinas, y una vez contruida, mediante ellas, seguir la tendencia de robustecer la salud humana en

oposición al discurso desarrollado en torno a viejos y anticuados paradigmas epistemológicos estructurados con el fin de gestionar conocimientos respecto a la escindida dialéctica -salud-enfermedad-.

Respecto a la escisión del elemento vida de la dialéctica -vida-salud- ya en párrafos anteriores se planteaba, que esto se corresponde con la fuerza como actúan ciertos paradigmas que han venido obedeciendo a un orden estructural semántico, concordante con la corriente positivista, la cual niega de plano ser preconstruidos con el vocabulario empírico (tácito) que trascendentalmente ha venido operando en las comunidades. Este tipo de paradigma científico, se vuelve acallador de experiencias comunitarias cuando sólo intenta favorecer al método científico aunque en sí mismo resulte un contrasentido entre academia y las realidades humanas, porque castra las nuevas formas posibles de ver al mundo de vida comunitario. Al respecto, Morin citado por Martínez Miguélez (2006.Pág.66) sostiene que.

Un paradigma científico puede definirse como un principio de distinciones –relaciones-oposiciones fundamentales entre algunas nociones matrices que generan y controlan el pensamiento, es decir, la constitución de las teorías y la producción de los discursos de los miembros de una comunidad científica determinada.

Un claro ejemplo de ese control de pensamiento, a que Morin hace referencia, queda evidenciado constantemente, cuando en el ámbito de las ciencias sociales, se investiga por distintas finalidades, y aunque se llegue a conclusiones que toquen fondo en el problema, en contraposición, el investigador comete el craso error de plantear las conclusiones en lenguaje llano-sencillo o empírico, sin importar que los códigos puedan ser coherentes, y el mensaje muy claro, tanto la academia como buena parte de los “cientistas sociales” tienden a rebotar los resultados por el sólo hecho de hacer uso de un tipo de vocabulario considerado metafórico porque además deviene de la sabiduría popular ordinaria, y en consecuencia esto representa un ruptura con el lenguaje científico que en legado a la investigación y a las ciencias sociales, dejara el positivismo a la academia. Pero además como bien lo expresa Martínez Miguélez (ob.cit. Pág.67) cuando una investigación llega a

resultados inesperados, es “natural” que sea calificada como “mala investigación”, ya que la gama de resultados posibles está claramente definida por el paradigma; dicho de otro modo, no se acepta el efecto de la serendipia.

En oponencia a este presupuesto, Klaus Krippendorff en un trabajo compilado por Marcelo Pakman (1997.Pág.107) admite que es posible demostrar que la gran mayoría de las teorías en las ciencias sociales surgieron de la sabiduría popular ordinaria. En esta dirección, se asume que las concepciones científicas desarrolladas incluso por la sociología, son más formalizadas, y están sujetas a diferentes clases de pruebas, incluyendo aquellas nociones que utilizadas en la vida diaria por el común de las personas, en algún momento llegan a ser recogidas por el sociólogo y su equipo en la cotidianeidad de su trabajo, siguiendo el horizonte de criterios preestablecidos para que apunten a determinados resultados. Lo anteriormente planteado encuentra respaldo en Pierre Bourdieu y otros (2000.Pág.39) cuando en la vigésima segunda reimpresión de su obra, “El Oficio del Sociólogo” sostienen que.

Los sociólogos organizan su problemática científica en torno a términos pura y simplemente tomados del vocabulario familiar, familiar, se someten al lenguaje de sus objetos creyendo no tener en cuenta sino el “dato”. Las demarcaciones que efectúa el vocabulario común no son las únicas preconstrucciones inconsistentes e incontroladas que se insinúan en el discurso sociológico, y esa técnica de ruptura es la crítica de la sociología espontánea, contraria, sin duda, un instrumento irremplazable en la nosografía del lenguaje común.

La utilización dada por Pierre Bourdieu de la acepción nosografía, en este caso se acepta como parte del discurso utilizado en medicina para hacer referencia a aquella parte de la nosología que trata de la clasificación y descripción de las enfermedades. Ante tales consideraciones, Ricoeur (2006.Pág.25), plantea que “El discurso tiene una estructura propia pero no es una estructura en el sentido analítico del estructuralismo, esto es, como un poder combinatorio basado en las oposiciones previas de unidades discretas”. En este caso, estas unidades persisten en el sistema o código de la lengua en que se expresa. A la luz de estas consideraciones hechas

por Ricoeur, se entiende lo expresado por Pierre Bourdieu, cuando sostiene que “las demarcaciones que efectúa el vocabulario común, no son las únicas preconstrucciones inconsistentes e incontroladas que se insinúan en el discurso”. En consecuencia, se hace necesario, añadir responsabilidades al código, al mensaje y a la forma, como ha sido construido el modelo comunicativo en que opera el discurso investigativo con que se construye el conocimiento. Por su parte Feyeraben (1970.Pág.21), declara que:

“A menudo se da por supuesto que un nítido entendimiento de las ideas nuevas precede y debe preceder a cualquier formulación y cualquier expresión institucional de ellas. (Una investigación empieza con un problema, dice Popper.) Primeramente, tenemos una idea un problema; después actuamos, es decir, hablamos o construimos o destruimos”.

En razón del tratamiento de un problema, la ciencia elabora preconstrucciones; en torno a ello, el acto investigativo de cada discurso hecho texto, deba operar un método que en modo nosográfico trate la clasificación y descripción de supuestos agentes lexicales contaminantes de los resultados de cada investigación. Tal y como puede apreciarse, en torno al entramado que soporta la estructura de: el modo de investigar; producir y gestionar conocimientos; y desarrollar el discurso base de las ciencias sociales. Por ende se considera viable recurrir a Derrida para hacer uso de la acepción “deconstrucción” acuñada por él en traducción al término alemán *Destruktion* que Heidegger emplea en su libro *el Ser Y El Tiempo* (1927). Ante cualquier posición encontrada en torno al término *deconstrucción*, cabe apelar a la posición fijada por Cristina de Peretti (2007.Pág.1-3) donde refiere que:

La deconstrucción no es un método porque la singularidad (el idioma en un sentido más estricto, es decir, lo que Derrida a veces llama el <<efecto de idioma para el otro>>) de cada texto, de cada una de sus lecturas, de cada escritura, de cada firma, resulta irreductible. Derrida explica que empleó el término <<deconstrucción>>, término poco usual en francés. Para retomar en cierto modo, dentro de un Pensamiento, las nociones heideggerianas de la -Destruktion>> de la historia de la ontoteología (que hay que entender no ya como mera destrucción, sino como <<desestructuración para destacar algunas etapas estructurales dentro del sistema>>) y de la <<Abbau>> (operación consistente en <<deshacer una edificación para ver cómo está constituida o desconstituida>>).

En este sentido, es admisible el término deconstrucción porque se toma como des-estructuración para destacar algunas etapas estructurales, a partir de una revisión hermenéutica que permitirá -reinterpretar la interpretación- de los conocimientos que desde la academia hacen transito por las instituciones administradoras de servicios de salud llegan a los pueblos. Para abordar la dialéctica surgida entre la comprensión y la explicación, entre interpretar y reinterpretar los conocimientos cuando se trata de abordar la complejidad de los saberes que circundan tanto a la salud como a la vida misma de los pueblos, requiere hacer una nueva escritura de la escritura para construir nuevos textos de saberes.

Si se sigue a Peretti (2007. Pág.4), se encuentra: en primer lugar, la búsqueda del sentido perdido del texto o, dicho en términos más deconstructivos, la búsqueda del querer decir del autor del texto, (léase la academia) sitúa a la Hermenéutica en la problemática de la comprensión del pasado, es decir, en la línea de una concepción de la historia de la prevención de enfermedades, promoción de la salud, resguardo de la vida, cuidado de sí y de los otros; los cuales, han venido operando como efectividad del sentido de la vida humana misma; el sentido investigativo, buscaría dejar una serie de huellas que constituyen la trama de la historia de los saberes respecto a la “epidemiología”, pero; dichas huellas, serán siempre efecto de la historia de la salud y la vida de los pueblos. La información anterior, la completa Peretti (ob.cit. Pág.5) cuando refiere que “en segundo lugar, convendría saber que, la búsqueda del sentido del texto, deba ser tarea fundamental de la Hermenéutica, en tanto y en cuanto implica una especie de “perfección anticipada” del texto, o sea del nuevo texto que sería reescrito para gestionar nuevos conocimientos respecto a la salud y la vida.

No obstante el privilegio ontológico y semántico de los textos, que a futuro estaría destinado a fortalecer una nueva gestión de conocimiento, tendente a fortalecer la salud y la vida, fuera de los criterios paramétricos, contenidos tanto en la epidemiología como en la bioestadística. Esta tendencia, remite a considerar, que

tanto la Hermenéutica, como la polisemia, explotan el contenido temático y/o semántico de las palabras. Lo cual supone, ciertamente, un paso importante frente al mero comentario literal y lineal de un texto contenedor de nuevos saberes, debe ser tomado de manera puntual por quienes lo rescribirán.

De vuelta a Strimiska, citado por María Villegas Mujica (1998.Págs.180-181), nos encontramos con un *segundo paradigma*. En este caso, está referido a las sociologías sistemológicas; aquí el autor, vincula la relación *todo-parte*, las cuales, se fundan en un planteamiento que por su concepción se puede corresponder de manera proporcional con: la estructura funcionalista, funcionalistas-estructuralistas, y/o teoría de los sistemas. Estas orientaciones, permiten desarrollar conjuntos teóricos amplios, dirigidos a campos importantes, aunque parciales de la realidad social. Según el precitado autor, pueden incluso, alcanzar a cubrir a las sociedades globales en una serie de aspectos que se apoyan en los conceptos de sistema, entre los que destaca el sistema abierto donde se pondera tanto la función como a cualquier estructura organizativa rectora de los servicios a la salud, fundada en la complementariedad de principios que irían de lo ontológico a lo epistemológico. Es decir, del ser o persona, al conocimiento para que encamine su búsqueda hacia un adecuado bienestar.

En Cortés Morató y Martínez Riu ob.cit., se define bienestar como altruismo (del latín alter, el otro) Término introducido por Auguste Comte (altruisme) para expresar en qué debía fundarse la moral del positivismo o la moral de la nueva sociedad, que descansaba preferentemente sobre las emociones. El planteamiento que aquí se formula en relación a la alteridad se inscribe en el mismo orden de relaciones del concepto altruismo por consiguiente significa que los grupos comunitarios deban y tengan que preocuparse por el bienestar de los demás. Aunque el altruismo fuese negado por Hobbes quien abiertamente lo contradecía alegando que de ningún modo pueda existir algo que se deba denominar altruismo. En esencia este término implica preocuparse más por el bienestar de otro que del de uno mismo, y se interpreta, por tanto, como generosidad llevada a cabo por motivos puramente racionales. De este modo viene a ser la conducta opuesta del egoísmo y

el individualismo. En los estudios actuales, no se le supone exclusivo del hombre y así, la sociobiología le atribuye, igual que al egoísmo, un fundamento genético, existente también en los animales, mientras que las teorías psicosociales lo relacionan con la llamada «asunción de roles» en la socialización. Cabe destacar, que desde ningún punto de visto hacemos oponencia a desligar lo económico de lo social, y mucho menos de la vida humana misma. Al igual que las acepciones <<altruismo y bienestar>> son fuentes de debate también la vida cuyo étimo se origina del latín *vita*, no escapa a un debate similar. Por consiguiente, se interpreta como un sentimiento apreciativo por las interacciones del ego humano con el medio, y por reacción (al sentimiento apreciativo) como esta lucha por sostener homeostasis⁶⁵ como un estado preferentemente biológico.

Históricamente, no ha sido muy sencillo definir la vida dentrote un orden filosófico, por consiguiente, en torno a su esencia misma, existe un ancestral debate. Por ejemplo; Schopenhauer la interpreta como manifestación de un ciego impulso irracional, la Voluntad, y por tanto no tiene ninguna clase de sentido ni de finalidad propia, sino que está al servicio de la perpetuación de esta fuerza cósmica. Por su parte Nietzsche, en oposición a lo que él mismo definiría como el pesimismo de Schopenhauer, sostiene que la vida trata fundamentalmente del impulso vital, y concibe la vida como un valor en sí mismo. Considera, que simultáneamente y en relación con el concepto de voluntad de poder, la vida trasciende al impulso biológico y cultural. Según Nietzsche, en la medida en que, la tradición metafísica occidental es fruto de una reacción nihilista contra la vida, a la que pone en función de unos falsos valores suprasensibles (desde Sócrates la filosofía ha puesto la vida en función de la razón, en lugar de poner la razón en función de la vida), concibe su filosofía como la transvaloración de los antiguos valores para adecuarlos a la vida. Esta es la tarea del superhombre, capaz de superar la moral de esclavos para efectuar plenamente aquella transvaloración. Nietzsche coincide con Schopenhauer, del que recibió una gran influencia durante sus años de formación intelectual, en situar la vida y su espontaneidad frente a las filosofías del ser inmutable. La vida es expresión de lo inmanente y terrenal, de lo espontáneo y creador, ante los

⁶⁵ Conjunto de fenómenos de autorregulación, conducentes al mantenimiento de una relativa constancia en las composiciones y las propiedades del medio interno de un organismo. ® Robles, Alexis (2008). *Universidad de Carabobo*.

trasmundos suprasensibles de las filosofías que han pretendido buscar certezas absolutas al estilo de Descartes.

Mas allá de Schopenhauer y Nietzsche, Dilthey considera la vida fundamentalmente en su sentido histórico, razón por la cual su filosofía también se agrupa bajo la calificación de historicismo, del que arranca la división entre ciencias de la naturaleza y ciencias del espíritu. Vinculado a esta tradición se sitúa también, hasta cierto punto, el pensamiento de Husserl, que remite al concepto de «Lebenswelt» o «mundo de la vida» el punto de partida para comprender las categorías intelectuales y las abstracciones de la ciencia. Max Scheler desarrolló la concepción fenomenológica de intencionalidad ligada con la noción de Lebenswelt para afrontar **el estudio de la fundamentación de los valores a partir de las vivencias y las experiencias emocionales**. Bergson considera la noción de vida desde su dimensión biológica y, desde posiciones próximas al vitalismo biológico, la declara irreductible a la mera materia. La vida, según él, es dinámica, pura heterogeneidad fruto del élan vital, de la evolución creadora, irrupción de la libertad en la materia. Si el tiempo (opuesto a la duración) es mera espacialidad concebida por el entendimiento que tiende a fijar toda realidad, **la vida se desenvuelve en la duración pura, puramente cualitativa, que solo puede ser conocida por la intuición**.

5.2.7.- Del Principio De Complementariedad Al Pensamiento Complejo

El principio de complementariedad, o relación todo-parte, visto dentro de un subsistema abierto de gestión del conocimiento, fundado en la investigación y educación, dentro de un sistema público nacional de salud, se explica mediante una acción comunicativa con doble vía de información. Un proceso de información, que va desde la estructura de la organización de las comunidades, y posteriormente en sentido de reinformación como partes fundamentales de un todo la información regresa desde las comunidades mediante el principio de recursividad a la rectoría organizacional, complementando así, una perfecta sinergia, entre comunidad y

servicios, para de este modo, dar consistencia al Sistema como un todo integral e integrador. En cuanto al principio de recursividad, Morin (2003. Pág.40) siente que éste, va más allá de la pura retroactividad. En consecuencia admite que un proceso recursivo, es aquel cuyos productos son necesarios para la propia producción del proceso. Para los efectos de un Sistema de gestión de conocimiento en salud, la recursividad operaría como una dinámica auto-productiva de saberes y auto-organizacional con las personas. Por consiguiente, este principio, puede equipararse al de complementariedad.

En Martínez M. (2006.Pág.155) el principio de complementariedad, se apoya en dos constataciones evidentes para toda mente reflexiva: la complejidad de las realidades importantes para el ser humano y la selectividad de nuestra percepción de captar una de esas realidades. Las consideraciones hechas por este autor, permiten suponer que un sistema público de salud ante la pretendida visión de ser exitoso, debe y tiene que fundamentarse en una filosofía de gestión basada en la complejidad de experiencias y realidades humanas sin discriminación de géneros ni estratos sociales, de ser contrario a este propósito, resultaría bastante probable que el sistema no alcanzaría sus propósitos de potenciar la salud y la vida como partes fundamentales de un todo que dada la complejidad del cuerpo humano como sistema –humano-social- sólo pudiese ser comparable al principio hologramático planteado por Morin (2003. Pág.38); porque:

Al igual que en un holograma, cada parte contiene prácticamente la totalidad de la información del objeto representado, en toda Organización compleja no sólo la parte está en el todo, sino también el todo está en la parte. Por ejemplo: cada uno de nosotros, como individuos, llevamos la presencia de la sociedad de la que forma parte. La sociedad está presente en nosotros por medio del lenguaje, la cultura, sus reglamentos y normas.

Se entiende a Morin cuando hace referencia al orden cartesiano que predice - el todo está en las partes- y en correspondencia con este postulado hace alusión al principio hologramático porque calza con lo expuesto al interior de esta discusión, donde en reiterados momentos se establecen pertinentes comparaciones del todo (el país) con la sinergia que en el deber ser, se complementaría un Sistema Nacional de

Salud. En tanto que las partes, equivalen a las comunidades, donde cuya tendencia renovadora y/o reeducadora de los conocimientos respecto a la salud y la vida, marcan la búsqueda de una mejor comprensión, cuya ausencia se convierte en un gradiente que refuerza la falta de entendimiento retenido por causas del analfabetismo.

Esta deficiencia de entendimiento, causada por el analfabetismo, constantemente opera de diversos modos como: sustrato, como sustancia, o en su defecto como causante de las cosas que no sean entendidas y en contraposición a esa falta de intelección deba existir un contumaz (aplícase a aquellas materias o sustancias que se estiman propias para retener y propagar los gérmenes de un contagio.) contagio de ignorancia en las clases desposeídas, más no así, en las más favorecidas económicamente y con servicios básicos fundamentales como: educación, vivienda, fuentes de empleo y servicios a la salud. Carencias que directamente refuerzan el inmenso problema de exclusión social, donde el conocimiento (cosificado) del otro yo, pasa a ser visto por una corriente dominante, servidora a intereses liberales y neoliberales del mercado, como un cuerpo-objeto que pese a no conocer, porque **en esencia no sepa pensar**, deba pagar altos precios por su salud, porque a esta, se le imprime el precio de la sustancia presente en las **cosas materiales**.

Cabe admitir, que el problema de la cosificación o reificación puede ser entendido desde dos puntos de vista: El primer punto de vista obedece a un orden material y cronológicamente es más antiguo, dado que trasciende a la aparición del cogito cartesiano a partir de la utilización de «cosa» (en su caso, res) fundamentación desarrollada por Descartes como equivalente de «sustancia» y es cosa tanto el pensamiento (res cogitans) como la extensión (res extensa), pero también se refiere a «cosas materiales» y «cosas corporales. De allí que en contraposición al primero haya devenido el segundo problema de orden inmaterial; en él se explica como a nombre de una determinada investigación científica, se toman personas (por rehenes o cosas) más por su incapacidad de poder pensar que por voluntad de reaccionar, al punto que terminan siendo utilizados como piezas de experimentación. En síntesis, es

a partir del método cartesiano cuando se abren planteamientos de esta naturaleza, que en opinión de Foucault, anteriormente, no podían haber sido formulados, puesto que, en el pensamiento de la antigüedad, el hombre solamente es pensado como el locus de la articulación abstracta (marcada por la religión) de la representación con el ser. Y por tanto, el cogito cartesiano marcó el repunte del positivismo el cual no aparece en el sujeto propiamente pensado.

Otro problema, surge a raíz del idealismo epistemológico marcado por Descartes, éste, trascendió al individualismo casi irracional ante la presunción de, que todo cuanto yo conozco se remite a mi mismo. En esta concepción cartesiana, cabe la posibilidad de caer en el solipsismo como forma radical de subjetivismo, según la cual, solo existe o sólo puede ser conocido el propio yo que ensimisma al sujeto hasta individualizarlo, y encerrarlo en su propia cosmovisión. En un intento por evitarlo, pudiese decir, que posterior a un punto de reflexión, Descartes parece retractarse por la posición anterior, y apela a otra subjetividad, que no es la de otro yo como yo, sino una subjetividad infinita al sostener que es Dios quien se revela en el cogito finito y que es garantía de la verdad de nuestras representaciones sociales. Surge entonces, una especie de hipóstasis en la comprensión del ser, correspondiente a una conciencia dominada por supuestos implícitos en el concepto de modelo médico biologista-positivista-cuantitativo, fundado en criterios propios de las ciencias materiales⁶⁶.

Desde este punto de vista, el sujeto excluido de los servicios a la salud por efectos de dominación, siente que su existencia, se debe más al mundo exterior, que a su propia creatividad para procurar su inclusión. En consecuencia, cuando la persona (sujeto) se siente ignorada y dominada, se balancea entre posiciones discriminatorias, impulsadas por infundios atribuidos a tendencias filosóficas e ideológicas que le castran el poco sentido racional que el entorno le ha permitido adquirir respecto al binomio salud-vida; por consiguiente, a la energía vital que

⁶⁶ En AVEPSO, Fascículo 1, M. Contasti (1983. Pág.6) explica que las Ciencias Materiales, en razón de su propia naturaleza-material- han minimizado la intervención del hombre como instrumento mediador de la medición...(8) Las Ciencias Sociales al adoptar el concepto, también al copiar la forma operacional de implementación, generada en las Ciencias Materiales, han provocado un empobrecimiento en el análisis de los fenómenos sociales. Los fenómenos sociales presentan una mayor complejidad, y los procedimientos utilizados que tratan de asegurar la objetividad científica, típica de las Ciencias Materiales, impiden captar la riqueza del fenómeno dejando como residuo, entidades cognoscitivas huecas e irrelevantes® Robles, Alexis (2008). *Universidad de Carabobo*.

subyace en cada comunidad. Esto, por supuesto, le convierte en un sujeto amorfo por carecer de personalidad y carácter propio que le permita comprender la realidad que le circunda y, en consecuencia se niega a sí mismo, los derechos y deberes consagrados por ley, que le permitan participar y tomar decisiones en relación con su propia salud y la de su familia. Lo cual trasciende de un hecho familiar, a un contexto colectivo, y así por extensión se globaliza la exclusión.

En cambio, cuando un sujeto se apropia de un pensamiento analítico que le permite gozar de autoconciencia, alcanza a poseer el conocimiento que la conciencia tiene de sí misma, o la representación del yo como objeto conocido por la consciencia, o el conocimiento del yo acerca de sí mismo, este pasa a ser un sujeto que goza de un pensamiento crítico que le permitiría estar apto para participar y cuidar de sí; porque, está en capacidad de discernir entre salud y enfermedad, en situaciones diversas dentro de su comunidad y, respecto a la salud de su pueblo. Para Boisvert (2004.Pp.25), el pensamiento crítico comprende las capacidades y actitudes que desempeñan un papel principal en el proyecto de analizar y dominar las innumerables informaciones que caracterizan el contexto social actual. No obstante, también este pensamiento es complejo porque como dice Morin, la complejidad concierne no sólo a la ciencia, sino también a la sociedad, a la ética y a la política. Por tanto, es un problema de pensamiento y de paradigma, que, en este caso concierne a una epistemología general de la salud y la vida. Esta idea es expuesta por Morin (2003.Pág.65) y a partir de ella destaca que, como modo de pensar:

El pensamiento complejo se crea y se recrea en el mismo caminar. Estamos en un espacio mental en el que las manifestaciones de un paradigma de simplificación. El pensamiento complejo, confrontado a la pura simplificación (a la que no excluye, sino que la reubica) es un pensamiento que postula la dialógica, la recursividad, la hologramaticidad, la holoscopia como sus principios más pertinentes.

En consecuencia, se aprecia la imperiosa necesidad de promover desde la universidad incentivos para que surjan espacios mentales en los que las manifestaciones hechas en torno de un paradigma de simplificación, deba surgir una ruptura paradigmática que involucre el currículo con las comunidades donde coexisten los saberes originarios de los pueblos que pueden contribuir a fortalecer el

desarrollo endógeno⁶⁷. Subyacentemente, en este contexto epistemológico, deba persistir la noción integracionista de cooperación y participación a ser impulsada por el ente rector de la salud, para valerse de la transdisciplinariedad y la complejidad propia de un sistema de gestión de conocimiento; que opere en modo abierto, mediante el cual pueda relacionar los conocimientos tácitos respecto a: cultura, vida y salud preexistentes en las comunidades.

Estos conocimientos, deben ser concatenados en un orden social, sistémico y transdisciplinario, para desarrollar los ciclos de gestión, fundados en: conocimiento explícito, el cual; queda definido como el conocimiento objetivo que puede ser expuesto con palabras, números y formulas que comúnmente se derivan de la academia. También, a estos conocimientos, se les reconoce como implícitos a determinadas disciplinas, en ellos, se aprecia como la dimensión tácita viene siendo una parte del conocimiento personal y organizacional, requerido por un sistema que intenta unir a las comunidades y al Sistema de Salud como un todo integrador de saberes codificados o explícitos que puedan ser transferidos de manera recursiva y recurrente para fortalecer la salud y prolongar la vida. En tanto, el modo como se hace visible las acciones de participación de manera sistémica y sistemática, utilizando para ciertas situaciones el conocimiento codificado o explícito, permite prever que, aun cuando se sepa que este pueda ser insuficiente para enfrentar casos específicos de salud. Al respecto, Peluffo y Catalán (ob.cit. Pág.22) establecen diferencias entre el conocimiento individual y conocimiento organizacional.

Esto es lo que permite que alguien pueda predecir si algo va a funcionar o no. Visualizar ciertos riesgos o peligros que no son proporcionados por el conocimiento explícito. Un cierto orden de relación nueva entre datos. Generar ideas a partir de una nueva situación. El caso de los inventores, los visionarios, o las personas que sobresalen del resto, lo que las diferencia es su conocimiento tácito.

⁶⁷ Este proceso, sostiene M. Contasti (1983.Pág.4) lo hemos denominado Desarrollo Endógeno Cruzado. A la primera fase objetual que comprende la conformación simultanea e iterativa de sensores y objeto, seguirá una fase donde a su vez se producirá una iteración entre significantes lingüísticos y significados conceptuales. Esta fase se denomina, según la teoría de la medición, Nominal.

® Robles, Alexis (2008). Universidad de Carabobo.

Por **conocimiento individual**, se tiene al conjunto de saberes de una persona que la llevan a hacer o responder frente a requerimientos personales del contexto. Mientras que el conocimiento organizacional, puede ser asumido como “el modo en que los recursos de la organización son manipulados y transformados para desempeñar una actividad productiva que permita la creación de valor”, propiciador de relaciones entre todos los subsistemas de un gran sistema de salud en correspondencia con un orden social y comunitario. De igual modo, Peluffo y Catalán (ob.cit. Pág.23) destacan otras clasificaciones en el orden del Conocimiento atinentes a lo Local y a lo Global. Los cuales se estiman muy pertinentes para el sistema. El Conocimiento local se explica cuando se cruza la cultura con lo local o ecológico, allí surge el denominado conocimiento nativo o local comunitario. Para los fines de esta investigación esta consideración viene a definirse como, el conocimiento existente y desarrollado alrededor de las condiciones específicas de mujeres y hombres nativos u originarios en un área geográfica específica.

Entre tanto, se estima que el Conocimiento Global, es el que se forma por medios de redes, tales sean los casos específicos de: Comités de salud, Consejos comunales, redes de mujeres, madres del barrio entre otros; donde se producen determinadas experiencias que por novedad impactan, y cual onda expansiva se riegan y terminan funcionando sin tener una localización específica, pues quienes lo crean pertenecen a diferentes puntos geográficos. Este conocimiento, por lo general se construye a partir de redes locales, pero el intercambio de experiencias lo sistematiza y en este sentido se abstrae de lo local.

En concordancia con la explicación dada en el señalamiento anterior, se determina el modo como se pueden desarrollar diferentes tipos de conocimiento y la manera como pueden ser gestionados desde el campo de la Salud; abordando ejes concretos de la transdisciplinariedad y la complejidad en una clara demostración, que mediante el uso de: métodos, herramientas y estrategias, se puede trascender más allá de las fronteras-limites del ámbito académico, concretos y a los efectos demostrar

como en espacios definidos se puede desarrollar la manera de hacer uso de la Gestión del conocimiento como un *primer principio* que haga posible tener éxito en la promoción de la salud y “conservación de la vida”. Ya en su tiempo, Aristóteles hizo alusión a los primeros principios, como principios de vida. De allí que existan principios de salud, y estos a su vez se corresponden con: principios del conocimiento, principios del cambio. Estos primeros principios, guardan una estrecha correlación con las primeras causas de todas las cosas, en tanto que son lógicos, se enmarcan en el orden epistemológico con sentido ontológico porque se refieren a la causa primera, o causa que Aristóteles considerara como origen de la existencia y por consiguiente de la vida. Por tanto que, los segundos principios, serán gnoseológicos, y los terceros metafísicos u ontológicos.

En líneas generales, al asumir la metafísica como arte de la filosofía que trata del ser en cuanto tal, y de sus propiedades, principios y causas primeras, este planteamiento entre otros, persigue trascender al orden disciplinar para atacar problemas inherentes a la dialéctica salud-vida. En esa dirección, deba lograr circunscribirse en saberes que ancestralmente han permanecido en modo estacionario al margen del modelo médico curativo-restitutivo. En este punto del debate cabe aclarar que la intención de este discurso no implica en ningún modo retroceso alguno para la medicina, ni mucho menos, para las ciencias sociales. Muy por el contrario; esta reconsideración de saberes que por siglos han permanecido latentes en el ámbito de los pueblos, pero; ignorados por la academia pudieran ser de gran utilidad a la especie humana, al ser tomados en consideración y sometidos a la praxis de una manera sistemática y sistematizada, no sólo dejarían de ser complejos, sino que, entrarían a formar parte de un reforzamiento al conocimiento que maneja la academia, lo cual en cierto modo, la estaría obligando a traspasar las barreras que establecen las disciplinas para posibilitar el forjamiento de un discurso transdisciplinario. En síntesis, este asumir de responsabilidades en lugar de minimizar los contenidos conceptuales de la práctica médica los fortalecería con principios: gnoseológicos, metafísicos u ontológicos.

5.3.- BASES PARA ESTRUCTURAR UN NUEVO MODELO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

5.3.1.- La Información Prospectiva Fundada En La Teoría De La Complejidad

Este sistema estaría llamado a funcionar desde una multiplicidad sistémica de saberes, que demandan cada vez más nuevos contenidos de conocimientos, que tienden a condicionar, crear o sensibilizar otras “realidades” o paradigmas capaces de generar un “hacer con calidad en salud”. Morin, (2001.Pág.218) refiere que un paradigma contiene, para cualquier discurso que se efectúe bajo su imperio, los conceptos fundamentales o las categorías rectoras de inteligibilidad al mismo tiempo que el tipo de relaciones lógicas de atracción / repulsión (conjunción, disyunción, implicación u otras) entre estos conceptos o categorías que permitan al sistema operar en conformidad entre lo que se dice, piensa o cree de la realidad, lo que es o lo que sucede.

Esto indudablemente, debe partir de una formal distinción de "el lenguaje sobre el que se habla de salud y el lenguaje en el que realmente hablamos de la salud. Es decir se precisa pasar desde el uso generalizado del lenguaje clásico de las ciencias y los lenguajes técnicos empleados en cada disciplina, hasta fomentar un orden recíproco entre expresiones propias del conocimiento formal o disciplinar y los del conocimiento tácito que subyace en la interpretación de los lenguajes llanos y sencillos con que se conceptúan los saberes y/o conocimientos que moldean la salud existente en la experiencia de cada pueblo. Ese mismo conocimiento que Maffesoli, (2005.Pág.164), advierte mediante la experiencia, tan difícil de admitir para el conceptualismo, e igualmente difícil de rechazar en el orden sociológico donde se centra este estudio, el cual encuentra en el relativismo y el pluralismo su condición de posibilidad teórica que trasciende al nuevo ímpetu de la etnometodología muchas veces diferenciada, otras tantas, ampliamente común en la cual se funda un nuevo

paradigma de investigación que alcance integrar la aplicación de la lógica borrosa al proceso de conocimiento. A tales efectos añade (Calventus, 2000)

Conseguiríamos establecer una correspondencia más precisa con la realidad, porque en este sentido ofrece un nuevo modo de conocer la realidad, de construirla conceptualmente, con operaciones lógicas (que) no responden a la estadística de la probabilidad ni por tanto a la frecuencia de un fenómeno, sino que construye el razonamiento en términos de posibilidad, que son cualitativos... (Con) un vasto alcance epistemológico. (Munné, 1995:3)

De manera tal que, cuando se habla de establecer un patrón de valoración a la vida a través de la salud más bien se busca construir un paradigma tal y como lo visualiza Wittgenstein, en el sentido de «molde» del pensamiento o “estereotipo” como imagen o idea aceptada comúnmente por un grupo o sociedad con carácter inmutable en la prevención de enfermedades al conocer la historia natural de las mismas. Aranda (1991.Pág.137) sostiene que cuanto mayor conocimiento se tenga de la historia natural de la enfermedad aunque no sea completo, mayor será el éxito alcanzado en la prevención, puesto que, permitirá anticipar medidas que dificulten el inicio o el progreso de la enfermedad. Pues de esto se trata, de moldear la conciencia de la gente para que promocióne la salud y en consecuencia puedan prevenir enfermedades transmisibles o no, pero; hasta ahora les han venido resultando comunes a los pueblos por poseer características endémicas o epidémicas de enfermedades que pueden ser prevenibles en las tres fases que integran los niveles de prevención.

Al lograr digerir el conjunto de relaciones que se establecen al interior de las precisiones conceptuales de paradigma y al modo como se vinculan al campo de los estudios de investigación y su pertinencia con las ciencias sociales, Wittgenstein, sostiene que, un paradigma persigue moldear las distintas formas de pensamiento y, admite que para alcanzar este postulado, necesariamente debemos servirnos de aquellos elementos que nos brinda para tales fines la sociedad global del conocimiento basada en las Tic, tal y como se prevé que funcione estratégicamente el SPNS, al proponer que su estructura deba obedecer a un carácter intersectorial,

descentralizado y participativo que permita en modo simultaneo: monitorear, apreciar y evaluar sus resultados de gestión.

Al respecto de la sociedad global del conocimiento P. Drucker (1993), citado por Rigoberto Lanz (2001.Pág.43) plantea una interesante interrogante: ¿Los hospitales de la gran ciudad se volverán centros de enseñanza, de información y de diagnóstico para los hospitales urbanos y extra urbanos donde estarán los pacientes? Ante esto, podemos establecer que la tecnología permitirá garantizar un servicio mucho más eficiente e inmediato, donde cada protagonista deberá gerenciar la información que les permita manejar bases de datos referidas a las historias médicas, referencias médicas internacionales y nacionales importantes; todo ello con un aprendizaje para médicos y pacientes. La transformación del trabajo se inclinará hacia cinco áreas: la medicina preventiva, familiar, capacitación del paciente, telemedicina, y la comunicación al servicio de salud.

En este aspecto, se propone romper con el exclusivo uso cuantitativo que de plano induce el método científico criticado en orden racional por Martínez Miguélez, (2006.Pág.66), cuando asevera que, “el paradigma científico al ser definido como un principio de (partes) distinciones-relaciones-oposiciones fundamentales ha venido operando entre algunas nociones matrices que generan y controlan el pensamiento”. Es decir, controla la constitución de teorías y la producción de los discursos de los miembros de una comunidad científica determinada. En este sentido el paradigma *Per se*, es convertido en un principio rector del conocimiento y de la existencia humana.

A diferencia de muchos otros paradigmas, la ruptura con el modelo cuantitativo dentro del paradigma científico, debe y tiene que ser responsabilidad de escuelas promotoras de salud y universidades integradoras; porque, es dentro de ellas donde en modo reticular se reproduce como generador de conocimientos. Esta reproducción básicamente se logra a través de toda una gama de información contenida en las parcelas disciplinarias de las que se han venido sirviendo una gran mayoría de técnicos para hacer la medición de índices de enfermedad, que luego son usados para

representar la salud, cuando en realidad de lo que se trata es de diferenciar la tradicional medición de la salud a partir de la enfermedad, y para ello, es imprescindible romper con los moldes de la epidemiología clásica. Es decir, separar la lógica de medición que permita alcanzar dos valores. Un valor numérico para la enfermedad y un valor cuanti-cualitativo para la salud.

Es más, se hace necesaria una sustitución de esquemas de medición menos contradictorios respecto a las concepciones de salud, calidad de vida e Índice de desarrollo humano donde prime un sistema de valores, asumiendo el valor como componente principal de una escala ética y moral que la persona pueda poseer a la hora de actuar. Al respecto, Van Gigch (2001.Pág.215) explica que “entre todas las áreas que afectan la cosmovisión de un individuo o Welstanschauung, la de los valores es la más importante”. Esto se evidencia, en los sistemas humanísticos y problemas en los cuales nos interesamos para enlistar una escala de valores pertinentes a la preservación de la salud en las comunidades sociales donde comúnmente prevalecen dos tipos de valores a saber, personal y social.

A la luz de los planteamientos anteriores cabe reconocer, que la definición de valor, conduce a entender que los valores de tipo personal no tienen porque coincidir necesariamente con los de tipo social, lo cual, no impide reconocer que las relaciones entre estos dos valores son complejas, en tanto y en cuanto, puedan discrepar, es innegable que ambos coexisten, se interrelacionan y se influyen mutuamente, tal es el caso, de los valores engendrados que ancestralmente pueda poseer una cultura indígena respecto a la salud de su colectivo, y los valores que puedan ser inculcados mediante un programa de medicina social, donde necesariamente todo este conjunto de valores deben y tiene que ser investigados, y en consecuencia, dar a conocer sus resultados.

Es valido reconocer, que a través del tiempo, se valora el modo como numerosos investigadores han venido haciendo grandes esfuerzos para que tanto la academia, como a lo interno de ciertas disciplinas comprometidas con el modelo de epidemiología clásica se diseñe un sistema de investigación cuyos estándares sean

concebidos con criterios que permitan valorar socialmente los conocimientos que alcancen las personas respecto a la salud. Esto habrá de lograrse, cuando los resultados puedan ser medidos, tanto de manera cualitativa, como cuantitativamente, entonces por esta vía surgirán posibilidades de superar la infructuosidad de intentos por encontrar un modelo de medición sinérgica que elimine las imprecisiones y facilite la cuantificación y presentación de resultados fiables.

Es decir, se precisa de un sistema de investigación válido para la toma de decisiones, que gire alrededor de métodos y procedimientos fiables, por los cuales, se pueda adquirir el conocimiento con el que se valide hechos (verdad) referidos a la salud. Este desarrollo, abarcaría el progreso del pensamiento científico y filosofía científica, a través de la consabida trilogía de: *verdad absoluta*, *verdad probable* y *verdad borrosa*. Respecto a esta última, acota Van Gigch ob.cit., puede expresarse que la teoría sobre el conjunto borroso, parece ser adecuada para definir la imprecisión en el dominio de las ciencias inexactas y satisfacer los requerimientos de una mayor exactitud y rigor en el diseño de sistemas, mediante la búsqueda de una verdad o axiomáticamente de un saber verdadero, pese a los consabidos cuestionamientos y razonamientos filosóficos respecto a la verdad. También vale reconocer, como no menor el número de cuestionamientos formulados al modo como algunos investigadores suelen demostrar la verdad tal y como lo postula Calventus Ibíd.

Porque, en la práctica social cotidiana, ¿Quién hace las distinciones?, ¿Quién cierra los conjuntos?, cuando se construyen las “curvas borrosas” a partir de los promedios de opinión de la gente, ¿Quién ha creado esas opiniones?, ¿Quién las ha moldeado?, ¿Con qué intenciones?, ¿Desde qué ideología?,... En definitiva, ¿Qué consideración hace el nuevo paradigma de estas intencionalidades y relaciones sociales ideológicas que no sólo forman parte de una realidad (y por tanto de nuestro objeto de estudio) sino que lo condicionan poderosamente? Pareciera que, al igual que ocurre al interior de aquel metaparadigma analítico-positivista, los valores y la ética continúan excluyéndose de los niveles ontológico y metodológico en el proceso de investigación.

Indudablemente, se requiere tomar decisiones puntuales que posibiliten estructurar un modelo de investigación que aborde variables coherentes tanto con los

valores personales del ente humano como con los valores sociales congruentes a la salud humana en las comunidades. En consideración a esta premisa cabe presuponer que la teoría borrosa pudiera contribuir con creces en este nuevo planteamiento. Al respecto Calventus, J. (2000) supone que:

La “teoría borrosa” es un paradigma teórico alternativo dentro de este mismo planteamiento gnoseológico. La “curva de la vida” de Kosko permite describirla (con una formalización quizás más respetuosa con la realidad objetiva) y hasta analizarla y explicarla... Pero, con estos momentos, la situación crítica de las ciencias sociales no requiere mayores sofisticaciones analíticas en este sentido. La “borrosidad” no es más que una importación teórico-metodológica más desde las disciplinas naturales, donde el hombre seguirá tratando de mantener su dominio y control sobre el medio físico (posiblemente será, por tanto, una importación muy útil y válida para continuar como estamos en el ámbito de las disciplinas sociales). Pero considero que la realidad social ha de abordarse (incluso desde la ciencia) con mayor compromiso, participación, comunicación, responsabilidad, ética...; aspectos todos ellos que quedan fuera de la conceptualización epistemológica, ontológica y metodológica de esta nueva y borrosa “curva de la calidad”.

En consecuencia, cabe considerar la necesidad de recurrir a una nueva lógica de valores que permita desarrollar una valoración cualitativa de la salud generada a partir del significado intrínseco al orden etimológico del término salud devenido del latín *salus* que tiene la misma raíz que *salvus* y significa: salvación, estar a salvo y tener un buen estado de conservación. Al respecto, cabe pensar que cualquier intento de medición y/o valoración de la salud debe y tiene que considerar la trascendencia del contexto etimológico de lo que en la actualidad entendemos por cuidado de la salud humana.

En síntesis la acepción *salus* es de la misma familia de la palabra saludar, que, en su origen, significaba desear salud y, por extensión, se transforma en deseo de una buena predisposición hacia el prójimo desde la conservación de la vida como conducta o método de vivir con relación a las acciones de los seres racionales y la valoración de la salud. Por consiguiente, la sola medición de la enfermedad y a partir de ella extrapolar la salud resulta un tanto contraria a la vida humana entendida como un todo antropológico cultural que por extensión obedece a un cúmulo de conducta o método de vivir con relación a las acciones de los seres racionales. Con

excepción del modelo salutogénico propuesto por Antonovsky en el año 1991, donde priva la intencionalidad de hacer una aproximación complementaria al enfoque de la patología y cuyo objetivo es la búsqueda de las causas de los estresores que debilitan la salud hasta comienzos del nuevo milenio son muy pocas las experiencias emancipadoras que permitan traspasar la medición numérica como única alternativa.

Aun cuando cabe resaltar que la hipótesis central del modelo salutogénico se funda en que, entre más alto es el “sentido de coherencia”, más adecuada será su capacidad para afrontar lo que Antonovsky define como estresores psicosociales en la medida que se permita controlar aquellos factores que generarían estrés, generado por aquellas alteraciones que redundan en generar una situación a lo interno del organismo de un individuo, o de alguno de sus órganos o aparatos, que, por exigir de ellos un rendimiento superior al normal, los pone en riesgo próximo de enfermar. El sentido de coherencia que se interpreta dentro de el modelo salutogénico se define como “la percepción emocional-cognitiva de parte del individuo hacia estímulos que recibe, sean más o menos controlados por el sujeto”; bajo esta definición, un fuerte sentido de coherencia permite evitar estresores o considerar como un desafío u oportunidad a los estímulos ineludibles. Sin embargo, no se percibe en este modelo, una forma de valoración a la vida humana, ni tampoco elementos o indicadores de criterios que permitan promover la salud.

La valoración de la salud implica a su vez, la necesidad de romper con la concepción de epidemia por ser contraria a la conservación de la vida. En tanto que, epidemiología involucra la acepción epidemia por estar referida de manera exclusiva a cualquier tipo de “enfermedad que se propaga durante algún tiempo por un país, acometiendo simultáneamente a gran número de personas”. En consecuencia si seguimos midiendo la salud desde un modelo epidemiológico continuaríamos favoreciendo a las enfermedades y por ende al rompimiento de la salud como base fundamental de la vida. Dicho de otro modo. No se trata de medir la proporción de los efectos causados por un mal en cantidades numéricas. Más bien, se trata de ponderar la salud como quien examina con cuidado algún comportamiento.

Desde nuestra concepción de valoración de la salud cabe considerar un nuevo

contexto semántico que estructure lo que vendría a ser una nueva dialéctica del “cognitivismo lingüístico” que relacione los aspectos básicos a deconstruir la conceptualización de realidades abstractas por medio de expresiones propias de la experiencia sensible, como la que en este caso se endilga a la salud desde una posición centrada en la epidemiología con acentuada incumbencia en la Patografía y/o descripción de las enfermedades. Por ello urge necesariamente la implantación de un nuevo patrón de valoración de la salud mediante la utilización de criterios inherentes a la vida, que sirvan de indicadores sociales para valorar la salud a partir de la vida en todos los aspectos y sentidos humanos.

Para Van Gigch ob.cit. (Pág.234) un indicador social... debe ser, entre otras cosas, una medición de una sociedad o de la calidad de vida. El mismo debe estar llamado a sustentar acciones socioeconómicas o netamente sociales que pueden ser definidos como indicadores de gestión de un sistema bien sea en el ámbito empresarial privado o en el sector público. Una de las características principales de los indicadores radica en contribuir a clarificar la clasificación y la medición de resultados. En las últimas décadas de acuerdo a los requerimientos posibles ha sido propuesto agregar indicadores sociales, tanto en cuentas de políticas como en un sistema totalmente maduro de la denominada “contabilidad social” para reflejar el estado total de la nación.

Ya, en la cuarta perspectiva de este trabajo, de manera reiterada, se hizo uso de la estructura contabilidad social en referencia al patrón numérico empleado para agrupar a las personas que trabajan, las cuales son nombradas como capital intelectual o activos intangibles. En esta quinta perspectiva se retoma de nuevo el tema de la contabilidad social en concordancia con Gigch ob.cit. (Pág.238), quien hace referencia a un sistema de contabilidad social que se intentó por primera vez en 1969 en EUA, cuando el Departamento de Salud, Educación y Bienestar (HEW por sus siglas en inglés) de ese país publicara un informe social producto de un estudio, preparado por un grupo de científicos sociales donde detallaría siete áreas de interés social en el siguiente orden: a) salud y enfermedad, b) movilidad social, c) nuestro ambiente físico, d) ingreso y pobreza, e) orden público y seguridad, f) aprendizaje,

ciencia y arte, y g) participación y alineación. Como bien puede apreciarse, este tipo de contabilidad social permite cuantificar siete áreas claves y pertinentes a la salud incrementando de manera extendida el modelo cuantitativo a componentes sociales muy esenciales para la sustentabilidad de la vida humana los cuales han repercutido de manera expansiva en el modelo occidental de salud.

5.3.2.- Trascendencia de Estructuras Paradigmáticas de lo Cuantitativo A Un Paradigma Cualitativo

Pues como se sabe, la palabra paradigma tiene sus raíces en el verbo griego-latino que significa parádeigma, y puede ser traducido al español como: ejemplar, modelo, ejemplo. Por su origen y atendida su etimología, es el «ejemplo» de los retóricos antiguos y, de aquí, su uso general en nuestros días como ejemplo o patrón ideal de alguna cosa o conducta. No obstante, conviene saber que la trascendencia de la acepción Paradigma fue aplicada por Platón, a las ideas o formas de todas las cosas, que constituyen el modelo que el demiurgo (Dios creador, en la filosofía de los platónicos y alejandrinos) imita en la organización del mundo.

De igual modo, a Platón se le atribuyen dos tesis referidas a la génesis de la epistemología. Muñoz y Velarde (2000.Pág.204), citan que la primera tesis de orden platónica es referida a que el conocimiento, (episteme) implica (conlleva) necesariamente verdad y jamás yerra... entre tanto la segunda tesis dice: Los conocimientos (y las verdades) vienen constituidos en, y definidos por, una articulación. La tesis primera, es fundamental en la filosofía platónica del conocimiento para distinguir la episteme (conocimiento) de la doxa opinión o creencia. Sin embargo el planteamiento entre conocimiento y creencia que se hace en la filosofía griega es totalmente diferente del que se presenta después con el advenimiento del cristianismo y especialmente con el Renacimiento y la Reforma. No obstante a las ya discutida noción de la verdad, cabe reconocer, que el paradigma dominante de epistemología mediante el cual se rige el conocimiento humano que ha venido siguiendo hasta nuestros días un curso estructural de sistemas formalizados

que se debaten en términos de creencia y verdad tal y como lo define Tarski 1989.

Con la construcción de sistemas formalizados es posible definir el concepto de verdad. Esto se hace a través de la distinción de "el lenguaje **sobre** el que hablamos y el lenguaje en el que hablamos... Los nombres de las expresiones del primer lenguaje, y de las relaciones entre ellos, pertenecen al segundo lenguaje, que se llama **metalenguaje** (y que puede contener al primero como parte)". El segundo lenguaje o metalenguaje deberá ser más rico ya que "es posible construir en el metalenguaje, metodológicamente correcto y materialmente adecuado, definiciones de los conceptos semánticos si y sólo si el metalenguaje es equipado con variables de un tipo lógico más alto que las variables del lenguaje que es sujeto de investigación".

La hegemonía del paradigma epistemológico positivista en las ciencias sociales sostiene Joan Calventus (2000) ha estado impidiendo construcciones teóricas que se aproximan a la realidad sin reducir su complejidad, desestimándose con ello -por no científico- fenómenos como la subjetividad, la cultura, la salud, el sistema social entre otros. Específicamente en el campo de la salud humana, se ignora y desecha un conjunto de manifestaciones propias del ser humano que bien pudiesen llegar a ser estudiadas, siempre y cuando, se aborde desde diferentes posiciones que en lugar de minimizar la tan cuestionada ciencia la fortalecería, al tiempo, en que ampliaría su radio de acción en diferentes campos disciplinares, donde en las últimas décadas han traslucido una serie de teorías, que permiten aproximaciones a la realidad social, siempre y cuando se aborden en toda su complejidad. El decir todas, se hace referencia a un deber ser signado por un claro énfasis epistemológico.

Dentro de esta perspectiva, si realmente se desea implantar un subsistema de gestión de conocimiento destinado a fomentar la vida y promocionar la salud, conviene en un primer momento, conocer el modo como se articulan las variables dominantes que imperan en el campo de la salud a fin de poder entender el comportamiento del sistema y por consiguiente conocer las causas que inducen a que se generen las debilidades, y en consecuencia, preparar los contenidos que se deban transferir. Por ejemplo; en torno a la dialéctica referida a enfermedad y salud, cabe especular que los contenidos referidos a salud deben partir de precisiones

conceptuales que nos permitirían estructurar un nuevo discurso, el cual, obligaría a cambiar la categoría nosológica (parte de la medicina que tiene por objeto describir, diferenciar y clasificar las enfermedades) presente en el concepto de epidemiología, como método de recolección de datos para determinar variables pertinentes a la salud y la vida, antes que a la nosogenia, (origen y desarrollo de las enfermedades como parte de la nosología que estudia estos fenómenos) y por ende a la epidemiología.

Para la corriente biologista vigente en medicina, la epidemiología es uno de los componentes esenciales en el sistema curativo reconstitutivo que opera como un axioma digno de ser estudiado y conocido desde sus orígenes mismos. Es bueno entender que esta acepción, parte del étimo –epidemi- (del griego “*pidhm^a*”, epidemia que guarda relación directa con lo patológico, es decir, con aquello que se convierte en enfermedad y por tanto llega a colidir con un adecuado estado de salud. En Aranda Pastor (1991. Pág.29) se aprecia el vocablo epidemiología derivado de las raíces griegas epi que significa: sobre, demos, pueblos, logos, estudio. Literalmente, “estudio” de algo que cae sobre la gente”, o expresado con mayor amplitud, “el estudio de todo aquello que afecta a la población”. Para Aranda (Ibíd.), la primera definición que aparece de epidemiología, la coloca como “ciencia de las epidemias”, o sea, como el estudio de las enfermedades que de repente caen sobre la gente.

En este sentido, se propone, dar a conocer el concepto de epidemiología como un modelo que permite medir enfermedades, como ciencia que se ocupa de la frecuencia y distribución de las enfermedades infecciosas porque para ello fue construido. Mientras que, para valorar y/o ponderar la salud deba ser construida una adecuada estructura lingüística que pudiese estar prefijada por la raíz latina Salus o Salvus, desde donde deriva el término salud, al que al añadirle el sufijo logía, como elemento compositivo que significa: «tratado», «estudio», «ciencia» se estructuraría el contexto lingüístico “Saludología”, que al español alcanzaría a traducir estudio de la salud, desconectado en sí mismo del sentido patológico que agrega la expresión “epidemiología” a la salud como esencia de vida. En este mismo orden de relaciones, León Uzcátegui durante el desarrollo del Seminario Nacional de Política Social celebrad durante los días comprendidos entre el 11y el 13 de mayo del 2004 en

Caracas, hizo alusión al uso del término Sanología para hacer referencia a la salud colectiva.

Obviamente, que al entender la esencia de los hechos cabe advertir, que más allá de una pretensión ética de construir un modelo cualitativo de valoración a la salud y la vida independientemente de la epidemiología, debe y tiene que trascender la expresión de un nuevo concepto con un étimo definitivo el cual debe ser producto de un consenso especializado. Pues como se ha dicho, esta propuesta busca el logro de una expresión adecuada que permita valorar la salud en todos los estratos y niveles poblacionales. En esta dirección, coincidentalmente apunta un artículo publicado en la red deepistemesyparadigmas.blogspot.com (13/05/2007.Pág.18), bajo el título ética foucaltiana donde se advierte que.

Ahora más que nunca, necesitamos herramientas e instrumentos de análisis que nos permitan aproximarnos a interpretaciones significativas de nuestra situación histórica; ya que la expansión incontrolada de nuevos conceptos ha debilitado el fortalecimiento del hacer social y la utilización de la ciencia como modelo crítico, diversificadora y precursora de soluciones; pues lo que se necesita no son simplemente respuestas, sino más bien, disponer de una superficie de reflexión (región epistemológica) que permita poner en contacto voces, y más voces en dialogo de alteridad.

En correspondencia a este presupuesto, se piensa que lo trascendente no sería el nombre en si mismo, sino, que etimológicamente subyace un desequilibrio en la concepción epidemiológica respecto a la salud que debe ser tratado gramaticalmente. En consecuencia, enmendar dicho error con un nuevo modelo de valoración debe y tiene que obligar a la gramática emergente a facilitar elementos favorables a la acción comunicativa para que no incurran en un nuevo equivoco metodológico al pretender usar una construcción teórica como la “epidemiología” que fuera pensada para medir índices de morbilidad y mortalidad humana, a la postre sea usada en sentido paramétrico para deducir de ella la salud. A decir de Lolas Stepke (ob.cit. Pág.225) Todas las construcciones teóricas se encuentran entre los objetos y los sujetos. Estos, no son sino polos de los discursos, que unificando emoción, razón y praxis articulan lenguas con los hablantes.

La teoría *per se*, en que habrá de apoyarse el nuevo modelo de valoración a la salud tendrá que revelar elementos tanto concordantes como discordantes de los objetos y de los sujetos, que a partir de la terminación *salus* exprese el propósito de fomentar la salud y valorar, defender y preservar la vida. Dado a que como es bien sabido la teoría siempre dice acerca de quien la formula, tanto como sobre aquello que formula. Al tiempo en que: establece relaciones, constituye realidades, mientras facilita el conocimiento también puede llegar a encubrir en caso que los procesos de transferencias no alcancen a ser los más adecuados. Un claro ejemplo de encubrimiento de conocimientos puede encontrarse con mucha facilidad en la Bioestadística cuando esta sólo asume categorías cuantitativas para fines relacionados con la salud y la vida.

Otro ejemplo de encubrimiento de conocimiento frecuentemente ocurre cuando se pretende hacer uso de criterios estadísticos en forma exclusiva para medir la enfermedad y a partir de ello inferir la “vida”. Rubio C. (1994.Pág.36), se refiere a la aplicación de la estadística matemática en la obtención de datos e información sobre: la medicina biomédica, los problemas socio sanitarios, las estadísticas vitales y las demografías mediante la aplicación de: Medidas descriptivas y Variables bidimensionales. En semejanza a la Bioestadística, la epidemiología también apela al uso de: Cálculos de probabilidades y variables aleatorias, Inferencias estadísticas, estimación confidencial, contrastes de hipótesis, Ji-cuadrado, Análisis de la varianza y contrastes no paramétricos los cuales de acuerdo al modo como sean usados se hacen incompetentes para valorar la salud como un todo antropológico.

5.3.3.- Técnicas De Medición ¿Del Bienestar O De La Enfermedad?

A partir de algunas interrogantes hechas, en este apartado de la investigación, se intenta hacer una ligera revisión a los métodos y técnicas utilizadas para medir el bienestar. Las cuales, por no obedecer a criterios cualitativos, en algunos casos muy específicos, pueden obviar las causas que inducen a determinar los resultados. Por estas razones, conviene inquirir al respecto. ¿En realidad los indicadores con que se

han venido interviniendo los Índices de Desarrollo Humano serán los más adecuados? Del mismo modo, conviene saber, si estos indicadores, formarían una conjunción causal con los paradigmas dispuestos, para medir de manera adecuada, la salud; cuando se intenta extrapolarla a partir de la esperanza de vida al nacer, luego compararla con la denominada calidad de vida y por es avía obtener el IDH según lo informa el INE (2004.Pág.21).

La Esperanza de vida al nacer es un indicador que refleja la incidencia de las condiciones de vida sobre morbi-mortalidad de los seres humanos. La adopción de este indicador para medir el IDH, obedece principalmente a tres consideraciones: el valor cultural intrínseco de la longevidad; su valor como forma de ayudar a las personas a plantearse aspiraciones y metas; y su relación con buena salud y nutrición vistas a través de una medida de síntesis de la situación de mortalidad en todas las edades .

Aunada a la debilidad generalizada que pudiese presentar los instrumentos de recolección de información para sustentar criterios aplicados en el ámbito nacional venezolano para conseguir el Índice de Desarrollo Humano; se anteponen los indicadores de morbilidad y mortalidad clasificados en tres grupos por la OMS para medir el contexto global de la salud en todo el continente, obviando así sus inequidades:

- 1. Indicadores del nivel de salud alcanzado.**
 - Indicadores generales
 - Tasa cruda de mortalidad
 - Tasa de mortalidad proporcionalidad de 50 y más años Expectativa de vida.
 - Indicadores específicos
 - Tasa de Mortalidad infantil
 - Tasas de morbilidad específicas por causas.
 - Tasas de mortalidad específicas por causas.
- 2. Indicadores sobre las condiciones ambientales.**
 - Porcentajes de población con agua potable.
 - Porcentaje de población con sistema adecuado de disposición de excretas.
- 3. Indicadores de recursos y actividades de salud.**
 - Número de profesionales de la salud (médicos y enfermeras entre otros) por 1.000 o por 10.000 habitantes.
 - Número de camas hospitalarias por 1.000 habitantes.
 - Número de atenciones prestadas (consultas y visitas entre otras.) en relación a la población susceptible.
 - Porcentaje de defunciones con atención médica.

Por añadidura, es conveniente resaltar que los tres grupos de indicadores clasificados por OMS, reciben tratamiento estadístico fundado en el enfoque científico para determinar lo que es, o no es salud. Como ya dijo, Bertalanffy (2004, Pág. 208) el enfoque científico es indiscutiblemente aplicable a algunos aspectos de la sociedad humana. Uno de estos campos es la estadística, mediante la cual, resulta posible formular muchas leyes estadísticas, o cuando menos regularidades, aplicables a las entidades sociales. La estadística resulta muy práctica al momento de calcular el crecimiento poblacional, de estas se derivan las estadísticas de mortalidad –sin las cuales (añade el precitado autor) las compañías de seguros quebrarían-, ello muestra, que los métodos son aplicables a una gama de fenómenos sociales. Pero; cuando no se toman debidamente en cuenta, la esencia de aquellos factores determinantes, que intervienen en la cadena sistémica de causalidades, y en consecuencia, de uno u otro modo, terminan resultando adversos, tanto a la salud poblacional, como a la mecánica misma con la que los países desarrollados proponen construir la “*calidad de vida*” del hombre-masa, tal y como fuera descrito por Ortega y Gasset (1993. Pág.73) cuando dice.

No he hablado de la cualidad de la vida presente, sino solo de su crecimiento, de su avance cuantitativo o potencial (77). Todo esto vale para la vida colectiva. También en ella hay, primero, un horizonte de posibilidades, y luego, una resolución que elige y decide el modo efectivo de la existencia colectiva. Esta resolución emana del carácter que la sociedad tenga, o, lo que es lo mismo, del tipo de hombre dominante en ella. En nuestro tiempo domina el hombre-masa; es él quien decide.

Asumida entonces, Calidad de Vida, tal y como es definida por patrones internacionales en concordancia con los índices genéricos o perfiles de salud contruidos sobre bases de un eclecticismo (Modo de juzgar u obrar que adopta una postura intermedia, en vez de seguir soluciones extremas o bien definidas) a ultranza. Desde luego, cabe suponer que la calidad de vida, se define en términos generales como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. Su realización es muy subjetiva, ya que se ve directamente influida por la personalidad y el entorno en el que vive y se desarrolla el individuo.

Según la OMS, la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata pues de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. Lo anterior, nos remite a interpretar y analizar por sus contenidos, tanto al concepto de bienestar, como al de calidad de vida, a fin de advertir sus usos de manera indebida cuando en libre albedrío son empleados con el propósito de favorecer los intereses de la corriente capitalista. En este orden de criterios, Ander-Egg, (2001.Pág.238) se pregunta ¿Qué es lo que establece o configura un estilo de vida? Y al mismo tiempo responde.

Todos tenemos un estilo de vida que viene dado por los valores que, en nuestra práctica, que elegimos como prioritarios. Insistimos y destacamos eso de "nuestra práctica", porque el doble juego de valores es moneda corriente en nuestro mundo. El divorcio entre el decir y el hacer, el encubrimiento ideológico y la mentira social permiten diversos discursos contrapuestos o paralelos a lo que se hace en la vida cotidiana.

Empero, si objetamos, tanto la inequidad e injusticia entre estos factores, sobremanera cuando la proporción deba ser distribuida por el estado; como por la inadecuación de las variables con que mide el PNUD en el ámbito internacional la calidad de vida según el tenor presentado por Rubio Cebrian, (ob.cit. Págs.38-39) donde se aprecian dos conceptos referidos a la Calidad de vida. En el primero se puede interpretar a groso modo una concepción inclinada hacia la corriente capitalista y los factores que la determinan, entre los que destaca el individualismo. La Calidad de vida, referida a los aspectos físicos, sociales, intelectuales y emocionales de la vida que le son relevantes a los individuos por estar relacionados con su nivel de "bienestar".

Vista así, la calidad de vida forma parte de la percepción u opinión de los individuos por la forma en que se satisfacen sus necesidades, siempre y cuando no se les nieguen oportunidades para alcanzar un estado de felicidad y realización

personal. En síntesis, la calidad de vida, puede entenderse como un concepto multidimensional, que recoge amplios y variados aspectos relacionados con: el “bienestar” social, el psicológico, el mental, el intelectual y la sensación general de los individuos. No obstante, la calidad de vida puede resultar gravemente afectada, o condicionada por actuaciones de orden sanitaria y relacionada con la salud, pretendidamente independiente de los aspectos físicos, sociales o biológicos que habitualmente influyen sobre el bienestar.

En síntesis, Como anteriormente se había señalado, por diversas razones, la acepción de *bienestar*, entra a ser considerada como una cualificación discutible desde la óptica de esta investigación, (el primero concepto destaca el término bienestar junto a: los *aspectos emocionales y estado de felicidad*) entre las que destaca un alto grado de subjetividad. Inclusive en torno a las controversias ligadas al “bienestar” hay quienes opinan que: un toxicómano llega a sentir *bienestar y un estado de felicidad* que puede demostrar mediante sus *aspectos emocionales* cuando consume, lo cual en términos de salud no es nada cierto. Rubio Cebrian, (ob.cit. Págs.38-39)

En la calidad suelen considerarse cinco principales dimensiones: funciones físicas, funciones psicológicas funciones sociales, funciones cognoscitivas, y sensación de bienestar general. El tratamiento global de estas dimensiones está en el origen de los *índices genéricos o perfiles de salud* (tales como el Nottingham Health Profile, el Sickness Impact Profile, el Quality of Well Being o la General Well-being Adjustment Scale); y el tratamiento parcial o diferenciado por dimensiones, en los índices específicos o funcionales (tales como el Karnofsky Performance Index, la Arthritis Categorical Scale, el Social Difficulty Questionnaire o el Sexual Symptoms Distress Index)

Cabe señalar por otra parte, que el cuestionamiento al término bienestar no es de reciente data. El mismo trasciende tanto al estado de bienestar Keynesiano y su concordancia con el Plan Beveridge propuesto en Alemania por Bismarck para atender la seguridad social en el año 1946 después de la Segunda Guerra Mundial. De allí que una década después de haber sido implantado, y sin comprobársele la debida efectividad, fuera tomado por La Organización Mundial de la Salud (OMS.)

para definir la salud en el año 1956 como. "El estado de completo bienestar físico, psicológico y social, y no sólo la ausencia de enfermedad", donde la introducción del factor social como elemento que conforma el estado de bienestar junto a lo físico y a lo mental, supone la necesidad de una atención psicosocial frente a un problema de salud como una enfermedad crónica. En consecuencia, para los fines de este trabajo, se estima que el conjunto de relaciones establecidas al interior del concepto Calidad de vida, como una totalidad que debería recoger el verdadero significado del mundo de vida en cada comunidad, en iguales términos, de plano debería deslindar fronteras con los conceptos de: "modo", y "estilos de vida".

Siguiendo el curso de los planteamientos anteriores, se desprende la universalidad impuesta por los patrones de medición de indicadores de Calidad de vida signados con criterios del mercado, que si bien es cierto, aplicarían para algunos estratos de empresarios y trabajadores al servicio del mundo laboral concentrado en las ciudades donde paradójicamente se aglutinan en grupos sociales, entre los cuales destacan organismos que diseñan políticas de salud y en ellos se desempeñan profesionales de las ciencias sociales dedicados a formular planes tendentes a mejorar la calidad de vida en las clases marginales. Es decir modos de vida y estilos de vida.

Álvarez Sintés (2001.Pág.40) sostiene que. Para caracterizar el modo de vida como determinante de salud, se han utilizado múltiples criterios, en los que la epidemiología y las ciencias sociales han hecho grandes aportes, al establecer relaciones entre las condiciones materiales y la forma en que los grandes grupos sociales se organizan y se realizan productivamente en esas condiciones. Por ejemplo: servicios de salud y su utilización, instituciones educacionales y nivel educacional de la población, tipos de vivienda, condiciones y hacinamiento, abasto de agua e higiene ambiental como prioritaria.

Entendido estilo de vida como es planteado por Álvarez Sintés ob.cit. En el sentido de un modo de vida individual, como la forma de vivir de las personas sea cual fuere el entorno donde dispongan de su hábitat. Obviamente que allí se

relaciona estrechamente con la esfera conductual y motivacional de los seres humanos entre quienes cohabitan, en este sentido, se alude a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares. En la actualidad, se considera que la familia, como grupo particular con condiciones de vida similares en cualquier ámbito comunitario deba poseer un estilo de vida propio que determine la salud del grupo familiar y sus miembros, por lo que se concibe, además, la categoría de estilo de vida familiar.

Cabe destacar, que entre los viejos paradigmas existentes en salud La Universidad de Antioquia (2007) hace referencia a Marc Lalonde 1975, quien ubica el componente estilos de vida como factor determinante en el campo multidimensional entre salud y enfermedad. Destaca así mismo, en este orden de ideas Henrik L Blum en 1981, cuando habla de los factores intervinientes que permiten entender la salud conceptualmente como el completo bienestar Psíquico, Mental y Social a partir de una herencia de sistemas culturales fundada en servicios donde deben y tienen que imperar satisfacciones humanas que determinen estilos de vida sin menoscabo del equilibrio ecológico del medio ambiente y de los recursos naturales. En este mismo orden de relaciones, el modelo canadiense de Marc Lalonde 1975, tiende a complejizarse el concepto de salud cuando lo describe como un campo multidimensional y a su vez difuso, resultante de: estilo de vida, factores biológicos, ambiente y servicios de salud. Pero; estos estilos de vida tienden a cambiar de manera radical, cuando se requiere demostrar Calidad de vida entre los denominados grupos: marginales, rurales e indígenas. Allí por supuesto, surge el gran desfase entre los indicadores con que se intenta abordar el contexto a ser medido.

En consecuencia aquellos patrones, simplemente se descontextualizan por que ya no estarían midiendo la Calidad de vida en elites para las cuales fueron concebidas, vale decir, se auto-anulan al entrar en contacto con grupos que subsisten al margen de una fuente de empleo y que por demás estaría suponer, cohabitan en espacios indignos para la vida humana porque carecen de los más elementales servicios básicos incluyendo los de salud que no existen entre un radio

de unos cinco kilómetros a la redonda. Estos, serían algunos de los elementos factores que coadyuvarían a que los denominados *índices genéricos o perfiles de salud* propuestos para Medir Calidad de vida humana e índice de desarrollo humano en las categorías mediana y alta dentro del contexto de los trabajadores y trabajadoras al servicio del mercado y su mundo de capitales, se distancien de la gran mayoría de las comunidades integradas por personas pobres en el mundo entero.

5.3.4.- ¿Son De Lo Más Adecuado Los Indicadores De Criterio Con Que Se Mide El Índice De Desarrollo Humano?

Siguiendo el curso de la línea pautada por los patrones de medición de “salud”, junto al concepto de Calidad de Vida, cabe abordar el Índice de Desarrollo Humano IDH, lo cual, puede entenderse desde dos perspectivas distintas aunque complementarias: 1) La calidad de vida a que hacen referencia los dictámenes del mercado medidos a través del *bienestar global del individuo*, incluyendo aquellos indicadores objetivos de vida que aplican a los entornos ciudadanos signado por el bienestar subjetivo y percibido dentro de los mismos. 2) Tradicionalmente, este concepto ha venido estando asociado a los conceptos de salud y de enfermedad. Antes de avanzar en el análisis de conceptos de: Calidad de vida. Desarrollo Humano, Salud y Enfermedad. Por considerar que los conceptos aquí tratados contienen características generales, esenciales y definitorias, obtenidas por abstracción.

En tal sentido, cuando se alude que un concepto se distingue de una imagen en que ésta posee características concretas comunes se asientan bases para asumir la calidad de vida como: a) la relación entre las *consecuencias de la enfermedad y las debidas al tratamiento*, b) las *experiencias subjetivas* (síntomas, funcionamiento físico, funcionamiento emocional, funcionamiento social) que están relacionadas con la salud y la enfermedad. Empero, cuando se asume que el concepto sólo contiene características generales, esenciales y definitorias, obtenidas por abstracción se siente que existe complementariedad con el concepto de Desarrollo Humano

Sostenible, el cual es definido por el INE, (1999. Pág.14) como un enfoque alternativo al crecimiento económico, introducido por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en 1990.

Se advierte que aun cuando el resultante del concepto de Desarrollo Humano Sostenible en si mismo, no trata de disminuir la relevancia del crecimiento económico como factor del desarrollo, sino de redimensionar su importancia. Entonces, desde este enfoque, se estima conveniente considerar al crecimiento económico como un medio y no como un fin, aun cuando de ordinario se reconoce que es un medio indispensable aunque no de un todo suficiente para el desarrollo. En consideración a tal presupuesto Bracho (1992.Pág.32) emite varias consideraciones que dispondremos en el siguiente orden. Respecto a la primera sostiene.

Cuando se habla de los actuales indicadores economicistas –en torno a los cuales tienden hoy en día a valorarse el esfuerzo del desarrollo– como algo sacrosanto o inmutable, con frecuencia se olvida que los mismos fueron el resultado de la labor de un intrépido grupo de técnicos de Estados Unidos y de la Inglaterra de la Segunda Guerra Mundial urgida de supervivencia económica, que supieron ganarse un apoyo político y de opinión pública, para generar un sistema de cuentas nacionales que a su vez, fue proyectado al medio internacional y promovido por gobiernos y organismos internacionales hasta alcanzar la universalidad opresiva de que aun goza.

A decir del PNUD, un crecimiento económico y desarrollo humano son procesos indisolubles, pero no existe una relación automática entre ellos. Pese a las grandes discusiones hechas en el mundo entero en torno a que el aumento de la base material no siempre trae bienestar y el bienestar no siempre está asociado a la idea de riqueza. En consideración, el alcance de este equilibrio se atribuye como responsabilidad expedita de los diferentes componentes gubernamentales para que encaucen políticas tendentes a fortalecer sobremanera los servicios de salud y educación. En consecuencia se estima conveniente citar por segunda vez a Bracho Ibíd.

Ya es tiempo que desmitifiquemos el dogma de esas estadísticas económicas que nos dominan. El Producto Territorial Bruto o PTB, el valor monetario de los bienes y servicios producidos en un país, es un discriminado conjunto que asigna valor positivo a cualquier actividad económica sea productiva, improductiva o destructiva. De tal forma que si una población se enferma más y consume más medicinas, hay más *progreso* en el país porque el PTB sube.

Con frecuencia se dice en ámbitos políticos que un país está progresando porque el PTB aumenta; pero ciertamente el PTB tampoco nos dice nada de la equidad. Tampoco es responsable ni mucho menos informa la forma como se reparten los frutos del crecimiento económico y mucho menos el Producto Territorial Bruto llega a las crecientes legiones de personas que en el llamado Tercer Mundo trabaja a destajo, auto-empleo o a través de intercambios no monetarios en la buhonería también llamada economía informal. De allí que, se plantea establecer vínculos entre el crecimiento económico y el bienestar de la gente, sobre la base que el ser humano deba ser el centro de desarrollo y, por ende, el desarrollo debe y tiene que articularse en función de las personas, más no las personas en función del desarrollo o desarrollismo sobre la base de convencionalismos propuestos por organismos internacionales en el sentido que lo expone Bracho Ibíd., cuando sostiene que el calculo del PTB estaría lleno de convencionalismos (foráneos) para calcular el gasto nacional: convencionalismos teledirigidos para calcular la inversión nacional, y por ende para calcular la inflación. Y añade. Estos convencionalismos a veces son extremados por los países para adecuarse a sus recursos estadísticos, lo que puede alejarlos aún más de la realidad. A titulo de ejemplo, explica Bracho ob.cit. (33).

En el caso de Venezuela para la medición de la inflación se contabilizaría en forma combinada el rubro *alimentos, bebidas y tabaco*, con lo cual tiende a dar la misma valoración social a un plato de lentejas, un whisky (güisqui) y un cigarrillo, lo que revela el menosprecio por la salud humana que pueden tener simplificaciones estadísticas del Producto Territorial Bruto, que como se ve por todo lo anterior, puede llegar a ser **bruto** ¡de verdad!

En consecuencia “El objetivo del Desarrollo Humano Sostenible debe consistir en, ampliar la gama de opciones para toda la población con la idea de lograr un desarrollo más democrático y participativo, que garantice el acceso a aspectos

fundamentales y universales: una vida prolongada y saludable, educación recursos necesarios para tener unos medios de vida sostenible, libertad política y garantía a los derechos humanos (OCEI / PNUD / FNUAP, 1997, p.27).

Dicho de otro modo, el enfoque del Desarrollo Humano tal y como lo concibe el INE (2004.Pág.19) puede ser asumido como un proceso de ampliación de oportunidades del ser humano. Aunque en esencia sus postulados no se cumplan, realmente puede ser percibido como un concepto que imprime un carácter de flexibilidad y dinamismo muy grande. Respecto a él, se estima que las oportunidades pueden ser infinitas, al tiempo en que pudiesen cambiar con el tiempo y variar en función de países, sociedades y contextos históricos diversos. En esta dirección existen cuando menos, tres oportunidades que son esenciales al tratar de comprender el disfrute de una vida prolongada y saludable en el contexto social comunitario en ambientes rurales por ejemplo, al tiempo en que abre la posibilidad de poder adquirir conocimiento y tener acceso a recursos necesarios para lograr un nivel de vida digna.

Por lo tanto, si no se poseen estas oportunidades básicas, muchas otras alternativas son inaccesibles. De tal manera que el enfoque del desarrollo humano, visto del modo como lo plantea el PNUD se configuran tres principios esenciales: la participación, la equidad, y la sustentabilidad. Obviamente, en la gran mayoría de las veces el factor económico influye para que estos principios no alcancen la posibilidad de mantener un equilibrio simultáneamente con un adecuado desarrollo humano. Cuando se concibe este enfoque asociado a variables como: crecimiento económico, bienestar, esperanza de vida al nacer, logro educativo (donde están incluidos los componentes alfabetismo y tasa combinada de matrícula) además del ingreso. Ahora bien pero como se miden estos atributos de manera tal que a través de ellos se determine el índice de desarrollo humano. El INE (2001.Págs.7-8) sostiene.

En la construcción del Índice, se fijan, para cada una de las variables consideradas, valores mínimos y máximos tomados de los índices establecidos internacionalmente por el PNUD en el Informe anterior de Desarrollo Humano. El cálculo del Índice de Desarrollo Humano comienza por identificar la información disponible y confiable. En el

caso venezolano, los datos utilizados para el cálculo del Índice fueron tomados de los Registros Administrativos y la Encuesta de Hogares por Muestreo del INE, registros y bases de datos del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, el Anuario de Cuentas Nacionales del Banco Central de Venezuela, el Presupuesto Nacional, por parte de la Oficina Central de Presupuesto, Badamis, INE

Bajo esta perspectiva, el cuadro 10, presenta una idea de las variables⁶⁸ seleccionadas para estructurar el perfil de salud que determinaría la concepción del IDH mediano o alto en Venezuela. Las mismas, guardan una estrecha relación con el modelo médico clínico-asistencialista, según se aprecia en el documento sobre Índice y Entorno del Desarrollo Humano en Venezuela (2001.Pág.14).

CUADRO 10: Cuadro de indicadores, estructurado por el autor para reflejar una mejor interpretación al modo en que se basa el INE para determinar el IDH.

Indicadores de acceso a servicios	según entidad federal
Consulta ambulatoria por causas	según entidad federal
tasas calculadas por 100.000 habitantes	según entidad federal
Cinco primeras causas de consulta ambulatoria	según entidad federal
Cinco primeras causas de muerte, diagnosticada en Venezuela	Por entidad federal.
Hospitales públicos por tipo	según entidad federa
Ambulatorios (asistencia médica a nivel primario) por tipo y área	según entidad federal
Déficit estimado de camas en establecimientos asistenciales	según entidad federal
Indicadores de infraestructura de salud	según entidad federal
Indicadores de recursos humanos	según entidad federal
Porcentaje de población con acceso a saneamiento y acueductos	
Cinco primeras causas de consulta ambulatoria	según entidad federal
Déficit estimado de camas en establecimientos hospitalarios	según entidad federal
Número de habitantes por cama	según entidad federal

Fuente: Elaboración Propia del Autor. Robles, 2008.

En la versión de Índice y entorno del Desarrollo Humano en Venezuela (2004.Págs.143-144), se aprecia que el Perfil de Salud se construye con datos referidos al acceso de servicios para la salud (acueductos y cloacas), la morbilidad por causas referidas en consulta ambulatoria, las principales causas de muerte y el número de centros asistenciales, camas presupuestadas, médicos y enfermeras.

⁶⁸ Respecto al modelo de variables Constatí ob.cit., (Pág.3) explica que en virtud de la conformación iterativa de un objeto material más concreto frente al sujeto que conoce, describe y manipula, rápidamente se identificaron aspectos relevantes y cotidianos en la vida del hombre; seguidamente al concebir y desarrollar procedimientos de determinación y medición, estos aspectos retransformaron en variables. Estos procedimientos de medición –a partir de la fase inicial de diferenciación objetual- han seguido en desarrollo un orden evolutivo que implica una mayor complejidad y precisión. Este orden ha sido: Nominal, Ordinal y Métrico.

Para la integración del perfil se toman datos inclusive con subregistro de: la Memoria y Cuenta del ministerio de Sanidad y Asistencia Social y consultas a medida realizadas a Hidroven y Corporación venezolana de Guayana tomando en cuenta los siguientes indicadores. Tasa de morbilidad. Tasa de mortalidad. Número de habitantes por cama hospitalaria. Número de habitantes por hospital. Número de habitantes por médico. Número de habitantes por enfermera graduada. Número de enfermera graduada por médico. Porcentaje de población servida por acueducto y. Porcentaje de población con acceso a saneamiento.

En este mismo orden de ideas, junto el Perfil salud, (Ibíd.143) opera el perfil demográfico; el cual se nutre de información referida a variables emparentadas con el crecimiento y distribución de la población en el ámbito estatal y con el registro de hechos vitales emparentados con natalidad y mortalidad; (se utilizan tasas brutas como indicadores calculadas con datos registrados en el año de referencia) y tasas corregidas (correcciones por omisión o subregistros). Sus principales indicadores son definidos por: Tasa de crecimiento demográfico. Densidad poblacional. Tasa bruta de natalidad. Tasa global de fecundidad. Tasa bruta de mortalidad. Tasa de mortalidad infantil. Esperanza de vida al nacer. Tasa de mortalidad neonatal y. Tasa de mortalidad postnatal.

Ante los presupuestos descritos, surge la necesidad de reinterpretar el término Desarrollo Humano más bien como un enunciado el cual se insertaría en una red de valores que permite en primer lugar, discernir lo que hemos venido aceptando semánticamente como desarrollo, visto desde la implicación de variables tales como: Progresar, crecer económico, social, cultural o políticamente las comunidades humanas. En este sentido se permite interpretar la dialéctica que presupone al ente humano como “lo que es” y subyacentemente separar su integridad humana de lo económico. En tanto que, a la dialéctica de la valoración de la salud y la medición de la enfermedad.

Los presupuestos anteriores vienen a encontrar refuerzos en Cortés y Martínez (1998) que, en la versión de Hegel, la dialéctica supone siempre el

contraste de dos elementos opuestos o contradictorios, que pone en evidencia el carácter cambiante y progresivo de la realidad, que se desarrolla en fases históricas que, por la misma fuerza de ésta contradicción interna, suponen transformación y ruptura, y no una simple evolución acumulativa y lineal. A tales efectos, se considera que acudiendo al planteamiento dialéctico a partir de una proposición convendría estructurar otro discurso respecto a nuevos indicadores para definir los índices de desarrollo humano con variables acordes al país y fundada en criterios pertinentes a: modelo económico, sistemas de educación, Sistema Público Nacional de Salud y programas de vivienda entre otros. En estas circunstancias, Bracho (ob.cit. Pág.33) fija la siguiente posición.

No se trata de que la formulación de los nuevos indicadores caiga en la misma concepción totalitaria, estandarizadora e hiper-cuantificadora, por lo cual se critica a los indicadores dominantes. Se trata de un sistema de indicadores mínimos a nivel internacional, más allá del cual los países puedan ensayar indicadores más específicos y propios, de acuerdo con sus circunstancias nacionales, que sirva para canalizar una acción internacional común de cooperación para la consolidación del nuevo paradigma de desarrollo más allá de la retórica.

Ante tal ruptura cabe la siguiente oponencia: en lugar de sentenciar “Índice de Desarrollo Humano” se propone de manera extensiva el uso del término “Índice del Entorno del Desarrollo Humano”. Porque en realidad tanto el grupo de variables como los criterios con que se nos presenta la medición no determina como tal al ente humano como “lo que es”. En cambio tanto las variables como los criterios de medición se ajustan perfectamente al entorno donde coexisten humanos con servicios e infraestructuras dispuestas para asistir casos curativos y restitutivos de la salud y otros componentes esenciales para el desarrollo de la vida en comunidad. En biología se define la vida como **viva** la estructura molecular capaz de establecer un soporte material de transferencia energética homeostática, cuando es estimulada por el medio en condiciones favorables.

En vías de un análisis, fundamentado en la lógica de enunciados como sistema formal de los procedimientos de decisión, inevitablemente llegaríamos de

igual modo a una lógica de predicados insertos en la batería de variables con que se mide el IDH, las cuales en consecuencia, guardan una estrecha relación tanto con el modelo asistencial-clínico-restitutivo favorecedores del estado de bienestar y con cúmulo de características (empleada la acepción característica, como uno de los diferentes elementos de clasificación que suelen emplearse en las ciencias) que privilegian a la corriente de economía neoliberal y a su vez son coadyuvantes del acrecentamiento tanto de pobreza, como de los índices de enfermedades en aquellas zonas auditadas y/o estudiadas por el IDH. Entonces cabe preguntar ¿Ciertamente el IDH, contribuye en algo a un legítimo Desarrollo Humano en las zonas más desfavorecidas del país?

Una pista a explorar, en la línea de estas consideraciones, la ofrece el libro compilado por Kliksberg (1994.Pág.99) donde Francisco Jiménez Martínez, añade que. Este repertorio de efectos es una clara demostración que el paradigma neoliberal vigente en nuestros países latinoamericanos ha conducido no sólo a un comportamiento regresivo de las economías, sino también a generar una dramática situación social por todos los efectos de la política económica aplicada que en cierto modo el PNUD ha querido enmendar cuando construye el IDH, fundamentado en la teoría económica antes otra que a la postre resultase más humanista y humanizadora.

Es por ello, añade Martínez, que al querer contribuir con un desarrollo humano, se hace inevitable una atención central a la economía, puesto que es la ciencia que rige el actual quehacer social. Siendo responsable –en razón a su distorsión materialista y reduccionista-, de buena parte los males que aquejan hoy día a la salud humana. Valiéndonos de estas consideraciones, podemos formular con más rigor la relación entre ideas e intereses del modelo neoliberal, con el campo de la salud y la vida dentro del contexto social humano. A este respecto añade Martínez. La salud humana debe ser el principal parámetro para medir el éxito de los esfuerzos de desarrollo de un país. Al respecto, cabe suponer que ningún crecimiento económico puede tener sentido si la salud de los habitantes, entendida ésta como el equilibrio físico, mental y social, está empeorado. Supongamos, por

vía de ejemplo, que interpretemos la teoría económica desde el modelo neoliberal y la incidencia de un bagaje de variables sostenedoras de sus fines, usadas para coadyuvar a su expansión en el continente latinoamericano sin importar lo impertinente que resulten en el fomento de la salud y desarrollo de la vida, de igual manera puedan ser usadas para paliar los males que ellas mismas acarrearán. Es decir, al parecer las mismas variables serían buenas para destruir y también para restituir.

Entonces, sí a la dupla conformada por los conceptos de Calidad de vida y Desarrollo Humano respectivamente, le anteponemos la fundamentación teórica que nos permite disertar en torno al ente humano como vehículo participante del círculo hermenéutico, que estaría constituido en el fondo de esta discusión, guiada por la correlación entre explicación, comprensión y viceversa que operan en la constitución misma de los hechos sociales, se siente que, cada uno de ellos (IDH y C. de Vida) representan estructuras diseñadas para satisfacer necesidades de conocimiento para determinados fines. Pero sólo en escasas excepciones se alcanza a satisfacer al máximo las necesidades básicas de la población.

En este sentido, encontramos que del estudio de los hechos sociales, fundamentado en los fenómenos sociales propiamente dichos, se puede determinar una línea coyuntural de información que en múltiples ocasiones suele ser usada tanto por organismos destinados a favorecer políticas internacionales como por entes públicos en cada país, y esta información puede también definir el rumbo a seguir para mejorar situaciones puntuales en salud. O de igual modo, sus resultados pueden ser utilizados para satisfacer: maneras de pensar, sentir y obrar en modo independiente de ciertos individuos cuando hacen política partidista, y con ellos poder coaccionar o actuar de una forma determinada que favorezca el modelo de atención medica-asistencialista integralista de salud.

Por otra parte, al conocer el sustrato inmanente del desarrollo económico antepuesto sobre lo humano, mal pudiésemos pensar que el IDH, en si mismo, estaría apuntando directamente hacia el Desarrollo Humano visto como

autorrealización o desarrollo consciente y reflexivo de las capacidades propias como ser humano con conciencia. Vista la conciencia desde la posición de Sartre, no como una cosa del yo ni del mundo, sino, del mismo sujeto humano cuanto es para si. Entonces, partiendo de esta premisa, cabría formular la siguiente interrogante ¿Quien desarrolla a quien?, ¿Lo económico a lo humano, o lo humano a lo económico? En pro de la dialéctica planteada existen altas probabilidades que sí, a tal interrogante se le intenta ubicar en una función de verdad o planteamiento veritativo funcional o función de verdad. La cual se entiende como una relación entre clases tal que uno o varios valores de verdad de una clase se asignan a un único valor a otra verdad.

Las conectivas lógicas determinan funciones de verdad y se llaman, por eso mismo, veritativo-funcionales. Por el contenido de las variables que desde la óptica del mercado integran al IDH, se evidenciaría que son plenamente notorias las contradicciones en las estructuras gramaticales que dilucidan tanto el Índice de Desarrollo Humano como al de Calidad de vida. En tal sentido los patrones cognoscentes que hasta ahora priman al respecto deben ser susceptibles de una exhaustiva revisión y/o reformulación de conocimiento.

5.3.5.- ¿Son De Lo Más Adecuado Los Indicadores De Criterio Con Que Se Mide El Índice De Calidad de Vida?

Luego del análisis hecho al modo como se mide el IDH, conviene hacer un abordaje conceptual a lo que comúnmente se nos vende como índice de calidad de vida desde la óptica en que lo visualiza el Diccionario @ de medicina de la Universidad de Navarra, España, apoyados por supuesto en una concepción Bioética, la cual se corresponde al paradigma de cuantificación aproximada de las limitaciones que una enfermedad produce sobre el paciente que normalmente acude a los centros dispensadores de servicios a la salud. Aun cuando es bien sabido que existen numerosos índices, algunos de tipo general, otros especializados en las repercusiones de una enfermedad concreta o en una determinada población de pacientes.

Cabe considerar, que el sustrato más significativo reseñado por la precitada casa de estudios orienta que la aplicación, a priori, de los índices de calidad de vida es desorientadora, pues cada paciente tiene unas necesidades vitales distintas (ver salud); una calidad de vida intolerable para unos es perfectamente admisible para otros. La aplicación de criterios de calidad de vida para emprender u omitir tratamientos solo debe hacerse en contacto directo con cada paciente individual. Anteponiendo la salud humana como un enunciado apodíctico, es razonable estructurar un nuevo paradigma que nos permita tomar consciencia, que es posible ver la calidad de vida sin que su medición necesariamente esté relacionada con la enfermedad, aun cuando se estima que nadie se atrevería a separar la salud y la enfermedad del contexto humano; porque en sí mismo salud y enfermedad forman parte del sistema humano como un todo.

Sin embargo, cabe admitir el equivoco usado comúnmente para hablar de salud como un ejemplar dechado que parte taxativamente de cuantos enferman en una región, estado o país determinado por valores numéricos que se dan a la salud por una conducta condescendiente de la enfermedad más que por resultados de una racionalidad determinada donde no intervienen para nada aquellos valores que estudia la axiología. Asumida aquí la axiología como campo del conocimiento que se ocupa de estudiar los valores por los que se guían las personas, comunidades, instituciones y sociedades en todas sus actuaciones cotidianas inclusive aquellas que son vistas por encima de los tan necesarios programas de prevención de la salud. Entendida la salud, como es definida por Antonio Prado en La Universidad de Navarra España Salud Antonio Pardo. En un artículo concebido en el Departamento de Humanidades Biomédicas, y publicado en Revista de Medicina de la Universidad de Navarra (1997; 41(2):4-9).

Si recuperamos para el término “salud” el significado, original y genuino, de “superar una dificultad”, obtenemos una definición en toda regla: salud es el hábito o estado corporal que nos permite seguir viviendo, es decir, que nos permite superar los obstáculos que el vivir encuentra a su paso. Porque, efectivamente, vivir no es simplemente “estar”, como está una piedra. Vivir implica una

actividad interna del ser vivo que consigue mantener una cierta Independencia y diferenciación de su ámbito exterior: el mantenimiento de la homeostasis, característico de los vivientes, es un proceso activo que se realiza contra dificultades que opone el medio...

De manera tal, que es obvio interpretar la salud más allá del común hábito o estado corporal que nos permite seguir viviendo, es decir, que nos permite superar los obstáculos que el vivir encuentra a su paso. Es por ello, que uno de los propósitos fundamentales de este estudio radica en promover la salud y valorar, defender y preservar la vida en el mejor sentido de la palabra, para que todos y cada uno de los venezolanos hasta en el más recóndito pueblo pueda disfrutar de un organismo sano.

...Sólo un organismo sano está en condiciones de superar dichas dificultades; el organismo enfermo encuentra en el ambiente problemas de difícil superación, que le pueden llevar a fracaso en el mantenimiento de la propia individualidad, es decir, a la muerte, tras la cual, el organismo se confunde progresivamente con el ambiente: se igualan sus temperaturas, se descomponen sus proteínas, se disuelven y homogeneizan sus diversos compartimentos orgánicos y el contenido de éstos con el medio externo, etc.

Obviando al controversial estado de bienestar es admisible que Prado ob.cit., involucre en la cita anterior a los demás componentes conceptuales que integran la precitada definición de Salud dada por la OMS (2007) donde como puede verse, al parecer esta institución comienza a perfilarse hacia una realidad cónsona con los cambios que en materia de salud y la vida vienen demandando las comunidades organizadas y sobre esa base las denominadas ciencias humanas y sociales proponen como una vía por donde puedan transitar en la dirección de un sistema de valores complejo que engloba la salud en su más amplia extensión y separada tanto de la enfermedad, de la muerte y del mercado signada por la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.

Tal y como puede apreciarse, el concepto de Calidad de vida presentado por la OMS, no sólo elimina el concepto de bienestar sino que incluye la vida dentro del contexto comunitario y su sistema de valores. La intención deliberada de este análisis se hace necesaria en este discurso porque el concepto de Calidad de vida está presente entre otros aspectos en: los Artículos 83 y 84 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, en la definición del comité de salud, al igual que en muchos otros componentes del discurso propuesto por el Ministerio del Poder Popular para la Salud con miras a propulsar el Sistema Público Nacional de Salud. En tal sentido, se espera conocer cual sería el concepto de calidad de vida que adoptaría el SPNS.

Además, las anteriores advertencias orientan hacia la necesaria ruptura con el modelo de atención medica-asistencialista (de la enfermedad antes que a la salud) preexistente en Venezuela, en el paradigma positivista-cuantitvista que entre otras dimensiones continúa siendo la vía más expedita para obtener la tasa de salud, porque opera sobre la base de cuantos enferman, cuantos mueren, cuantos sobreviven. Y no sobre la base de cuanto se puede prevenir, ni cuales son los grados de calidad de vida en conciliación con los modos de vida y estratos poblacionales de los que viven. Como anteriormente se había señalado, la concepción cuantitvista representada en el binomio salud-enfermedad ya no equivale a un referente valido para determinar en forma adecuada los niveles de salud en una población. Kliksberg y Tomassini (2000.Pág.72) parecieran fijar posición al respecto cuando señalan que en este sentido.

Destacan también la existencia de demandas sociales que por tener un carácter predominantemente cualitativo, cambiante o no anticipable, quedan fuera del cálculo que conduce a la opción racional (y, por supuesto más allá del círculo de Easton). Recuerdan que la calidad de vida de una comunidad depende en gran medida de bienes públicos que no pueden ser generados ni lo han sido en la experiencia histórica- por motivaciones individuales orientadas a efectuar opiniones racionales en beneficio propio.

De manera tal, que se hace necesario emprender la búsqueda de criterios que permitan establecer una separación consciente entre: medir la enfermedad en términos de ruptura de la salud. Y la salud, vinculada a criterios presentes en la vida

humana como un todo sistémico. Esta dialéctica pudiese desarrollarse desde una posición antroposemiótica. Se menciona este binomio en concordancia con Cornaglia (1999. Pág.100) porque hace referencia al elemento compositivo que significa hombre y por extensión la humanidad, más de un modo ineludible la semiótica como parte de la medicina, que trata de los signos de las enfermedades desde el punto de vista del diagnóstico y del pronóstico como signo. En una compilación de Briceño. León Roberto. Carlos Luís M. Cornaglia, (1999. Pág.99) define la antroposemiótica como:

Un conjunto de referencias teóricas (semióticas, estructural genéticas, psicoanalíticas, dialécticas, y dialógicas, teoría de los grupos y los tipos lógicos, psicología social operativa y fenomenología social); el empleo de métodos y técnicas de acción que implican una estrategia, una táctica y una logística para el trabajo concreto de los fenómenos humanos de salud-enfermedad según contenidos y formas de expresión en diversos ámbitos.

Aunado a la acepción antroposemiótica, como base conceptual que tiende a unificar como ya se ha dicho lo antropológico como elemento compositivo, que significa hombre, y por extensión la humanidad. Aunado a ello, la semiótica entendida por La expresión «algo que es» Saussure, como una «ciencia que estudia la vida de los signos en el seno de la vida social», donde se desempeña el hombre y por extensión la mujer. En consecuencia la antroposemiótica aplicada a la salud, se refiere más bien al estudio de los signos (del latín signum, marca, enseña) de salud y vida que en general, representada ante cualquier entidad sensible que permite reconocer un hecho cuando se percibe de manera sensible a través de un representante, un objeto o parte ausente, el representado y el interpretante de ese algo que es la vida y por consiguiente la salud. El significado que Aristóteles dio a la expresión **algo que es**, queda recogida en el Diccionario Herder de filosofía como un extracto de su libro Metafísica, IV, 2, 1003a-1003b (Gredos, Madrid 1944, p. 162-165).

Esta expresión se dice en muchos sentidos, pero en relación con una sola cosa y una sola naturaleza y no por mera homonimia, sino que al igual que «sano» se dice en todos los casos en relación con la salud -de lo uno porque la conserva, de lo otro porque la produce, de lo otro porque es signo de salud, de lo otro porque ésta se da en ello... y podríamos encontrar cosas que se dicen de modo semejante

a éstas, así también «algo que es» se dice en muchos sentidos, pero en todos los casos en relación con un único principio: de unas cosas [se dice que son] por ser entidades, de otras por ser afecciones de la entidad, de otras por ser un proceso hacia la entidad, o bien corrupciones o privaciones o cualidades o agentes productivos o agentes generadores ya de la entidad, ya de aquellas cosas que se dicen en relación con la entidad, o bien por ser negaciones ya de alguna de estas cosas, ya de la entidad.

Importa asimismo señalar, que para Peirce la semiótica, es «una doctrina casi necesaria y formal de los signos», en el marco propuesto para desarrollar una teoría general del conocimiento. Como anteriormente se había señalado a la par de los signos de la enfermedad se debe hacer uso de criterios propios que involucren adecuados niveles de vida que inclusive trascienda la ambigüedad presente en el bienestar mencionado en el concepto de salud propuesto por la Organización Mundial de la Salud OMS donde se define Salud como: el estado completo de bienestar físico, psíquico y social, y no la ausencia de afecciones.

Lo antes expuesto, no sólo invita a una reflexión aislada de una proposición silogística (visto el silogismo como un argumento que consta de tres proposiciones, la última de las cuales se deduce necesariamente de las otras dos) conformada por la tríada salud-enfermedad-Calidad de vida, sino que estimula a provocar una ruptura de paradigma entre la bioestadística y la epidemiología clásica ambas fundamentadas en criterios de morbi-mortalidad y, la concepción de salud como tal, fundamentada en la vida y la integridad de los componentes elementales de la calidad de vida partiendo de una epidemiología crítica que integre elementos de la cotidianeidad del mundo de vida.

Pues como se sabe, la epidemiología clásica se estructuró en un viejo y pesado paradigma de medición numérica, y bajo esta perspectiva, la concepción de técnicas epidemiológicas se fundamentaron en varios paradigmas mediante los cuales se toman decisiones estratégicas, que han debido entenderse como salud pública y/o salud ambiental entendida esta última según Rubio ob.cit.(Pág.234) como el proceso de identificación, detección, gestión y control de los riesgos sanitarios

derivados del medio ambiente. En consecuencia, la gerencia del sector salud venezolano, necesariamente es digna de profundas reflexiones que hagan viable la deconstrucción de viejos paradigmas estructurales, muchos de ellos como el enfoque curativo o clínico-restitutivo, y cuantitativo y en este mismo sentido minimizar la conducta de riesgo.

En un trabajo compilado por Roberto León Briceño, 1999.Págs.81-82) Al referirse al método cuantitativo dice. Sabemos que los métodos estadísticos constituyen un valioso instrumento auxiliar del conocimiento y que por medio de ellos se consigue dos cosas principalmente: 1. La corrección formal del método de investigación empleado, básicamente el control de errores de medición y de muestreo. Aunque particularmente cabe inferir que existen sobradas dudas respecto al llamado control de errores. En cuanto a la segunda posición, fijada por León Briceño referida a “La extracción de conclusiones” compartimos con el autor que no son en sí absolutamente concluyentes las denominadas pruebas de hipótesis probabilísticas de validez, de generalización y de confirmación de la misma”. Obviamente nadie se atrevería a negar el enquistamiento de los métodos estadísticos en el epicentro gerencial de los procesos. Al grado tal que cuando desde las más altas esferas gubernamentales se habla de salud, por analogía se hace referencia a las redes hospitalarias. Debe señalarse, que, pese al cambio⁶⁹ de nombres del Ministerio, sus estructuras organizativas siguen siendo las mismas y por ende han venido funcionando casi intactas desde su creación en el año 1936.

Por tanto, se estima que para deconstruir estos paradigmas, necesario sería, lograr un involucramiento de modelos preventivos y expandir el uso de los métodos cualitativos Roberto Briceño León (Pág.82) Sostiene que lo cualitativo actúa de los significados y de las estructuras, entendiendo a estas últimas como acciones humanas objetivadas y portadoras de significado e intenta concebir todas las etapas

⁶⁹Nieto Echeverry (2006.Pág.85) sostiene que las organizaciones capaces de cambiar serán aquellas, que en la tarea de cambiar lo que realmente han desarrollado son las condiciones para generar cambios a partir de sí mismas; en donde no sólo son las condiciones externas las que determinan el quehacer de la organización y los cambios que inicie; ella será capaz de transformarse y de transformar sus contextos en circunstancias donde estos mismos contextos no le están informando de la necesidad de hacerlo; en consecuencia, el contexto únicamente posibilita, inicia o desencadena los cambios en el direccionamiento estratégico, en los procesos o en la estructura, pero no los especifica ni dirige; por otro lado, es importante comprender que la organización al no especificar los cambios, en el sentido de sus resultados reales finales lo que hace es que perturbaciones del medio los desencadenar.

de la investigación como parte del proceso social analizado; enfatiza el entendimiento de las relaciones que se dan en el proceso y procura enfocar los problemas de manera globalizadora, con flexibilidad y creatividad para recoger y procesar la información por ejemplo; dentro de un modelo explicativo sistémico causal, que en un primer orden nos permita establecer un reordenamiento en las políticas estructurales tanto para gerenciar los servicios desde el Sistema Público Nacional de Salud, como para gestionar el conocimiento en torno a: la salud, la vida y la enfermedad dentro y fuera de las comunidades.

En este orden de ideas, es bien sabido, que los métodos más comunes para buscar información y elaborar conocimiento han sido el cuantitativo y el cualitativo, y que cada uno de ellos ha dado aportes considerados validos de acuerdo al objeto o sujeto de estudio; sólo, que a ninguno de los dos, le debe ser abrogada la magnificencia absoluta que tiene la panacea; por tanto vale considerar que no siempre los dos tienen que servir para todas las búsquedas, ni mucho menos se deba esperar que mediante la aplicabilidad indiscriminada de los métodos cuantitativos se deba dar significado a todos los resultados de estudios hechos dentro del sector salud; ni mucho menos, esperar que estos sean aceptados como validos en todas las investigaciones hechas por las ciencias sociales⁷⁰.

Bajo esta perspectiva, la concepción de Moreno (2005) hace referencia al hecho de dar significado, es una resultante del poder pensar, en cambio, si pensamos, pero no tenemos claro el horizonte heurístico fundamentado en la búsqueda o investigación de documentos o fuentes históricas, se estaría propensos a incurrir en la subjetividad e individualidad. Porque, cuando un investigador incurre en la subjetividad realmente no puede culpar al método, porque no es el método quien falla; más bien diríamos que si algo pudo haber fallado ha sido la selección del

⁷⁰ A decir de Contasti (1983.Pág.7) Las Ciencias Sociales han querido situarse de una vez en el nivel métrico de medición, sin explotar ni profundizar suficientemente la posibilidad de obtener leyes y conocimientos científicos y válidos, pero con niveles de medición nominales y ordinales. Las Ciencias Sociales al pretender seguir los mismos pasos de las Ciencias Materiales al situarse de una vez en el nivel Métrico, han tratado de minimizar la intervención del hombre como productor de información primaria. Por esta razón han visto con recelo los niveles Nominal y Ordinal, donde la mente humana es el instrumento más cercano a los fenómenos sociales y psicológicos. las Ciencias Sociales no han tomado suficientemente en consideración que la realidad objeto de su estudio no es una realidad material, y que la manera idónea como se puede interactuar o interaccionar con este tipo de realidad es precisamente mediante la intervención de la mente humana como recibidora de impresiones y productora de datos primarios de información.

método. Tal es el caso, de la gran mayoría de las investigaciones enmarcadas en ciencias sociales, que se emprenden en torno a la salud de modo cuantitativo, donde está comprobado, que sólo, pueden encontrarse resultados muy aproximados a la objetividad como existencia real y efectiva de una cosa, mediante sistemas cualitativos, como es el caso de las historias de vida, que resultan altamente eficiente a la hora de investigar, y analizar la trascendencia en la adquisición de hábitos y costumbres, en materia de salud dentro de las características del mundo de vida.

Cabe resaltar, que los sistemas cualitativos muy característicos de las ciencias sociales, están constituidos básicamente de estructuras semánticas, las cuales, necesariamente son dignas de un escudriñamiento etimológico, que hace traslucir la común relación existente entre: ideas, significado y significante para encontrar enlaces que hagan posible una articulación viable, entre eventos y procesos del sistema de gestión de conocimiento en salud, el cual, debe y tiene que estar dirigido a las personas; y en este orden de relaciones, conviene especular en el sentido originario de este término que propone desarrollar una actividad intelectual, es decir, se propone apelar al puro conocimiento respecto al modo como se comportan las personas ante su propia salud y vida, sin preocupaciones de orden práctica en cada una ellas. Por tanto, antes de proponer a ultranzas una generación de cambios en el sentido aristotélico, en la que se persigue alcanzar un paso del no-ser al ser. Es decir, contrarrestar posiciones basadas en el epifenómeno⁷¹ para dejar de ser inconciente, y en esta dirección alcanzar adecuados grados de consciencia.

Dicho de otro modo, se busca lograr una sustancia nueva de cambios en sentido social que apunte hacia la modificación de: Hábitos. Conducta. Creencias. Costumbres. Actitudes y Valores. Este conjunto de términos tienen su origen en torno a sinergias humanas, por consiguiente sólo pueden coexistir por actos humanos que se circunscriben al mundo de vida. En este caso, se hace referencia a la acepción hábito en el sentido en que es presentada por Morfaux ob.cit. (151) quien asume esta palabra como devenida del latín *habitus*, que significa manera de ser adquirida. De igual modo, esta palabra significa manera de tener, o de haberse.

⁷¹ Fenómeno añadido a otro, de cuya presencia depende. Es, por tanto, un fenómeno «secundario»-adicional-, que carece de causalidad propia, respecto de otro primario poseedor de actividad propia. Se utiliza normalmente en las discusiones sobre la relación mente/cuerpo.

® Robles, Alexis (2008). Universidad de Carabobo.

En este mismo orden de ideas, el término *costumbre*, representa otra acepción que se circunscribe al mundo de vida y al tema que aquí se discute. La palabra *costumbre*, tiene sus raíces en el verbo latino *consuetudo*, (de allí consuetudinario, acostumbrado) de *consuescere*, acostumbrar, tomar el hábito de. De igual modo, en el idioma griego existe la palabra *ethos*, que traduce al español *costumbre*, uso. Este término según Morfaux Ibíd., (115) desde una óptica étnica en los aspectos sociales designa en ciertos autores, un conjunto jerarquizado de caracteres culturales y de valores sociales que proporcionan a un grupo determinado una fisonomía propia y distinta; sin. Personalidad básica. También, en el idioma inglés existe la palabra *pattern* que significa a la vez modelo, patrón, configuración y estructura. Este término al igual que *ethos* desde un punto de vista sociológico es una forma característica de los diversos elementos de una cultura o de una sociedad, y modo específico de vida de sus miembros (usos, costumbres).

Por su parte, Briceño. León Roberto. (Compilador 1999.Págs.64) de acuerdo con Habermas, destaca que el mundo de vida constituye el horizonte de procesos de entendimiento con que los implicados llegan a un acuerdo o discuten sobre algo perteneciente al mundo objetivo, al mundo social que comparten, o al mundo subjetivo de cada uno que podrá ser entendido por el intérprete en la medida en que éste penetre en las razones que hacen aparecer las emisiones o manifestaciones como racionales; entonces, en el ámbito de la salud pública es fundamental comenzar igualmente por esta hermenéutica o para dar paso al juzgamiento sobre racionalidad de los juicios emitidos. Cabe destacar por otra parte, que esos métodos a los cuales se alude en el párrafo anterior, se han venido debatiendo entre lo objetivo y lo subjetivo, y a partir de ellos de igual modo se ha venido debatiendo el conocimiento y ha venido tomando cada vez más un curso academicista que los desenchaja prácticamente de su propia realidad; y en ese ir y venir en el tiempo, entre opiniones e ideas se ha venido haciendo interpretaciones a toda una serie de hallazgos que históricamente han venido ocurriendo en distintos escenarios, inclusive muchos de estos hallazgos han sucedido de manera espontánea de entre el seno de las comunidades mediante la interpretación del mundo de vida mas allá del

individualismo.

Respecto a lo subjetivo cabe apoyarse en Williams, (2000. Pág.307) para quien este término es una palabra profundamente difícil, en especial por su contraste convencional con lo objetivo. “Históricamente, este contraste es particularmente arduo, dado que se planteó en el pensamiento medieval pero de una manera muy diferente y virtualmente opuesta al sentido que ahora persigue”. Esta oposición, añade Williams tiene un sentido tanto literal como semántico el sentido latino de su raíz era evidente en sus primeros significados en inglés: 1.- una persona bajo el dominio de un señor o un soberano. 2.- sustancia. 3.- materia trabajada. Los sentidos. Cabe destacar que en la actualidad los numerales 1 y 2, tienen vigencia. En este sentido, tanto la diferenciación de sujeto y objeto como los muchos intentos de probar su unidad o identidades últimas se produjeron en los principales sentidos: sujeto, la mente activa o el agente pensante (un irónico contraste con el sujeto pasivo de la dominación política); objeto, lo que es distinto de la mente activa o el agente pensante (en el desarrollo del argumento se lo clasificó en varias categorías de objetos). Esta tradición específica, con sus extraordinarios enredos, todavía tiene mucha vigencia, y en muchas traducciones y transferencias, especialmente del alemán y el francés, sujeto, objeto, subjetivo y objetivo sólo pueden entenderse por referencia específica a sus términos.

En cambio, cuando se habla de subjetividad en investigaciones inherentes al sector salud cabe aceptar que muchas maneras de investigar en distintas partes del mundo han sido procuradas por diferentes vías y/o métodos; y ha sido precisamente esa gran diversidad de métodos empleados en la búsqueda de encontrar soluciones a problemas diversos, lo que ha permitido, que se aborte la presunción de tal o cual conocimiento objetivo o subjetivo. Cuando más bien, se debe tener claro, en aceptar que el problema de acertar resultados, radica según el modo como: se haya hecho la secuenciación de la búsqueda, la clasificación del objeto de estudio y el escalamiento como técnicas vinculadas a la idea de similitud o parecido que tienen los seres; objetos o entidades a que le son aplicadas, para dar el debido significado a un determinado conocimiento. Entonces, desde esta posición es conveniente apelar al

establecimiento de un horizonte hermenéutico, que sin dejar de lado la cotidianeidad vivida en el entorno guíe al investigador hacia donde se quiera llegar en materia de salud pública donde la racionalidad le viene desde dentro.

No obstante, lo cotidiano en practicas de salud desde siempre ha venido dejando huellas indelebles en los grupos sociales y esto representa la cosmovisión de mundo o más bien diríamos que del mundo de lo vivido o el mundo de la vida el cual se sustenta en la racionalidad de la acción comunicativa que reclama una triple validez según Habermas, citado por Briceño ob.cit., representa una “verdad para los enunciados o para las presuposiciones de existencia, rectitud para las acciones legítimamente reguladas y para el contexto normativo de éstas, y veracidad para las manifestaciones de sus vivencias subjetivas dentro de la cotidianeidad. Esa cotidianeidad puede estar representada también en creencias que se traducen en prácticas de vida o formas de relacionarse entre el pueblo y la manera de ser, pensar, y actuar de su gente. Esas manifestaciones, han venido encontrado vinculaciones entre el pueblo y la academia a través de la ciencia y sus métodos.

Al suponer, que se pretenda elaborar un conocimiento en torno a las creencias preexistentes en un pueblo y para ello se nos pide que debemos elaborar un cuestionario, porque según la doxa del cientificismo toda creencia es subjetiva. Entonces incurrimos en un doble subjetivismo; porque, ¿Quién estaría en capacidad de negar que un conocimiento que ha permanecido arraigado por siglos dentro de un determinado entorno sea subjetivo por el sólo hecho que no haya sido probado mediante un cuestionario? Cuando más bien deberíamos comprender que el cuestionario no sería el método mas idóneo para tal fin, porque este instrumento *Per se*, es una herramienta de acondicionamiento con tendencia a lo cuantitativo por tanto debe ser obviado para este fin; porque de este modo no estaríamos buscando lo que los nativos de una comunidad hayan venido significando y explicando como parte de su imaginario colectivo y/o experiencias de vida respecto a la salud colectiva.

En este sentido, se alude al horizonte hermenéutico porque la hermenéutica

es en esencia explicación, expresión o interpretación que en este caso permite la comprensión de los hechos inherentes a la salud pública. Empero, la palabra hermenéutica deviene del griego hermeneia que significa: traducción, explicación, expresión o interpretación que permite la comprensión) En general significa, pues, el arte de la interpretación de un texto, es decir, la posibilidad de referir un signo a su designado para adquirir la comprensión. A veces se ha identificado con la exégesis, o con la reflexión metodológica sobre la interpretación.

Actualmente, este término designa una teoría filosófica general de la interpretación. Dice Habermas (2000.Pág.284). La conciencia hermenéutica brota de la reflexión acerca de nuestro movimiento dentro de los lenguajes naturales, mientras que la interpretación de las ciencias para el mundo de la vida tiene que llevar a efecto una mediación entre el lenguaje natural y sistemas de lenguajes nomológicos hechos por una sola persona. Dentro de una perspectiva hermenéutica, se estima que la epidemiología clásica estaría obligada a ser más crítica y por ende deba ceder espacios que permitan flexibilizar posiciones de orden técnica que faciliten comprender los propios mundos de vida de los pueblos. Necesariamente para ello es imprescindible generar condiciones para que surjan nuevos y adecuados aprendizajes que vinculen en primer lugar a las comunidades con sus propios saberes originarios.

En segundo lugar, las comunidades deberán actuar en libertad para hacer uso de los establecimientos o subsistemas dispensadores de servicios de salud y finalmente junto al personal institucional de la estructura organizativa del sistema Público Nacional de Salud debe servir de hilo conductor o nodo integrador del conocimiento académico con los saberes populares presentes todos y cada uno de los subsistemas que se articulan desde las comunidades a través de las organizaciones populares a fin de promover el cuidado de si mismo como principio básico de la racionalidad ética.

De este modo, la libertad es condición ontológica de la ética, como bien se lee en el blogspirit.com, de Michel Foucault, denominado Ética focultiana de epistemes y

paradigmas. (Pág.17) consultado el 13/05/2007 donde se aprecia que la sustancia ética es la libertad práctica, aquello que existe en el ser sujeto que está abierto a una transformación en su salud. De este modo se entiende la ética como el cuidado de sí, permanente, de toda la vida, que asegura la libertad a lograr un fin saludable. La ética de la subjetivación es el dominio de sí mismo, es libertad y estética que trata de dar forma y estilo a la propia vida. Asumido esa libertad como el dominio de sí mismo, a partir de la consagración de una adecuada estructura de pensamiento enmarcado en un escenario de grandes transformaciones que coloque al humano ante una nueva concepción de pensar y actuar como producto de una *educación utópica* que fundada en principios transformadores, se coloque por ejemplo, encima del mercado que vende la medicina; aquella que juega con la salud y de al traste con la fragmentación de la vida.

En este trabajo, la acepción utopía es digna de una doble lectura e interpretación, por consiguiente se hace una ligera revisión a la explicación etimológica de este término dada por el Diccionario de Filosofía donde queda registrado que deviene del griego lugar y al español traduce: sin lugar, en ninguna parte. Término que también juega con eutopía que equivale a: lugar feliz. Pero más allá de esto, también es bien sabido que como nombre propio, este término fue acuñado por Tomás Moro (1516), cuando lo usaría para describir:

Un modelo de Estado ideal en el que estaría abolida la propiedad privada y se regiría por la máxima tolerancia religiosa. Como modelo ideal, tal organización social y política no existe en ninguna parte, pero puede y debe alcanzarse. De esta manera, el término utopía (al margen de su uso como topónimo por parte de T. Moro para designar su isla y comunidad ideal, anteriormente conocida como Abraxas) expresa todo modelo que sirve como horizonte aún no alcanzado, pero al que se tiende, y actúa como guía de las acciones pertinentes para conseguirlo. El hecho de que sea ou-topos, es decir, de que no tenga ninguna ubicación espacial, no significa que deba ser ou-cronos, ucrónico o intemporal, ya que aparece como un modelo y, por tanto, la utopía se concibe para que pueda realizarse, o como horizonte que guía la acción.

Por su parte, la definición de utopía dada por el Diccionario de La Lengua Española guarda bastante consonancia con el propósito de este trabajo porque

señala elementos que apuntan a ser incorporados en el desarrollo de nuestros fines fundados en los siguientes términos: plan, proyecto, doctrina o sistema optimista que aparece como irrealizable en el momento de su formulación. Pero que evidentemente puede llegar a realizarse, cuando los elementos presentes en esta acepción de utopía tiendan a primar inclusive sobre las premisas señaladas en su tiempo por Tomás Moro.

En los últimos años se viene hablando de una educación utópica, se estima que esta argumentación pueda calzar en un sistema de gestión del conocimiento en salud para ser realizado a lo interno de las comunidades. En consecuencia se hace necesario que la misma deba ir acompañada de un discurso utópico. Parra (2004.Pág.13) sostiene la idea que el discurso utópico educacional constituye un espacio de reglamentación instrumental desde la cual se produce un determinado sentido de “lo social”, así como una gramática de significación. En consecuencia, si realmente se desea deconstruir los viejos paradigmas de trabajo, investigación y medición de la salud, necesariamente deben formularse planes y proyectos que de manera optimista encausen dentro de la doctrina del Sistema Público Nacional de Salud ciertas utopías sensibles a ser realizadas.

5.3.6.- Valoración contra Medición

A lo interno del debate que solicita estructurar un nuevo patrón de recolección de datos, procesamiento de información de orden predominantemente cualitativa, mediante el uso de criterios de vida y salud deben coexistir saberes y aportes transdisciplinarios que potencien a la salud en una justa valoración que pudiese ir desde su base etimológica contenida en el étimo radical “salvus” hasta el modo como desde la medicina se interpreta la salud y la vida. Partiendo de este presupuesto, conviene aquí, hacer una revisión estructural que permita al Sistema Público Nacional de Salud lograr una valoración adecuada de la salud dentro de los hábitat humano-sociales a partir de una base sustentada en la ecología humana como parte de integral de los aspectos sociológicos estudiados en una relación hecha entre grupos humanos y su ambiente, tanto físico como social.

Resulta razonable entender que los modelos paramétricos al servicio de los procesos de medición de la enfermedad entre los que se cuenta la emergente epidemiología crítica sobre la epidemiología clásica. Aunque nuestras estimaciones insisten en que realmente, no sólo se trata de la reconstrucción de un nuevo modelo de epidemiología que redunden en una “adecuada epidemiología”, como la que defienden autores entre los que destaca Jaime Breilh quien ha resaltado intentos por transformar la ya criticada epidemiología clásica en epidemiología crítica. El fundamento de esta nueva epidemiología radicaría en “técnicas intensivas cualitativas”, por considerar que, tanto el uso de técnicas e instrumentos de medición como la encuesta conducen al inductivismo positivista y por ende han venido siendo fuertemente cuestionados; inclusive por varias escuelas de pensamiento y contextos, entre los que destacan fichas claves de la sociología norteamericana como Sorokin y Wrigt Mills, a los que se unen pensadores de la Escuela de Frankfurt como Adorno y otros de la corriente marxista althuseriana de Francia como Bourdieu, todos ellos, han enfocado cuestionamientos serios respecto al inductivismo positivista. Esta situación estimularía a Thiollent, citado por Breilh, *ob.cit.*, para que sobre la base de dichos cuestionamientos se permitiera agrupar las críticas en seis puntos principales:

1. Neutralidad axiológica y neutralidad metodológica.
2. Las técnicas como “teoría en acto”.
3. La imposición de la problemática del cuestionario.
4. Desnivel de comunicación entre investigadores e investigados.
5. Principios moral y político de la producción de respuesta.
6. Limitación conformista del cuestionario y la noción de la encuesta como un procedimiento de observación de lo singular, objetivo, preciso y neutral, garantizada por la pureza de los datos que transferirían su verdad y la inmaculada precisión que confieren a todo el proceso las “mediciones con error probabilístico conocido”.

En síntesis, las divergencias de los precitados pensadores expuestas con anterioridad, obliga a compartir con Breilh, *ob.cit.*, los consabidos cuestionamientos, al modo como se viene dando tratamiento paramétrico a la salud desde el plano de la enfermedad. En consecuencia, cabe proponer una reformulación a la epidemiología; siempre y cuando, la tendencia de su fin sea inclinado de manera específica hacia la nosología como parte de la medicina que tiene por objeto describir, diferenciar,

clasificar y “medir” las enfermedades. Inclusive, sentiríamos como muy plausible que se complejize la recolección de la data mediante la adopción y utilización de criterios basados en orden transdisciplinarios tal y como lo asoma el mismo Breilh (1997.Pág.107).

Desde el ángulo de interés de la epidemiología crítica, ya se percibía desde varios años la necesidad de analizar con detenimiento los problemas teórico-metodológicos y las implicaciones prácticas de la incorporación de los recursos de disciplinas como la antropología, la microsociología y la psicología social, en las cuales, desde varias perspectivas teóricas –tal vez las más importantes en este sentido fueron la fenomenología, el interaccionismo simbólico, la etnografía y la hermenéutica- se enfoca el conocimiento del mundo más íntimo de la cotidianeidad y las relaciones del micro mundo familiar y personal.

Además Breilh (1997.Pág.125), refiere que la epidemiología crítica, ha formulado diversas propuestas para estudiar la determinación de la salud colectiva. Evidentemente, sin dejar de contabilizar la enfermedad, lo cual le resulta inmanente al étimo epidemia. Cabe mencionar, la existencia de varias propuestas a las que le resulta muy común tanto la comprensión dialéctica de la unidad del movimiento biológico social, como la concatenación entre los procesos del orden general (sociedad y reproducción del modo de producción dominante) dictados por la teoría de la dominación y la corriente capitalista. Aunado a ello, persisten aquellos procesos de la dimensión particular (clases y grupos constitutivos con sus formas de reproducción social) individual e individualizadora que por demás estaría decir, resultan ser contrarios a los principios del SPNS. De aquí resulta comprensible suponer, que si la rectoría de la salud en Venezuela, persistiera en seguir fielmente apegada a los parámetros de la epidemiología clásica, incurriría en la continuidad que ha marcado la contabilidad de enfermos y muertos como bien dijo Milton Terry el 21/11/97, (en su visita a este país mientras se celebraba en Caracas el I Congreso venezolano de Epidemiología). “Esta epidemiología ha dado muy buenos resultados, contando muertos, en tanto que, se aleja del fortalecimiento de la salud”. Por su contundencia y coherencia con el discurso aquí planteado, se le concede total razón, a lo expresado por este médico epidemiólogo norteamericano.

Conocidos los planteamientos hechos en torno a la epidemiología, y sabiendo lo blindadas que están, las Ciencias Sociales y Ciencias de la Salud, por la casi impenetrabilidad de los métodos de investigación científica, resulta hasta paradójico suponer una ruptura de la burbuja creada por corrientes del pensamiento favorecedoras de la teoría de la dominación. A sabiendas que en ciencias sociales existen diversas corrientes de pensamiento. en sus fines, resultan ser muy coincidentes en los propósitos finales de presentación de resultados fundados en diferentes tipos de explicaciones e inferencias estadísticas; aun cuando, en buena medida se refieren a problemas fundamentales de las personas no producen la deseada exactitud y/o confiabilidad. Un buen intento de propuesta hacia una posible desfundamentación del método científico está representada en Paul K. Feyerabend quien a comienzo de la década de los setenta publica su trabajo *Contra El Método, Esquema De Una Teoría Anarquista Del Conocimiento*". En esta propuesta, agrupa una serie de posiciones de diferentes autores que invitan a romper los moldes que históricamente han venido colocando una especie de amarre a las investigaciones humanas y sociales las corrientes cartesianas y del positivismo al pretender medir con artefactos creados desde y para las ciencias materiales, donde más bien, convendría hacer un uso de criterios fundados en valores. Con lo cual, no se dice que la valoración no haya sido criticada.

En efecto, la valoración también reposa en tela de juicio. Sin embargo, se hace referencia a interpretar a la persona como tal en su condición humana de: ser, existir, pensar, sentir, comunicar y ser creativa. Por tanto, cuando se habla de valoración a la persona, no se hace en el sentido que fuera planteada por Hobbes, cuando califica al hombre como una máquina antisocial. Campbell (1999.Pág.133) confronta la Valoración desde diversos enfoques. Por ejemplo; la posición de Smith, se resume con una justificación metaética según la cual aquellos sentimientos de los que no podemos liberarnos después de una larga reflexión, tienen una sentida autoridad e indubitabilidad que justifica que los consideremos como si fueran la voz de Dios dentro de nosotros. Por su parte Marx (ob.cit. Pág159) desde su posición, no piensa que el capitalismo sea malo en lo referente a degradar o dañar a los seres humanos y que deba preferirse el comunismo porque es la condición que hace posible todo

aquello que más merece la pena de la vida humana. Según él, es perfectamente consistente hacer tales valoraciones y mantener que los hombres no son libres para elegir qué forma de sociedad debe crearse para sí mismos o para otros. Los hechos que son necesarios pueden aceptarse o no.

Hasta donde puede verse la valoración tiene líneas visibles y aristas ocultas dentro de las Ciencias Sociales. Por otra parte, acota Campbell (ob.cit.191), que Durkheim fomenta la valoración crítica no simplemente como un filósofo que recomienda un particular enfoque metodológico para el estudio social, sino, también en términos de los estándares empíricos sobre los que él mismo insiste. Finalmente el autor (Pág.217) presenta la posición de Weber quien no valora como destructivo el emocionalismo de masa ya que se preocupa tanto de la libertad y relevancia que tiene la vida en cada individuo como de la base de valor que tienen las ordenes carismáticas y legales. En concordancia con Campbell (162) la posición de Popper viene a distinguirse por el radical rechazo a lo que denominaba el <<historicismo>> de Marx, por no compartir la pretensión de qué, el método apropiado para comprender la historia humana sea descubrir el tipo de leyes científicas que hacen que podamos predecir futuro. Entonces, Popper, quien demostraba ser un poderoso defensor del método científico como el proceso de presentar hipótesis empíricas, con el que pueden refutarse o falsearse por la experiencia, rechaza este método la utilidad de este método para predecir la historia humana.

Es precisamente en esa línea de pensamiento crítico poperiano donde se inscribe Feyerabend (ob.cit. Pág.49) para hacer el siguiente señalamiento.

No se trata solamente de que hechos y teorías estén en constante desarmonía, es que ni siquiera están tan claramente separados como todo el mundo pretende demostrar: las reglas metodológicas hablan de <<teorías>> y <<observaciones>> y <<resultados experimentales>> como si se tratase de objetos claros y bien definidos cuyas propiedades son fácilmente evaluables y que son entendidos del mismo modo por todos los científicos.

Una clara evidencia de esta disyuntiva, se presenta en el caso de los métodos

usados por la epidemiología clásica, con que tradicionalmente se intenta medir la salud y la enfermedad humana. A ello, se le une el modelo clásico de medicina, donde la relación médico-paciente resulta ser unidireccional; porque para el médico, o médica, la opinión del paciente respecto a su enfermedad carece de valor. Así pues, lo exige el método, que por haber sido diseñado para medir objetos, no admite dar tratamiento al comportamiento natural, primeramente de un organismo, después de un ser pensante, quien al ser abordado por: un método, un instrumento y una técnica usada para medir objetos, no sólo estaría reflejando una naturaleza que está fuera de él, porque simplemente es una entidad humana, constituida por una sustancia, de consideración, de valor. Frondizi (2004. Pág.556) parte del hecho que, la atención médica sea mejor para una persona en relación a sus condiciones psicológicas y biológicas, no implica que dependa de su opinión. La proposición que enuncia, que el valor es superior a otro será verdadera o falsa. Con razón el médico presta atención a nuestros síntomas, pero no a nuestra opinión sobre la naturaleza e importancia de nuestra enfermedad porque el método hecho para medir la objetividad y no para valorar así lo exige.

Una de las grandes críticas que han sido objeto las Ciencias sociales, radica en el factor de la objetividad, en consideración se le juzga de subjetiva y se le pretende endilgar la etiqueta de no ciencia. Frondizi (ob.cit. 558) refiere que la importancia del factor objetivo se advierte muy bien en el caso de los valores instrumentales, como en medicina, por ejemplo. Entre dos remedios, será mejor aquel que logre una cura más rápida y definitiva. De nuevo, la opinión del paciente no cuenta para nada, pero; se debe tomar en consideración tanto sus características biológicas como psicológicas y su capacidad de comunicar. Asumiendo que la superioridad de un remedio se refiere en este caso a un sujeto concreto. Por tanto no hay panaceas generales, ni mucho menos un remedio que determine cura para todas y cada una de las personas (sujeto) aún cuando padezcan una enfermedad similar, cabe admitir que cada cuerpo-organismo puede y en efecto reacciona de manera diferente.

De allí se concluye, que será en este sentido donde se haga referencia a la valoración del ente humano. Dados los posibles acontecimientos, añade Frondizi

(559) la capacidad potencial del sujeto, el desarrollo de las cualidades del objeto o actividad, y otras características que apuntan al futuro del tratamiento médico que recibirán las personas, en los casos clínicos, se debe tomar en cuenta la entidad humana al decidir sobre la superioridad de un valor que permita interpretar tanto la salud como la vida. En otras palabras, las consecuencias cuentan tanto como las intenciones, por consiguiente se precisa unir esfuerzos por preverlas y escoger las que alientan a los valores superiores sobre los valores positivos. Un ejemplo de valor superior es preservar la vida; mientras que un valor positivo puede interpretarse como lograr curar una enfermedad. Sólo que, luego de un proceso de curación, si no se toman las previsiones pertinentes, fácilmente puede suceder una recaída o reincidencia del mal.

En síntesis, se busca construir un esquema de valores que estimule el desarrollo de una actitud crítica, fundada en elementos de juicio valoradores de la realidad interior del sujeto que se adecue a normas de prevención de males. Para Frondizi, (568) esta norma convierte en moral la acción tendente a impedir la destrucción de un valor positivo o la sustitución de un valor existente por uno inferior. Porque, dicho en términos tradicionales, la moralidad no consiste tan sólo en <<hacer el bien>>, sino también, en <<impedir el mal>>. Entonces, en la medida que una estructura de valores logre contribuir a promocionar la vida y todo lo que la protege, se podrá interactuar en una comunidad de valores donde prime una cultura de la educación preventiva estimuladora de la salud y el cuidado de sí. Para tales fines, se hace necesario, fomentar una red global de poderes educadores que en modo pronominal hacia la vida tienda a la unificación de criterios hasta lograr: unirse, asociarse y obligarse de manera mancomunada para transmitir valores de vida que induzcan a las personas a alcanzar dominio de un conocimiento dialéctico fundado en: prevención del daño, promoción de la salud y por ende, cuidado de sí y de los otros.

En conclusión, a sabiendas que muchas de las aristas, o nodos que hilvanan un sistema de valoración a la salud y la vida escapan de la rectoría de la salud en Venezuela; se aprecia la necesidad de entender, que el mismo, debe y tiene que

estar contenido en todo el contexto de la vida de las personas, fundamentalmente, a partir del sistema educativo, incluyendo al máximo, el resto de poderes educadores que hacen presencia en cada espacio integrado de modo reticular por todas y cada una de las comunidades. Esto obliga a pensar, en la sentida necesidad de transfigurar una red por la salud y la vida; cuya misión primordial, radique en unir con hilvanes lo que literalmente se habrá de coser luego, mediante esfuerzos comprometidos en una participación activa de las personas; después, de haber sentado las bases de la consciencia que posibilite alcanzar el giro necesario,- para conducir los propósitos de la salud y la vida, en el seno intrafamiliar comunitario. Por consiguiente, se interpreta la consciencia como una fuente de energía que guíe la subsistencia humana por todos y cada uno de los senderos por los que transite cada persona en libertad de poder: prevenir enfermedades, promover su salud y la de los suyos al tiempo que logren preservar sus vidas sin que deban depender de manera exclusiva y absoluta de la guía altruista y benevolente un organismo de la estructura gubernamental encargado de la rectoría de la salud. Cuando se haya alcanzado esto, se estaría hablando entonces de poder y libertad.

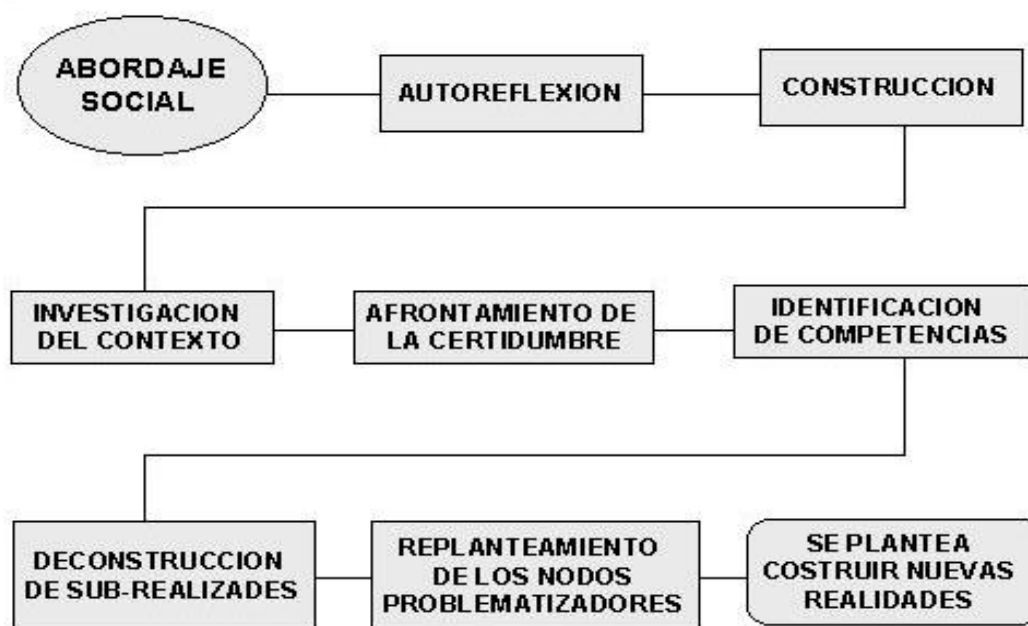
CAPITULO VI

SUBSISTEMA ABIERTO DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN SALUD

6.1.- EJES PUNTUALES PARA UN ABORDAJE SISTEMÁTICO EN GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Se estima que no sería incongruente hablar de un sistema dentro de otro sistema, sin desestimar que todo suceso ha de tener su causa. Dentro de esa línea, Ackoff (2002. Pág. 51) admite. “Los elementos que forman el medio de un sistema, y el medio en si mismo, pueden conceptualizarse como sistemas cuando se convierten en el centro de atención; a su vez, añade, “todo sistema puede conceptualizarse como parte de un sistema diferente y más grande”.

FIGURA 28: Ejes Puntuales del Abordaje Sistemático de la Gestión del Conocimiento



Fuente: Elaboración propia del autor, Robles 2008.

En lo sucesivo se designará al contexto de eventos de gestión de conocimiento

como un sistema. Por tanto, necesariamente hay que pensar en la estructura de todas y cada una de las partes o elementos del gran Sistema Nacional de Salud como componentes de un todo que deba dar cabida a los procesos de administración y transferencia del conocimiento como un sistema que se explicaría en el siguiente orden y articulación. **Un orden de elementos epistemológicos**, que estarían vinculados tanto a la producción de un nuevo conocimiento, como a la transferencia y difusión de saberes diversos en pro de: la salud, valoración de sí, fomento de la vida, cuidado de sí, del otro, y el mundo del con. Todo ello, unido a **un orden de elementos referenciales**, que permitirían ubicar las personas y vincular la interpretación ontológica del sujeto que actúa en el medio como agente generador de cambios. Finalmente, se establece **un orden propuesto de resultados** esperados o deseados en: modificación y/o cambios de consciencia y valoración de la vida a través de promoción de la salud. Asumida la consciencia del cambio como, condición necesaria para la interrogación prospectiva sobre una línea de abordajes futuribles.

6.2.- IMPORTANCIA DEL CAMBIO

Resulta claro, que el cambio planteado en materia de: prevención de enfermedades, promoción de la salud y valoración de la vida debe circunscribirse en un orden de transformaciones puntuales en las personas a partir de: cambiar el modo de pensar respecto a sí mismo, hacia el otro, para con los demás y respecto al mundo del CON, estos presupuestos, entran en coincidencia con las apreciaciones de Van Gigch (2001. Pág. 514) para quien “el cambio, no es sinónimo de inestabilidad”. Por consiguiente, el cambio debe ser visto como un factor progresivo de la clase requerida para resolver los problemas que rodean los sistemas sociales del hombre; por tanto, requiere ser proporcionado de adecuados grados de estabilidad y constancia, entre los agentes de cambio y los receptores de los mismos. Los primeros, (gestores de conocimiento) es decir los agentes, deben ganarse la confianza y seguridad de los segundos (las personas en las comunidades) o sean los receptores, con el fin de que los agentes del cambio - gestores de conocimiento-, puedan desempeñar su tarea. En esta misma proporción,

ambos deben compartir un sistema de valores y expectativas que asegure el consentimiento y aprobación en este caso, de una población sana que deba compartir y disfrutar los resultados de los cambios.

Por lo general, cuando se habla de cambios sociales, cabe suponer que la diferencia entre un cambio de esta naturaleza y otro tipo de cambio, radica más bien en un diferencial semántico, porque en sí, el cambio, como ya se ha dicho, implica el paso de una situación A, hasta una situación B. En su momento, Aristóteles (2001. Pág.248) hizo énfasis en la necesidad de cambio entre: sustancias, cosas y situaciones diferentes, por ejemplo; “el cambio de lo que no es sujeto, a lo que no es sujeto no es un verdadero cambio”. Por el contrario, más bien esta acción debería ser interpretada como una suplantación, por no haber contrarios en consecuencia, nada cambia. Así como tampoco, no hay afirmación ni negación, de manera tal que no llega a haber oposición. No obstante, si bien es cierto que, cuando se genera el cambio de un sujeto, en lo que no es sujeto, allí se genera una destrucción: destrucción, absolutamente hablando desde el punto de vista absoluto; destrucción determinada si se trata de un ser determinado. Un ejemplo práctico de cambio referido a la salud de las personas, puede figurarse en alguien, a quien le es colocada una prótesis por una de sus piernas.

Aunado a las anteriores apreciaciones, destaca una analogía de cambio referida por Aristóteles *Ibíd*. Cuando se genera el tránsito de lo que no es sujeto al estado del sujeto, en cuyo caso si se genera cierta contradicción, allí, de hecho, se realiza una especie de cambio y/o transformación que viene a ser conocida como producción. Este tipo de producción aludida por Aristóteles, puede interpretarse como la modificación de: aquellos hábitos de comportamiento y conductas, que mediante el estímulo causado por la transferencia de conocimientos, pueden contribuir a mejorar la salud y la vida humana. Por lo general, cuando se habla de cambios sociales, cabe suponer que; la diferencia entre un cambio de esta naturaleza, y otro tipo de cambio, radica más bien en un diferencial semántico, porque en sí el cambio, como ya se ha dicho, implica el paso de una situación A hasta una situación B.

Por su puesto que este fenómeno, al que Aristóteles denomina producción del cambio, obedece a un orden puramente cualitativo, por consiguiente; no resulta comparable a las mediciones que en el orden cuantitativo, se hacen a la persona, con la pretensión de llegar a determinar causalidades exógenas, como los determinantes de peligro a la salud. Está comprobado que estos; en un momento imprevisto, pudiesen afectar la salud individual, sin tomar en cuenta para nada, el modo como inciden los factores comportamentales que de manera endógena subyacen en cada individualidad humana, obviando por completo, las categorías del ser. Pero más grave aun, resulta el caso, cuando en ocasiones un paciente, ignorante del modo como pudo haber contraído tal o cual daño, recurre a un centro dispensador de atención y servicios a la salud, y allí, se encuentra con un personal que también desconoce los orígenes de las causalidades, o en su defecto, no sepa, o no quiera explicar a la persona afectada, tanto el modo de transmisión, como los efectos y daños colaterales que este tipo de patología pueda llegar a causar al organismo y por extensión de ser contagioso al otro y/o a los otros. Allí, tácitamente se comprueba la inexistencia del cambio o intenciones mínimas por alcanzarlo.

Una de las direcciones, a que apunta el cambio a través de la gestión de conocimiento en salud, para fortalecer la vida humana, radica en potenciar el cuidado de sí, fundado en las *categorías del ser*. Para Aristóteles Ibíd. (249) Las *categorías del ser* son: la esencia, la cualidad, el lugar, la acción y la pasión, la relación la cantidad, el movimiento, por tanto, necesariamente presenta tres casos: movimiento en la cualidad (sinergia y modos con que se determina la calidad de vida), movimiento en la cantidad (sinergia para la adquisición de grados de conocimiento), y movimiento en el lugar (sinergia y/o cooperación con que se trabaja el mundo del con en los espacios comunitarios). Esta posición de Aristóteles, facilita interpretar el cambio de un evento cuando es remitido a pasos que sufre un organismo humano en el transito de la salud a la enfermedad; en este momento, se produce un fenómeno que en términos aristotélico también se conoce como movimiento de movimiento, un ejemplo de ello, encuentra explicación en el tránsito que ocurre de “un sujeto a un sujeto de especie diferente”. Otra manera de entender la analogía de

cambio planteada por Aristóteles se evidencia en el tránsito del agente patógeno (del vector al huésped) al organismo humano para generar quebrantos en la salud y producir enfermedades como las parasitosis intestinales. En este orden de ideas, el precitado autor *Ibíd.*, admite sin embargo, que los cambios son el tránsito de un estado a otro estado, opuesto o no, son siempre movimientos. *Ibíd.* (249).

Supongamos que hay cambios de la salud a la enfermedad, y al mismo tiempo tránsito de este cambio mismo a otro cambio. Es evidente, sin duda alguna, que si el ser en cuestión está enfermo, puede experimentar al mismo tiempo un cambio de cualquier otra naturaleza, porque nada impide que no esté entonces en reposo. Pero el cambio es siempre de una especie determinada, es siempre el tránsito de un estado al estado opuesto. El estado opuesto al estado de enfermedad sería la vuelta a la salud. Pero éste no es más que un cambio accidental, como el del ser que pasa del recuerdo al olvido; porque el ser es quien verifica esta clase de cambio pasa tan pronto de la ignorancia a la ciencia como de la enfermedad a la salud.

Al retomar la expresión cambio, como un factor fundamental a ser impulsado por el sistema de gestión de conocimiento, se asume que, la estructura del SPNS estaría orientada a promover una reforma en la enseñanza de nuevos saberes, en todos y cada uno de aquellos escenarios donde se implanten procesos transformadores. El propósito de los contenidos a ser desarrollados, debe conducir a una reforma del pensamiento en la medida que despierten en una cultura capaz de permitir comprender la condición humana en todas sus relaciones con el medio. La misma, debe y tiene que conducir a un saber pensar la salud y la vida. Por tanto, se espera que cada fase del nuevo conocimiento pueda ayudar a las personas en las comunidades a vivir mejor, en medio de aquello que contribuya a asimilar la estructura integral de su escenario y participe en un orden reticular en la proporción que les permita moverse entre lo local y lo global. Esta reflexión se inscribe, a partir de una revisión a los anales históricos de la existencia humana donde ha persistido la idea de ubicar fronteras al parecer impenetrables, que median entre la salud y la enfermedad.

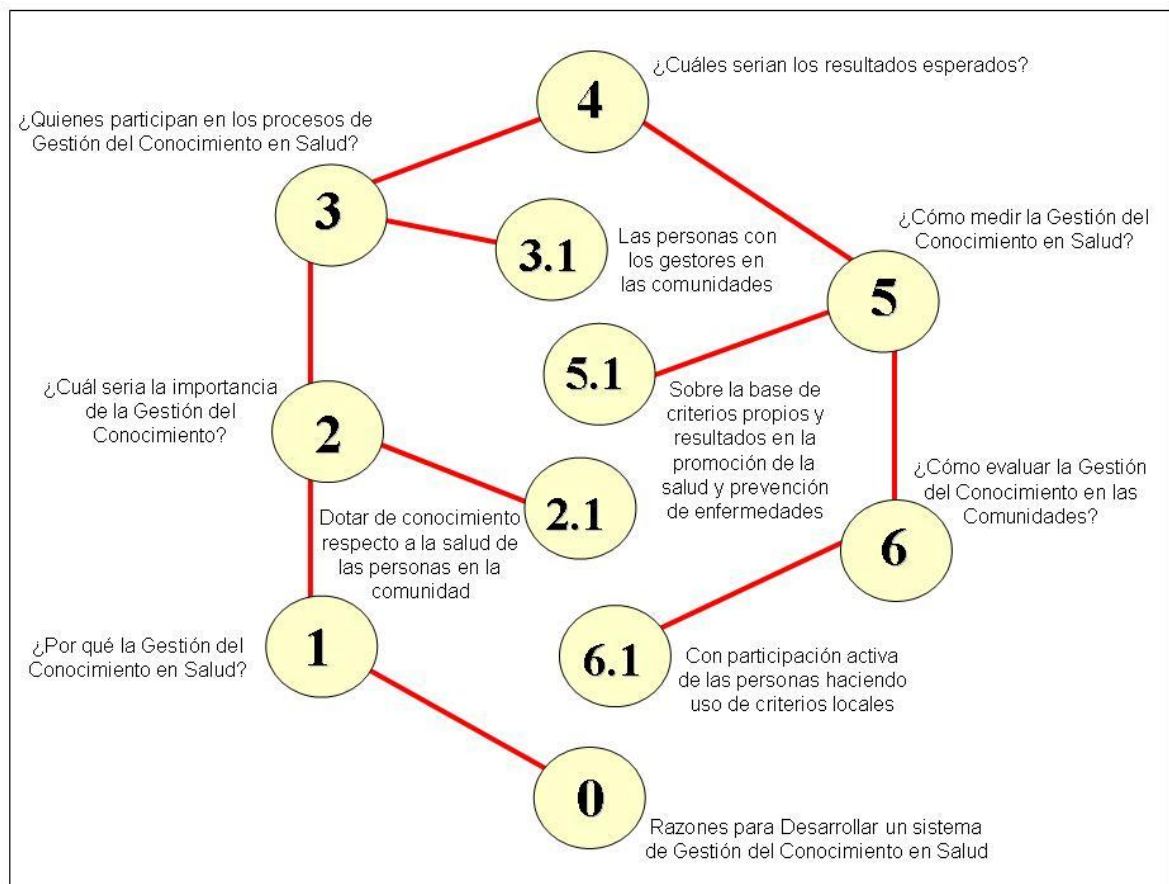
De allí que, la perspectiva de cambio planteada en el ámbito de la salud,

permite entender que la consciencia adquirida a través del conocimiento, representa la manera más expedita de establecer fronteras entre la salud de las personas, y el contagio con: patologías regionales, e incluso, con aquellas enfermedades emergentes y trasmisibles que se reproducen de modo generalizado en cada comunidad, con probabilidades de propagación masiva hasta convertirse en: epidemias, endemias y pandemias capaces de afectar muchos pueblos del mundo. Esta volátil expansión, convida a asimilar aprendizajes fundados en una epistemología de la complejidad existencial como factor reforzador del conocimiento funcional hasta transformarlo en un nuevo pensamiento que ayude a entender el sentido contenido tanto en la vida del hombre rural, y el ciudadano de tipo medio, para revisar el modo que desde finales del siglo XX les ha permitido vivir informado e interconectado con todo el mundo, pero; condicionalmente alejados de una visión integradora de la vida que no les permite evitar la reducción de su salud por causas que afectan el sistema inmuno-biológico humano porque en su intelecto sólo opera el conocimiento funcional preexistente en las comunidades y no se les informa de nuevos efectos contaminantes. Sólo el pensamiento crítico-reflexivo hará a las personas capaces de liberarse de los percances causados por un particular encierro en lo local y castrador de nuevas concepciones de mundo que las convierten en seres incapaces de entenderse a sí mismas como consecuencias existenciales, éticas, y cívicas fundadas en valores.

En síntesis, una manifestación de pensamiento crítico-reflexivo, sale a flote en personas conscientes y capaces de impulsar por sí mismas, acciones tales como: trabajar, crear, y actuar con características propias de los humanos como sujetos sentipensantes. Además, esto hace que las personas demuestren ser capaces de entender las posibles causas obstaculizadoras, y en gesto de capacidad, se armen de herramientas, y apelan a medios y fines adecuados que les posibiliten alcanzar posibles soluciones a problemas comunes. A partir del ámbito estructural comunitario, una situación de este tenor, se explica en el modo como una persona puede demostrar capacidad para mejorar las condiciones de salud de la población, y entienda que se requieren cambios de cambios macros en la sociedad que vengan a reforzar la base del conocimiento funcional preexistente en las comunidades. El

mismo, es visto por Becerra ob.cit. (35) como, “el conjunto de conocimiento práctico, datos y creencias cognoscitivas que el ser humano tiene o asimila tácitamente, el cual puede ser usado de manera eficaz o ineficazmente en un orden regular, a través de su desenvolvimiento adaptativo en el medio en que se encuentra”. Por consiguiente, se requiere que la persona como “sujeto y objeto” de los procesos evolutivos de cambios, readecuen sus conocimientos funcionales a partir de los determinantes representados en la figura 29.

FIGURA 29: Erotética De Reforzamiento Al Conocimiento Funcional En Salud

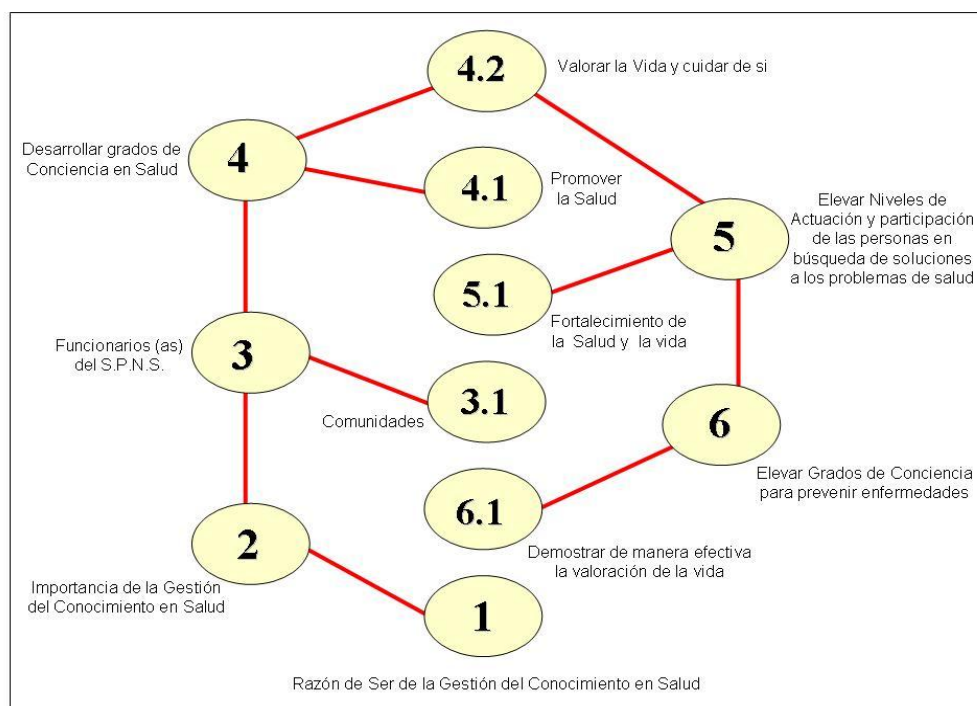


Fuente: Elaboración propia del autor, Robles 2008.

El reforzamiento al conocimiento funcional con acciones críticas-reflexivas estaría destinado a desarrollar grados de conciencia en las comunidades, para alcanzar el cuidado de todos mediante: la promoción de la salud, valoración de la vida, defender y preservar la vida en sociedades humanas en la medida que se impulse el cuidado de sí. Obviamente el SPNS, tiene que establecer normas que permitan cualificar in

situ, los niveles de desempeño de funcionarios y funcionarias que trabajen en pro de un desarrollo social vinculado a las personas sujetos de cambio, en correspondencia con el ámbito de una salud integral haciendo uso de nuevos modos del pensamiento crítico, para modificar conductas. Asumido aquí el pensamiento crítico, como sustrato de un pensamiento reflexivo, llamado a comprender capacidades y actitudes en un proyecto que apunta a profundizar cambios puntuales en la prevención de enfermedades. En la medida que los propósitos de Gestión del Conocimiento lleguen a lo interno de las comunidades, las personas podrán desarrollar facultades perceptivas, para entender sus propios problemas, los cuales representan cambios positivos hacia la salud y la vida.

FIGURA 30: Propósitos de la Gestión del Conocimiento en las Comunidades



Fuente: Elaboración propia del autor, Robles 2008.

Una adopción de pensamiento crítico, es demostrable cuando el común de los miembros comunitarios, estén en capacidad de percibir analizar y dominar con sentido crítico, las innumerables informaciones que caracterizan el contexto social de la salud poblacional y pública en cada momento preciso. Para entender de mejor forma el tema de la percepción, se precisa recurrir a la opinión de autores como

Gagné ob.cit. (79) quien fija posición frente al aprendizaje de actitudes y las formas de cambiarlas, porque; precisamente de esto se trata, de alcanzar un cambio de actitudes frente a situaciones de salud; asumiendo las actitudes, como asuntos más bien complejos, respecto de los cuales todavía queda mucho por descubrir. Respecto a los métodos de enseñanza que habrán de emplearse para establecer actitudes deseadas, deben ser compendios de información adecuada, útil y oportuna. Sólo ello hará que difieran considerablemente de los aplicables al aprendizaje de habilidades intelectuales.

Respecto al cambio de actitudes, se hace énfasis en información adecuada para dar significado a aquella que debe y tiene que estar o manejarse en el lugar y momento adecuado. Esta información será útil en la medida que pueda conducir a las personas a reflexionar para que contribuyan a generar beneficios a las comunidades. En consecuencia, la información será oportuna, cuando esté donde hace falta. Del mismo modo, esta información ha de tener una velocidad que puede ser acelerada en el momento requerido. Porque la información en sí misma, debe y tiene que ser interpretada como un sistema, fundado en la realidad que ella desarrolle, para ser capaz de crear y causar efectos con propiedades de reinformar en tiempo y espacio⁷² al proceso que la produce. Esta reinformación, bien puede generarse en aras de adecuación a eventos, o ampliación de la misma, en la medida que genera nuevas informaciones ya sean de carácter endógeno o exógeno, o para vincularla a las diversas corrientes de pensamiento relacionadas a temas de la salud y por ende a las ciencias sociales.

Otro debate necesario de hacer, radica en proponer cambios posibles, y en la utilización de las ciencias al servicio de la salud. Esta discusión, en parte, se puede dirimir, con el enfoque planteado en relación a la promoción y valoración de la vida a partir de la salud, cuyas génesis han sido debidamente explicadas en el numeral 4.6. No obstante, se admitiría una ciencia de la salud en el sentido de “ciencia natural”, si es posible una ciencia social de la salud, en la medida en que la salud o la

⁷² Para la teoría de la relatividad sostiene Nieto Echeverry (2006.Pág.27) existe una relación directa entre el espacio y el tiempo, estas son dimensiones separadas, así, si la noción de tiempo se transforma al verse considerada desde la posición del observador, la noción de espacio deberá ser también relativa a esa misma posición. Esto supone comprender que los procesos de cambio, en cuanto presentes en el tiempo, lo están también en el espacio, deben tener un lugar. No puede haber un cambio sin un lugar, no puede algo cambiar si no está dentro de algo, puesto que el espacio es lo que contiene, lo que establece límites.

® Robles, Alexis (2008). *Universidad de Carabobo*.

enfermedad no son hechos del mundo de las cosas reales o naturales, a tales efectos; cabe considerar más bien, que los problemas de salud son hechos del campo de las relaciones y representaciones sociales, por consiguiente, en esencia, obedecen a: valoraciones subjetivas que los actores hacen sobre los hechos, y de las situaciones de poder que ellos encarnan. Lo cual obliga a repensar que la salud es un valor, y no un ser que pueda ser construida fuera del ente humano. por consiguiente se requiere provocar cambios en el modo de recoger información respecto a la salud y vida humana de las personas en sus espacios naturales o comunitarios.

Lo anteriormente expuesto, facilita concordar con el discurso desarrollado en el capítulo III, donde se pone en duda la capacidad de algunos métodos usados por las ciencias tanto naturales como sociales para medir la salud de manera integral en todos y cada uno de sus componentes psicosociales. En este sentido, se propone hacer un mejor empleo del término medir, usado por la epidemiología para comparar la salud con su respectiva unidad, la enfermedad, a fin de averiguar cuántas veces la salud está contenida en la enfermedad. De manera pues, que el debate respecto a la epidemiología se abre en torno al contexto etimológico y semántico radicado más en lo patogénico, antes que, por el hecho mismo de hacer uso exclusivo del término medir para determinar cuantitativamente la salud como un excedente de la enfermedad, obviando la radical esencia de un cúmulo de cualidades inmersas en la salud y la vida *per se*, que no pueden apreciarse de modo cuantitativo, máximo si lo que se persigue sería concienciar a las personas que comparten roles de vida en las comunidades, para que se comporten como actores esencialmente conocedores de todo aquello cuanto compete a la salud y la vida humana.

El propósito inserto en el contenido de un sistema de gestión de conocimiento, debe y tiene que estar dirigido a traspasar lo cuantitativo, en la medida que se incorpore lo cualitativo, no sólo como una alternativa de evaluación, sino como un complemento de acciones de vida, lo cual se explica del siguiente modo. Más allá, de: comparar lo exacto, lo justo, lo preciso con la acepción medir. Se precisa, concienciar a las personas que comparten roles de vida en las comunidades, para

que se comporten como actores esencialmente conocedores de todo aquello cuanto competa a la salud y la vida humana⁷³. En consecuencia, se procura encontrar una excepcional base para construir un referente integral e integrador que permita dar un tratamiento tanto a la salud como a la vida en función de el ente humano como un ser que: actúa, trabaja, crea, piensa, siente y es capaz de “autodestruirse” en la medida que pone tanto a su vida, como al medio ambiente en riesgo a causa de graves riesgos de contaminación y vulnerabilidad de los ecosistemas.

Etimológicamente, se admite la palabra vida como devenida del latín *vita*. Asimismo, la vida puede ser entendida como fuerza o actividad interna mediante la cual obra el ser que la posee. Esto induce, a promover cambios en los grados de percepción respecto al referente vivir que de manera inadecuada pueda preexistir en ambientes comunitarios. En consecuencia, se necesita darle a la connotación vida el tratamiento adecuado a la doble vertiente que involucra este enunciado: 1) como fenómeno biológico y 2) como concepto filosófico. Pero, ciertamente para efectos de promover la salud mediante el conocimiento, se asume la vida como una facultad para: crecer, renovar la propia sustancia, reproducirse y realizar todo un conjunto de actividades propias de un organismo social, que debe procurar mantener adecuados grados de salud fundados en: el ser, la autoconciencia o ser en sí; y el cuidado de sí.

Se define autoconciencia, como el conocimiento que la conciencia tiene de sí misma, o la representación del yo como objeto conocido por la conciencia, o el conocimiento del yo acerca de sí mismo. También el hecho de percibirse uno mismo como sujeto, o lo que se entiende como subjetividad. Por analogía, puede entenderse el siguiente razonamiento. Cuando una persona adquiere suficiente y adecuado conocimiento respecto a su salud, y por consiguiente, obra con la debida precaución o prevención. Entonces, este cúmulo de saberes le permite pensar, reflexionar y comportarse adecuadamente mediante el uso sistemático de las redes de servicios a la salud, porque la convierte en una persona autoconsciente. Sin embargo, también es admisible que la mente humana no sólo es conciencia porque

⁷³ Ante esta conjetura, es importante resaltar, que respecto a las acepciones salud y vida, tanto desde el horizonte filosófico como desde el contexto biológico, históricamente ha persistido un notado interés por encontrar en primer momento un encuadre semántico a partir de la raíz etimológica de los términos salud y vida.

® Robles, Alexis (2008). *Universidad de Carabobo*.

es capaz de representarse cosas mentalmente, sino porque es capaz, además, de reflexionar sobre lo que conoce mentalmente y sobre sí misma.

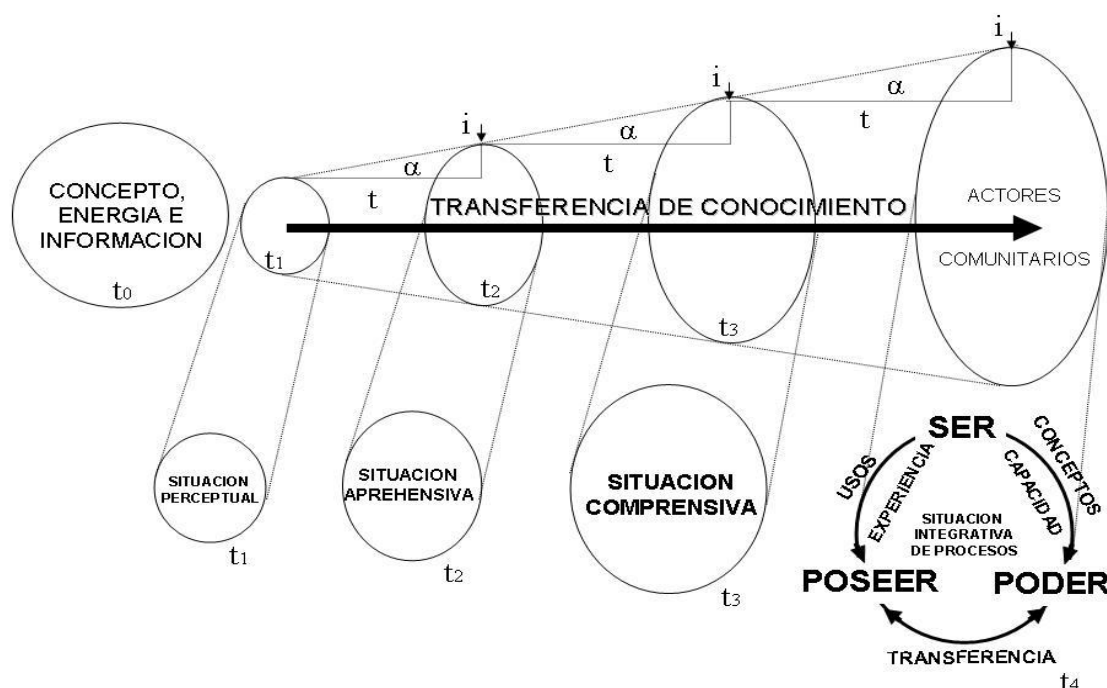
A esta acción reflexiva, también la llamamos específicamente «autoconciencia», cuya característica fundamental es la percepción de la propia identidad personal que denominamos sujeto personal o persona, y por extensión tanto a funcionarios y funcionarias del MPPPS quienes conforman la estructura del SPNS conjuntamente con las personas o actores que constituyen los procesos y eventos del sistema, porque no se trata de crear autoconciencia individual; por el contrario el propósito del modelo entre otros principios, persigue constituir una cadena de valor que coadyuve a la generación de autoconciencia nacional en la medida que se consolide una adecuada prestación de servicios.

6.3.- PRINCIPIOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN SUBSISTEMA ABIERTO DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

La base de estos principios, radica en la construcción de modificación de conductas inadecuadas en salud, a fin de, prevenir enfermedades para de este modo: valorar, defender y preservar la vida en aquellos entornos susceptibles de mejorar sus condiciones y calidad de vida. Del mismo modo se busca Lograr, efectividad en los esfuerzos destinados a modificar los determinantes de la salud, utilizando el recurso técnico y metodológico necesario, sustentado en contenidos congruentes con situaciones específicas de cada sector y entorno para propiciar la sostenibilidad y sustentabilidad necesaria. Los gestores del sistema deben esforzarse por; lograr generar reciprocidad en la transferencia de saberes tendentes a fortalecer la promoción de la salud y la valoración de la vida humana en el ámbito comunitario. Por tanto, se debe estimular, el desarrollo organizacional a lo interno del MPPS, y desde allí impulsar la dialéctica del SER-PODER-POSEER- para que imprima toda la sinergia posible en cada uno de los eventos y con la prospectividad que demanden los procesos de investigación y educación proactiva dentro del subsistema abierto de gestión de conocimiento del SPNS, mediante transferencia de

conocimiento a las personas en las comunidades, estas puedan desarrollar capacidades que les capaciten, para mejorar sus condiciones de salud y vida mediante el cuidado de sí y de los otros.

FIGURA 31: Secuencia Sinérgica de Procesos Temporales en una Esfera Gnoseológica Trialéctica

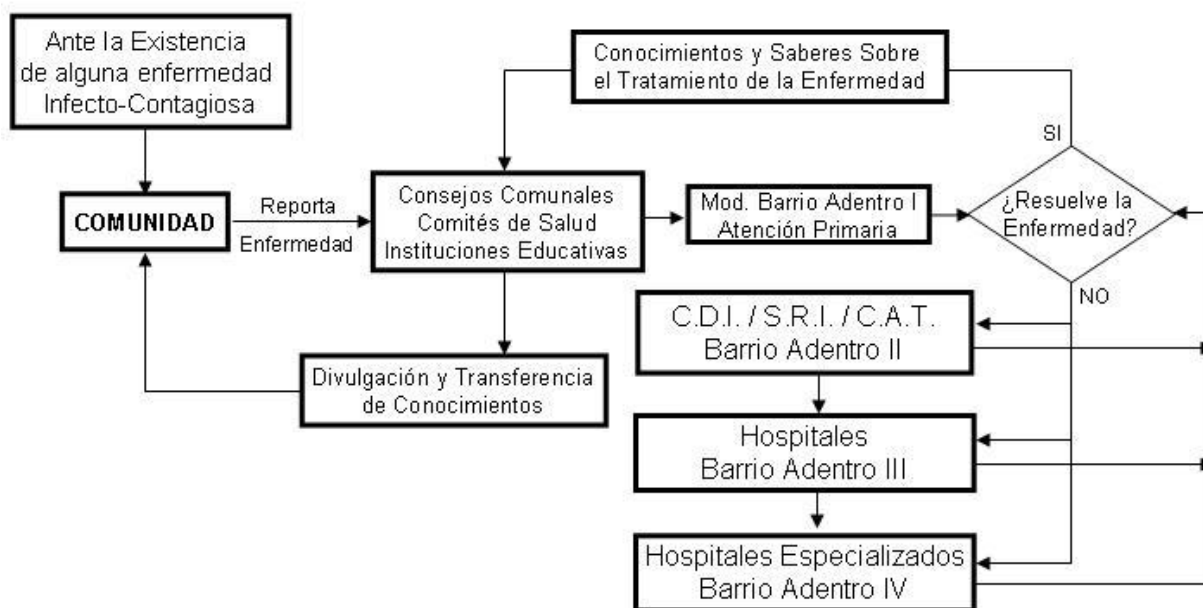


Fuente: Elaboración propia del autor, Robles 2008.

Lograr concienciar a usuarios y usuarias de los servicios de atención primaria a la salud para que identifiquen deficiencias de servicios, planifiquen, promuevan y apliquen contraloría social en el sector considerado área de influencia de los centros dispensadores de servicios a la salud. Involucrar a los comités de salud, instituciones educativas y demás organizaciones comunitarias, para que identifiquen problemas de salud y en modo directo se comprometan con acciones estratégicas que contribuyan a desarrollar las cinco funciones principales de la promoción de la salud establecidas en la Carta de Ottawa, a saber: *Reforzamiento* de la acción comunitaria. Desarrollar aptitudes personales para la salud. *Reorientar* los servicios de salud. *Construir* políticas públicas saludables y; *Desarrollar* ciudades saludables o entornos favorables a la salud tal y como se plantean en los cuatro estadios en que se

estructura Barrio Adentro, donde sus constructores y actores principales han sido los vecinos comunitarios quienes de manera reticular exigen la operatividad de Barrio adentro: I, II, III y IV, según se explica en la figura 32.

FIGURA 32: Diagrama de Monitoreo de Conocimiento Sobre Enfermedades en la Comunidad



Fuente: Elaboración propia del autor, Robles 2008.

6.4.- UN MODELO CUALITATIVO-PROSPECTIVO FUNDADO EN VALORES

Las consideraciones anteriores, esclarecen considerablemente las razones esgrimidas para cambiar el léxico que hasta ahora, ha venido acompañando los procesos tendentes a alcanzar resultados, en la prestación de servicios desarrollados en el contexto de un pensamiento alternativo en salud. En el caso específico, que atañe a la gestión de conocimiento en salud, resulta interesante revisar el modo, como etimológicamente se interpretan las acepciones: índice, indicadores e individuo, dado a que en ellas, subyacen insumos preponderantes para desarrollar un debate epistemológico, que permita esclarecer la sustitución de cada uno de ellos; y en consecuencia, adecuarle un sinónimo cuyo uso contenga más pertinencia con

propósitos fundados en el valor de la salud, y la vida.

En este caso, se asume el término valor, desde su concepción etimológica devenida del latín (*valere*), en cuya originalidad se interpreta: estar vigoroso o sano, ser más fuerte. Esta especie de fortaleza, es la que necesariamente se requiere para concienciar a la persona, para que de este modo aprenda a valorar la vida. De igual manera, cabe añadir que el término *valere* en griego se interpreta como *axios*, el cual, se traduce al español en términos como: merecedor, digno, que posee valor. También es propio significar que, de *axios* proceden términos como *axiología* y *axiomático* entre otros. Los cuales, vienen siendo empleados con regularidad en el tema aquí desarrollado, para dar énfasis al uso del término valor como un axioma que innegablemente cada persona en particular en mayor o menor grado puede construir o destruir según sea el caso. Frondizi (2005.Pág.54) en referencia a Meinong admite que en “toda valoración está implícito un juicio que afirma o niega la existencia de un objeto”. Y no niega en admitir que “el valor es en verdad, un estado subjetivo propio del sujeto, pero que mantiene una referencia al objeto a través del juicio existencial”. El mismo que será negado por el escepticismo. Mientras que Ehrenfels, también citado por Frondizi *Ibíd.*, sostiene que “el valor es una relación entre un sujeto y un objeto que, debido a una representación fuerte y completa del ser del objeto determina en nosotros”. Estas sentencias, conducen a interpretar el vínculo que en mayor grado pueda existir entre la salud y la vida humana como un valor.

En la filosofía tradicional, subyacen testimonios de cómo en este orden de relaciones, los sofistas en su momento haciendo uso de la acepción valor, se convirtieron en promotores de un relativismo ético, basado en las creencias subjetivas del hombre. Entonces, a partir de ciertos presupuestos estructurados con esta palabra y el contenido que ella encierra, promovieron la premisa que por su esencia trasciende a nuestros días como valoración a la salud y la vida. Con la cual se intenta aquí, ajustar los propósitos de gestión de conocimiento en comunidades donde cohabitan personas con bajos grados de conciencia respecto a la salud y la vida. De manera tal, que hace falta, orientar nuevas enseñanzas que contribuyan a

repensar valores, que permitan saber, descubrir una mejor direccionalidad de la salud y la vida, fundada en el sentido evolutivo que le viene dado a estos, desde la teoría de los valores. Siguiendo a Frondizi ob.cit., conviene repasar diversas posiciones y autorías referidas a los valores. Por ejemplo; Carnap (86), sostiene que los juicios de Valor son formas disfrazadas de normas o imperativos... a juicio de Frondizi (87), Carnap no niega, según sus palabras, la posibilidad y la importancia de una investigación científica sobre juicio de valor y los actos de valoración. Por ser actos de individuos concretos, tales hechos pueden ser objeto de de una investigación empírica.

Ciertamente, en el decurso del tiempo se ha pretendido connotar (en sentido estrictamente lingüístico) que los valores no pueden ser investigados. Pero; con el surgimiento de la teoría de los valores, el término valor vino a centrarse en el estudio de la naturaleza como algo peculiar que no había existido propiamente hasta el siglo XIX. En consecuencia, esta teoría que nace a partir de la palabra valor, viene a tener entre sus fines, todo aquello que hace que el hombre aprecie o desee algo, por sí mismo o por su relación con otra cosa; siendo así, como la cualidad por la que se desean o estiman las cosas por su proporción o aptitud, coadyuvan a satisfacer necesidades propias de las personas, y comienzan a ser figuradas como valor.

En el devenir histórico, teóricos de la economía le adjudican la palabra valor a lo útil y al precio de una cosa, lo cual no quiso significar que la palabra valor fuese de uso exclusivo para el ámbito económico. Esta adjudicación, no tardaría en convertirse prácticamente en una usurpación del término valor por las Ciencias Económicas y Materiales⁷⁴, de manera tal, que creyéndosele de su pertenencia, se hace extensivo el uso numérico que vino a cuantificar objetos y cosas. Luego, por falta de discernimiento etimológico del valor cuantificable y/o cuantificador, desde las ciencias sociales y humanas se comete un craso error cuando se comienza a utilizar

⁷⁴ Siguiendo a Contasti (ob.cit. Pág.6), la alta confiabilidad que se presenta en las Ciencias Materiales, cuando se miden los fenómenos, se debe al hecho de que hemos sido capaces de construir una serie de artefactos iguales, que por su similitud devinieron en unidades instrumentales de medición. En la construcción de estos artefactos se ha seguido el proceso que partiendo de juicios objetuales, nominales, y ordinales realizados directamente por el sujeto según el procedimiento que hemos denominado desarrollo Endógeno Cruzado, se culmina finalmente en artefactos instrumentales. Acoplando estos artefactos como unidades, generamos una secuencia que permite obtener las magnitudes.

el *valor cuantificado* (referido a las personas y por ende a las acciones humanas). Pese a que desde hace bastante tiempo que se demostró el error, los teóricos de las ciencias humanas y sociales han hecho muy por construir un dispositivo que al ser usado sirva para constatar la veracidad de una valoración sobre las personas. De manera tal, que en correspondencia con los presupuestos hechos desde la filosofía, se pueda hacer análisis del valor en general, no ya del valor ético o del meramente económico, y el estudio de la naturaleza propia del valor. Aunque no se puede negar, en el devenir del tiempo surgiría una distinción entre hechos y valores, paralela a la que se efectúa entre ser y deber ser, y la que se admite entre juicios de hecho, y juicios de valor, esta premisa en sí pone ya de manifiesto que el valor de una cosa no es lo mismo que el «ser de la cosa», pero más allá de algo que pareciera tautológico, no se ha trabajado un instrumento que haga factible investigar los valores.

No obstante, el hombre como tal, desde antiguo ha reconocido la existencia de valores en el terreno de la ética o del comportamiento social, entre los cuales destaca, el llamado comportamiento antropológico de curación y/o sanación ancestral. La noción de valor ocupa un lugar fundamental en la vida humana. En este sentido, según la filosofía de Nietzsche; la cultura occidental no es más que la inversión reactiva de los primitivos valores de la vida. Por ello, impone a la filosofía la tarea crítica de una verdadera transvaloración o cambio de todos los valores transmitidos, tanto desde el seno de las familias, como en las escuelas y demás centros de enseñanzas.

Este ir más allá de los valores, que tan acertadamente Nietzsche denomina transvaloración, resulta ser coherente a la pérdida de significado e importancia, que en las últimas décadas las personas han venido sintiendo tanto por la salud, como por la vida. Pero; lo más grave de este asunto, radica en una conducta inducida por la teoría de la dominación representada en el paradigma médico-biologicista-cuantitativo el cual en si mismo resulta ser curativo-intrahospitalario cuya tendencia radica en ponderar una especie de valor que opera al estilo “leiseferiano” (no importa que enfermes, para ello existen dos componentes: el médico y la industria

farmacéutica) donde realmente no importa que la enfermedad se coloque siempre por encima de la salud y la vida. Evidentemente que, la transvaloración subyace más allá del paradigma asistencialista curativo, donde se integran y operan de manera simultanea un gran número de factores devenidos de la teoría de la dominación.

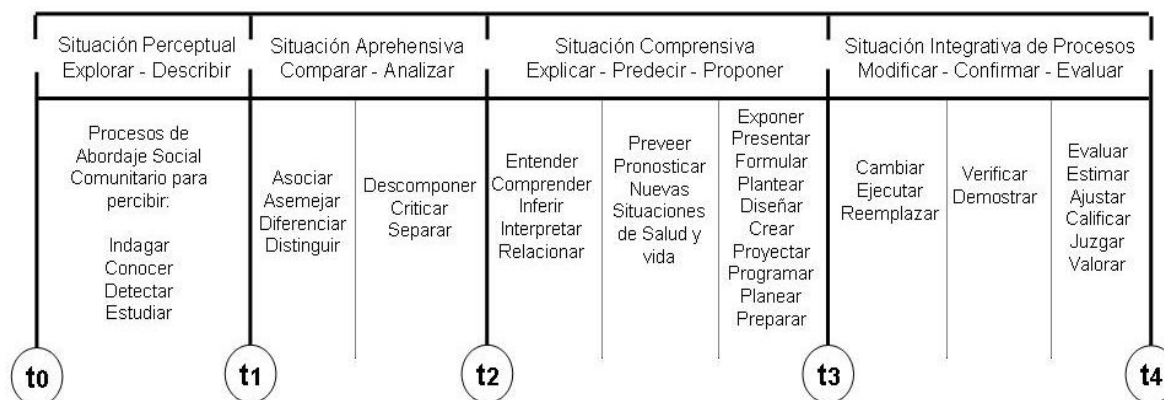
Entonces, cuando se trata de abordar la complejidad que involucra el término valor, tanto para la salud, como para la vida, cabe presuponer que más allá de un léxico, se requiere adecuar nuevos comportamientos generados sobre la base de un sistema, que permita interpretar, tanto el resultado o aplicabilidad del conocimiento respecto a la salud y la vida, como el alcance de los fines y propósitos de manera cualitativa. Al hablar de un sistema abierto de gestión de conocimiento en salud, dirigido a estimular y desarrollar programas de: Prevención de enfermedades. Promoción de la salud. Fortalecimiento de las condiciones de vida. Mejoramiento de la calidad de vida. Y, Prolongación de la esperanza de vida en las comunidades. Sobran esperanzas para pensar, que partir de estos presupuestos, se pueden construir baremos cualitativos con aquellos componentes existenciales tales como: Causas. Enfermedades. Condiciones de vida y salud que confluyen en movimiento, tiempo y espacio dentro de un determinado territorio. Esta construcción debe abrir las posibilidades de: *Explicar* vivencias, *interpretar* comportamientos respecto a condiciones de vida. *Traducir* información expresada en códigos existentes en cada comunidad de manera particular respecto a la vida, y *expresar* de manera cualitativa la valoración que cada persona en particular, puede dar a su salud, y por consiguiente a la vida.

Se utiliza aquí al término cualitativo, como originalmente deviene del latín *cualitas*, derivado de *cualis*, el cual puede interpretarse como: *de qué naturaleza*. Morfaux ob.cit., (70). Añade que; “el término cualitativo pasa a significar una de las categorías fundamentales de la persona, que designa cualquier propiedad o manera de ser”. Por consiguiente, se asume el empleo de la acepción cualidad, como cada uno de los componentes que aquí se desarrollan en torno a las personas; de manera tal que, lo cualitativo, viene a integrar lo que aquí se denominan elementos factores intervinientes en servicios a la salud, los cuales, guardan estrecha relación con la naturaleza de: objetivos, estrategias propósitos y fines a ser desarrollados para

alcanzar la debida transferencia de saberes, en un sistema abierto de gestión de conocimiento fundado en resultados de orden cualitativo.

El sistema en sí, pese a estar pensado para trabajar con valores relacionados a la salud y la vida humana, no obvia al método científico; por consiguiente, se permite trabajar las cuatro situaciones básicas que lo integran, es decir; aquella mediante la cual un funcionario que de hecho, real y proactivamente, presta algún servicio al Estado alcance a desarrollar sus capacidades en la medida que obtenga dominio para: explorar, describir, comparar, analizar, explicar, predecir, proponer, modificar, confirmar y evaluar tanto los eventos como procesos del SPNS como lo explica la figura 46. De igual modo, manera cualitativa se podrán apreciar e interpretar los resultados de desempeño, tanto en procesos como en funciones de gestión de conocimiento.

FIGURA 33: Estructura de Secuencia Temporoespacial de los Procesos de Transferencia de Conocimientos en Materia de Salud a Usuarios y Comunidades



Elaboración propia del Autor. Robles, 2008.

Resulta significativo decir, que en las cuatro situaciones planteadas en la anterior figura 33, se evidencia el modo como ambas, contribuyen también a interpretar el desarrollo de los esquemas de investigación en el orden cualitativo, como metodología que permite dar respuestas a todos y cada uno de los resultados de acciones de transferencia, con las que se busca generar una adecuada transformación de conciencia, fundada en nuevos valores, a personas con deficientes grados de preparación que cohabitan en comunidades de bajos recursos.

De hecho, en cada una se puede encontrar explicación práctica por una parte al concepto de empoderamiento patentado por la OMS para caracterizar las facultades de desempeño en las personas respecto al control de saberes específicos. Por otra parte, se pueden identificar los determinantes positivos de salud, o sean aquellos componentes, que contribuyen a mejorar la calidad de vida de las personas en las comunidades. Aunque innegablemente, existen determinantes de peligro; es decir. Aquellos, que frecuentemente tienden a afectar la salud de la población como: alcoholismo, tabaquismo y demás sustancias psicotrópicas y estupefacientes. Estas situaciones, de igual modo pueden ser abordadas y transformadas mediante un conocimiento válido seguido de un fin.

Para Frondizi (2005.Pág. 116). Los fines, como tales, nunca son buenos o malos, con independencia de los valores que se proponen realizar. Y en esta dirección añade. La buena o mala conducta, por lo tanto, no se puede medir por la relación a un fin, puesto que los conceptos de bueno y malo no se pueden abstraer de los contenidos empíricos de los fines. Fundado en Scheler, Frondizi (117) explica la relación que tienen los valores con los fines.

“Fin” es cualquier contenido del pensar, representar, percibir, que está dado por realizar, siendo indiferente quién o qué lo haya de realizar. Lo esencial es que el contenido pertenezca a la esfera de los contenidos representativos y que esté dado como algo por realizar. El valor en cambio, está desprovisto de toda imagen. Distingue Scheler, por otra parte entre, entre fines y objetivos. El objetivo reside en el proceso del apetecer y no está condicionado por ningún acto representativo, sino que es inmanente a la tendencia misma.”Nada puede llegar a ser fin sin que llegara primero a ser objetivo. El fin está fundado sobre el objetivo. Los objetivos pueden estar dados sin fines, pero nunca los fines pueden estar dados sin objetivos precedentes. No podemos crear de la nada un fin, ni tampoco “proponerle” sin una “tendencia hacia algo” que le preceda”. Ahora bien, los valores no dependen de los fines ni pueden abstraerse de ellos, sino que van ya incluidos en los objetivos de la tendencia como su fundamento. Con mayor razón serán el fundamento de los fines que, según vimos dependen de los objetivos.

En este orden de ideas, cada funcionario o funcionaria debe desarrollar su ser personal. Por consiguiente, las personas llamadas a participar en un sistema de

gestión de conocimiento en salud deben estar dispuestos a desarrollar una visión crítica y hasta meta-crítica para percibir las causas de los problemas de salud, que afectan a los colectivos humanos, sin dejar de actuar con sensibilidad acerca de los determinantes sociales relacionados con la situación de salud pública en cada comunidad ubicada en su entorno. Siendo así, la transferencia de saberes estaría llamada a seguir la dirección encaminada hacia el estímulo de cada miembro comunitario involucrado en el mejoramiento de la situación salud en su comunidad, para que establezca la debida correspondencia y equilibrio entre salud y vida. En consecuencia, cada gestor o gestora del conocimiento, estaría llamado a comprender como operan las relaciones sociales que existen en la comunidad, para: identificar y establecer los vínculos necesarios entre la vida humana y la salud de los colectivos. Y de esta manera reconocer en ellas los determinantes y condicionantes que las explican. Una vez alcanzados tales reconocimientos se podrá configurar el estado de salud y de enfermedad de una sociedad, y en su defecto dar las respuestas que ellas adoptan, y finalmente analizarlas desde las diferentes perspectivas que ofrecen los modelos de salud existentes en el mundo contemporáneo occidental pero básicamente en el ámbito geográfico nacional.

Además, las personas involucradas en los procesos de promoción a la salud, prevención de enfermedades y fortalecimiento de la vida deberá alcanzar dominar con agudas destrezas un saber: identificar y comprender los modos, condiciones y estilos vida de los colectivos desde la concepción del modelo explicativo del proceso de salud enfermedad, así mismo estará en capacidad de identificar en el modelo antropocéntrico las dimensiones humanas, sociales, culturales, biológicas y ambientales del proceso salud-enfermedad. En cuanto al Hacer, las personas participantes de los procesos de promoción a la salud deberán saber relacionar la situación de salud-enfermedad de los diferentes grupos humanos con los determinantes generales del mundo contemporáneo y con las condiciones de vida particulares de los colectivos en el contexto general y particular. Al tiempo, en que deba saber reconocer la importancia de construir o generar enfoques alternativos basados en una concepción integral de los condicionantes y determinantes de la vida y la salud. Esto con la finalidad de demostrar que se encuentra en capacidad de ser

un multiplicador de enfoques críticos fundados en modelos prospectivos para abordar los problemas de salud que afectan a los colectivos humanos.

6.5.- Estrategias Generales Para Interpretar La Solución De Problemas

La implantación de un sistema de gestión de conocimiento vinculado a una estructura organizacional rectora de salud, cuyo radio de acción deba operar sobre aquellas comunidades ubicadas en los denominados sectores marginales, desde siempre, excluidos por las políticas públicas aplicadas de manera incoherente. Estos sectores, deberían estar llamados a producir sus propias estrategias tendentes a resolver problemas puntuales en los servicios a la salud; donde sobremanera predominan elevados grados de pobreza y ausencia de atención a la salud y la vida. Allí, en esos sectores donde prevalecen elevados índices de pobreza y desatención se deben acometer planes y programas estratégicos⁷⁵ que aporten soluciones a problemas mediante el involucramiento de la participación comunitaria, enfocada a lograr concienciación de los actores; para que de manera progresiva, contribuyan a reducir a su mínima expresión la brecha existente entre equidad e inequidad en salud por causas de la exclusión social, generada por ineficientes políticas de gestión pública. Por consiguiente, la brecha entre equidad e inequidad en los problemas de salud, debe y tiene que ser reducida con planes y programas destinados a elevar grados de conciencia, en personas de diversos estratos sociales obedeciendo a dos principios básicos de acción. Uno, se haría desde la reeducación en salud fundada en criterios para la solución de problemas basado en dos grandes categorías de aprendizaje: los heurísticos⁷⁶, que operarían con tareas cognoscitivas y las

⁷⁵ La estructura de Barrio Adentro 2 está representada por los Centros de Diagnóstico Integral (CDI), las Salas de Rehabilitación Integral (SRI) y los Centros de Alta Tecnología (CAT), los cuales, junto las Clínicas Populares, forman el segundo nivel de atención, donde se realiza diagnóstico y se resuelven los casos de cierta complejidad. Los CAT ofrecen servicios de resonancia magnética nuclear, tomografía axial computarizada, ultrasonido tridimensional, mamografía, video-endoscopia, laboratorio clínico, rayos X flotante, electrocardiografía y SUMA (Sistema Ultra Micro Analítico). Barrio Adentro 3 está conformado por los 220 hospitales públicos del país los cuales serán modernizados y equipados en tres etapas, comenzando en una primera fase con los hospitales 43 principales del país que concentran más del 50% de los quirófanos.

⁷⁶ La Heurística. El Diccionario de María Moliner op.cit., refiere que este término deviene del griego «heurisko» que se traduce al español como hallar de la heurística o invención. Arte de inventar. Por su parte el DRAE reseña que heurístico equivale al arte de inventar. Busca o investigación de documentos o fuentes históricas. También heurístico se corresponde con la epistemología. Entre tanto para el Diccionario de filosofía de Cortés Morató y Martínez Riu. (1996-98). la heurística deviene del griego, heurisko, es igual a: encontrar, inventar. De igual modo puede ser entendida como referente al arte de investigar o descubrir. En líneas generales la parte heurística del método científico coincide con el contexto de descubrimiento.

® Robles, Alexis (2008). Universidad de Carabobo.

estrategias de acción que estarían fundadas en tareas activas como las que señalaría Salas (1992. Pág.5).

Se trata de: -Valorizarnos como personas, así como al potencial que representamos. Fomentar la creatividad grupal que se genera en los procesos participativos. Desarrollar el trabajo solidario y la responsabilidad ciudadana ante la problemática social. Salirnos del esquema de desarrollar programas sociales para las comunidades e ir construyendo las soluciones desde las comunidades con la participación activa de los ciudadanos. En fin, se trata de generar procesos transformadores de la realidad nacional partiendo de nosotros mismos

Respecto de los heurísticos, Robert H. Davis y otros (1997. Pág. 307-308) precisan los principios heurísticos como “reglas empíricas” que sirven para guiar o revelar una solución a un problema. Se asume, que el principio heurístico ayuda a los actores comunitarios a resolver problemas de conocimiento; porque, permiten trabajar como regla de operación, y no, en forma de un conjunto de principios como podría ser la estrategia, la cual, más bien en su momento, puede emplear muchos heurísticos o maneras de hallar soluciones a problemas puntuales. Conviene entonces considerar, que al usar este tipo de principios como aliados fundamentales para desarrollar los fines de gestión de conocimiento en las comunidades, se pueden operar las tareas de manera integral. Dado que los heurísticos, en el ámbito de la participación comunitaria trabajan como método de investigación o descubrimiento, y en esta dirección, cobran ventaja sobre el método científico. Esto ocurre, porque mientras el método científico enfatiza la prueba controlada y empírica de las soluciones alternas, el método de la investigación o descubrimientos que hace uso de los heurísticos, permiten enfatizar los aspectos relativos a la percepción y formulación del problema, que a su vez, resalta las variaciones que puedan generar los eventos del sistema, lo cual redundará en eficacia de la gestión de conocimiento hacia acciones prácticas o tareas activas.

Los heurísticos en este caso, son principios de un tipo determinado que permiten hallar soluciones claves a problemas de orden técnico en cada comunidad; tal sea el caso de: redes de aguas servidas, residuos y desechos sólidos, disposición de excretas entre otros. Mientras que, las estrategias, incorporan diversos principios

para dar cumplimiento tanto a las tareas activas, como a las cognoscitivas. Por ello, las estrategias como los principios heurísticos, se imparten usando la misma técnica y los métodos usados para enseñar los principios. Una estrategia, viene a ser una forma sistemática de tomar una serie de decisiones en la implantación y desarrollo de un sistema de gestión de conocimiento, porque facilita el modo de cumplir tareas e interpretar la mayoría de las variaciones del esquema general de: percepción de problemas, formulación de problemas. También, resulta ser utilidad en la búsqueda de solución a los mismos; y juegan papeles de importancia a la hora de interpretar el funcionamiento de las relaciones entre la organización gestora de conocimiento, y los actores, porque, contribuye a tomar previsión para lograr óptimos resultados.

6.6.- BASES PARA SEPARAR LA HISTÓRICA MEDICIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE SALUD-ENFERMEDAD

En síntesis; se sugiere que haya separación entre la histórica medición epidemiológica que engloba salud-enfermedad. Al tiempo en que se alcance reubicar mediante el principio de recursividad la promoción de la salud y la valoración la vida en un contexto de pensamiento crítico donde prime un nuevo episteme dentro del modelo social sistémico y transdisciplinario que plantea el Sistema Público Nacional de Salud para el país. Este planteamiento, implica acometer el empleo de un nuevo léxico que acompañaría los procesos tendentes a alcanzar resultados en la prestación de servicios a la salud; los cuales hasta ahora primordialmente han venido recibiendo tratamientos cuantitativos. En este sentido tanto: OMS, como OPS, PNUD y otros organismos multilaterales han venido exigiendo presentación de resultados fundados en términos porcentuales y metas de salud.

Las metas de salud, son declaraciones generales de intenciones y aspiraciones destinadas a reflejar los valores de la *comunidad* en general y del *sector sanitario* en particular, en relación con una sociedad sana. En muchos países las metas y objetivos de salud sirven también como referencia para decidir la dirección y prototipos de sus inversiones en salud. La OMS ha apoyado y promovido el desarrollo y uso de los objetivos y metas de salud a nivel mundial, regional, nacional y local.

De igual modo, las metas de salud, pueden ser presentadas mediante un indicador de salud, el cual puede entenderse como característica particular de un individuo, población o entorno susceptible de medición (directa o indirectamente) y en ese mismo orden de relaciones puede utilizarse para describir uno o más aspectos de la salud (calidad, cantidad y tiempo). Al respecto, La OMS, sostiene que los indicadores de salud mediante los cuales se enmarcan las expectativas de salud se pueden utilizar para definir problemas de *salud pública* en un momento concreto; para indicar los cambios temporales en el nivel de salud de una población o de los individuos, para definir las diferencias en la salud de las poblaciones, y para evaluar en que medida se están alcanzando los objetivos de un programa. O en su defecto también se usan los indicadores para medir la salud materializada tal y como es percibida por Pacheco Hellal (1996. Pág. 57).

“La salud materializada en el conocimiento médico y su aplicación, es convertida en mercancía más y como todas las mercancías, está destinada única y exclusivamente a quienes puedan comprarla”. Aparece en Salud Pública, cuando se emplean como indicadores de Salud, el número de médicos por mil habitantes, las camas hospitalarias y consultas, defunciones con atención médica, etc.; en Venezuela, González (1998) la utiliza al incluir dentro del IPAS (indicadores de la prestación de salud), las normas de acceso material a los establecimientos como indicador de la cobertura del sistema de envío de pacientes.

También en esta misma dirección según criterios de OMS-OPS-PNUD entre otros, se habla de indicadores de salud, los cuales pueden incluir mediciones sobre falta de salud o enfermedad. En este mismo orden de relaciones, acota la fuente de OMS, se pueden incluir indicadores que midan las condiciones sociales, económicas y del entorno físico en su relación con la salud y las medidas de *alfabetización sanitaria* y de *política pública saludable*.

Conviene aquí, hacer una diferenciación de los fines que abarcan tanto los índices como los indicadores de gestión, cuando comúnmente son usados para medir resultados de acciones logradas en los servicios a la salud; pero que, en modo indiscriminado son presentados como si realmente fuesen sinónimos de salud. Los indicadores e índices, sirven par enlistar o enumerar estadísticamente aspectos de

orden material, considerados como positivos por los gestores de salud entre los que destacan: *calidad de vida, habilidades de vida, o expectativas de salud*. Sin embargo, el uso tanto de indicadores como de índices encuentra gran dificultad y en consecuencia sesgos cuando se trata de conductas y acciones de las personas relacionadas con: hábitos, costumbres y valores relacionados con la salud. Por consiguiente, se habla de la urgente necesidad de crear una teoría o cultura de valoración de resultados en la salud y soportada en cuadros de control que incluya otras perspectivas, que además de la cuantitativa permita presentar resultados de la promoción y valoración de la salud y la vida. Sin duda alguna. Esta nueva cultura de valoración de resultados en salud, debe y tiene que distanciarse, por ejemplo; *de la denominada cultura que permite medir sus resultados y visualizar el alineamiento entre la estrategia de mercado y la implementación de hábitos de consumo*.

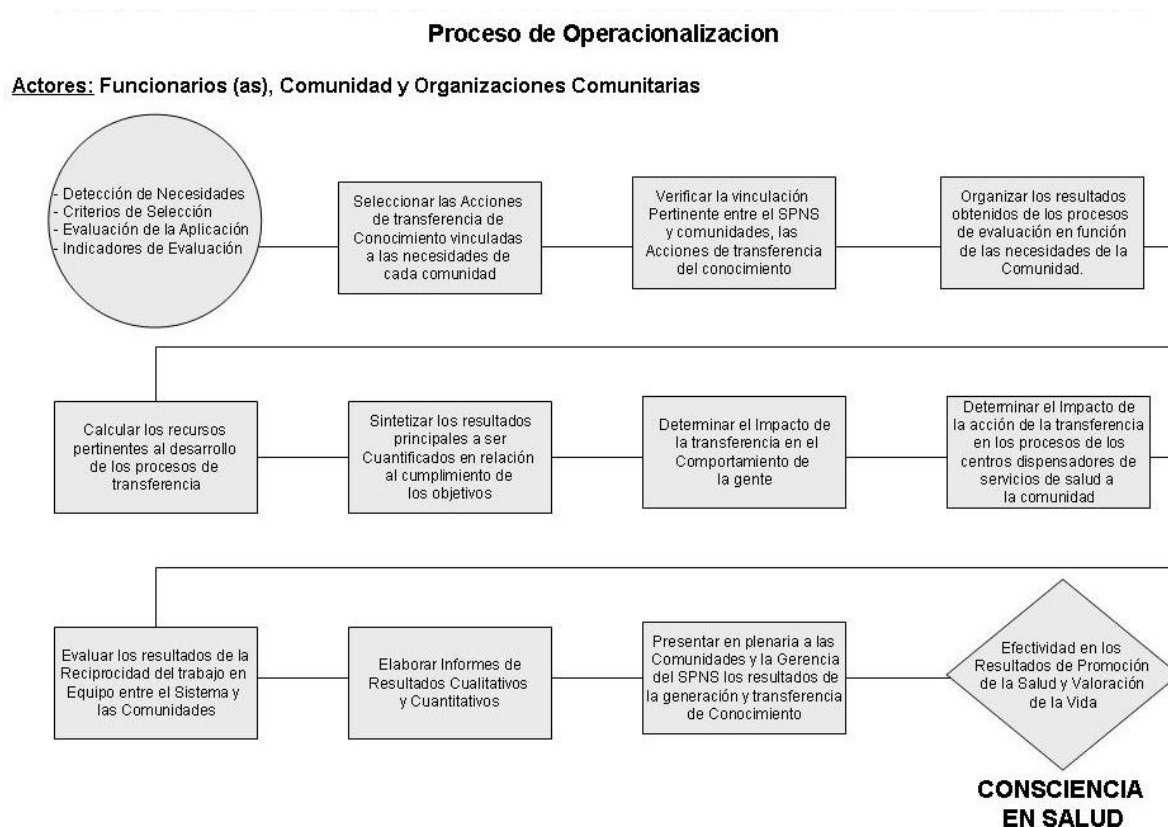
6.7.- MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA

Con el propósito de evaluar los eventos del sistema para luego ofrecer alternativas prácticas, fundadas en promoción y valoración de la vida y la salud de la población a partir de los resultados obtenidos en los procesos aplicados a la promoción para la salud los cuales, redundarán en individuos⁷⁷, entiéndase personas conscientes para fortalecer sus vidas. Estos procesos evaluativos, permitirán interpretar en el modelo, cómo los problemas de índole social se hacen cada vez más complejos, y en consecuencia, operan en forma de redes, concatenados unos a otros y por diversas causas. Por tanto, se explica que cualquier búsqueda de solución a los problemas de orden social debe enfocarse desde la estructura de las

⁷⁷ Individuo: (del latín *individuum*, indiviso, en el sentido de lo que no tiene partes, como el griego, átomos, o bien en el de lo que no puede repetirse en una pluralidad iguales) En la metafísica clásica, el singular -objeto, animal o persona- que es sujeto concreto y particular de una naturaleza o esencia, al que le corresponde una situación espaciotemporal propia y exclusiva. Así, son individuos la rosa del jardín y la amiga en quien uno confía. En cuanto particular y concreto, su opuesto es lo universal y lo abstracto. La indivisión que la etimología latina de la palabra atribuye al individuo se refiere a su entidad como elemento diferenciado de su especie, no a su organización en partes distintas o diferenciables; la división de lo individual supone su desintegración como miembro de una clase o especie determinada. La gran prerrogativa de los individuos y lo individual es que sólo ellos existen, mientras que los universales y abstractos sólo existen en la mente o el pensamiento, aunque no faltan teorías metafísicas que defienden también la existencia de entidades universales, por ejemplo, el platonismo y sus distintas versiones históricas. Preguntarse por la razón que hace que algo sea precisamente este individuo y no otro es preguntar por la individuación o el principio de individuación. Aparte de ésta, otra de las cuestiones que la tradición filosófica se plantea acerca de los individuos es la de si lo singular y concreto puede ser objeto de ciencia, cosa que en principio niega Aristóteles al afirmar que sólo hay ciencia de lo universal.

representaciones sociales sobre la base de un modelo explicativo de gestión cuyo seguimiento puede ser apreciado mediante los procesos de operacionalización según aplica en la figura 34.

Figura 34: Evaluación del Impacto de la Transferencia de Conocimiento

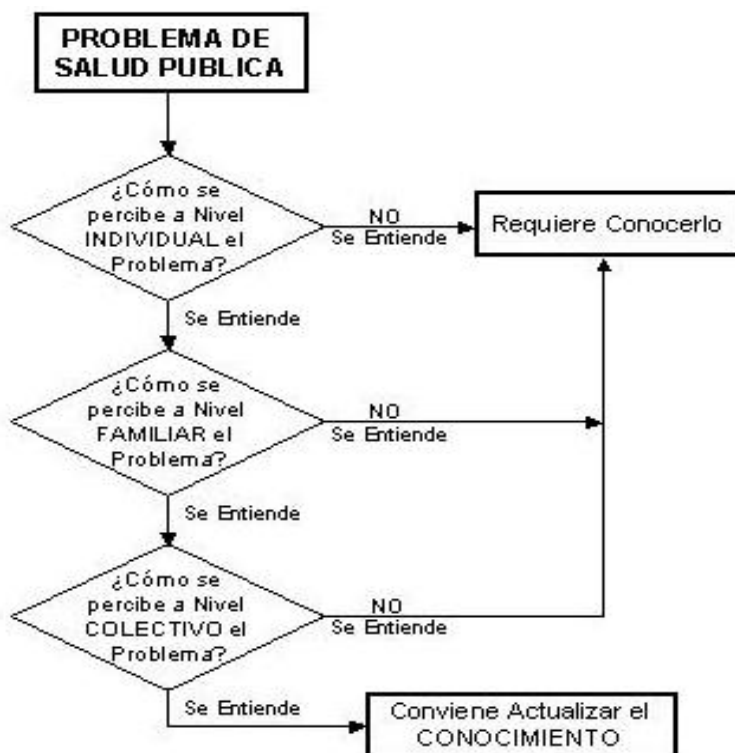


Fuente: Elaboración propia del autor, Robles 2008.

A partir de la figura 34, se abre una oportunidad para revisar las experiencias obtenidas, tanto en: diseño, aplicación y evaluación de estrategias, que invitan a tomar las previsiones necesarias al estructurar una base de contenidos destinados a transferir conocimiento, a diversos estratos o clases sociales en aquellas comunidades donde sea pertinente modificar conductas operantes en forma de hábitos inadecuados de salud. Dado que se hace imprescindible, tomar en cuenta la forma como se conjunta un sector a otro en cada espacio; para comprender la forma como los actores perciben allí cada problema en particular. Sobremanera cuando: destacan afecciones con criterios multicausales, y se requiere interpretar las diversas

situaciones, que intervienen en descriptores, causas y consecuencias

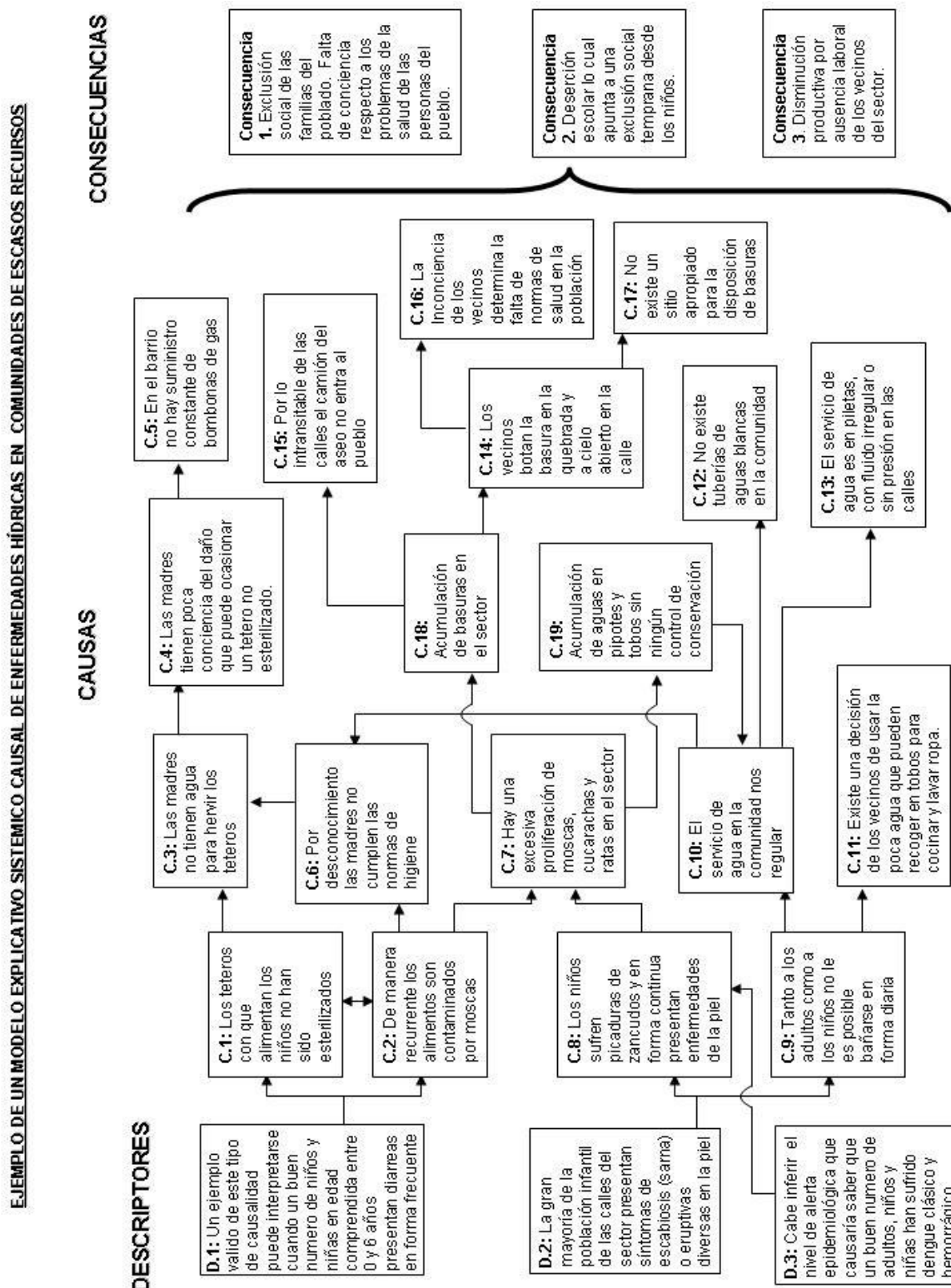
FIGURA 35: Diagrama de Flujo que permite elaborar la Percepción de un Problema de Salud Pública en la Comunidad



Fuente: Elaboración propia del autor, Robles 2008.

En un sentido más amplio, se espera que la implantación de acciones y procesos de gestión de conocimiento a lo interno del Sistema Público Nacional de Salud contribuya a generar consciencia para cerrar brecha, por ejemplo; entre: equidad e inequidad social, en la medida que cada quien amplíe los grados de consciencia que le permita participar activamente por el cuidado de sí y del otro, de manera tal que contribuya a fomentar la salud pública y poblacional. A propósito de participación, entre otras aportaciones, se busca que esta ayude a disminuir la deserción escolar, al tiempo que se fortalezca el progreso de la escolaridad en los niños de la comunidad para des-estructurar el modo como operan las representaciones sociales según se aprecia en el ejemplo de modelo sistémico causal desarrollado en la figura 35, en el cual destacan tres descriptores desde donde emana la información central del proceso.

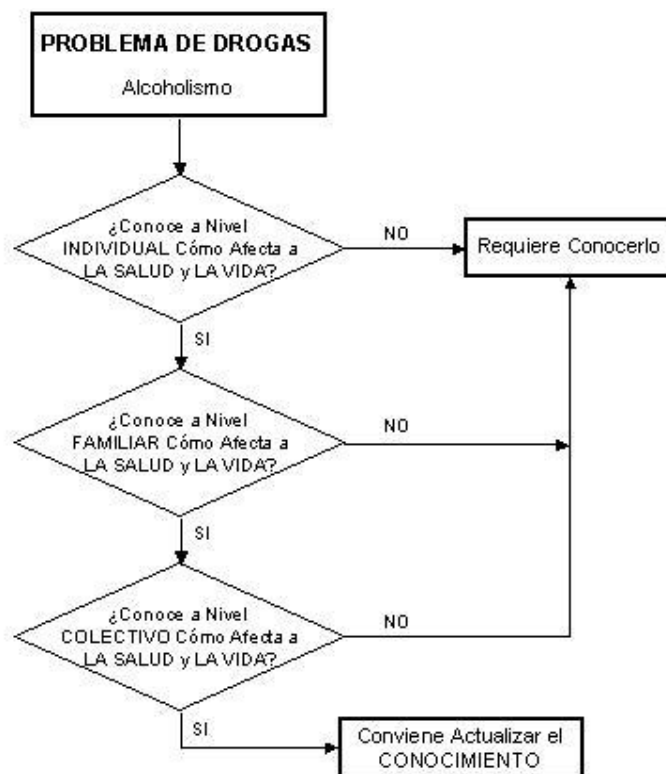
FIGURA 36: Ejemplo de un Modelo Explicativo Sistémico Causal de Enfermedades Hídricas en Comunidades de Escasos Recursos



Fuente: Elaboración propia del autor, Robles 2008.

Por consiguiente, las personas de las comunidades al hacer uso de la participación activa, por ejemplo; tendrían una enorme responsabilidad para cerrar brechas entre la disminución productiva de las familias causadas por los padres mientras faltan al trabajo por causas de la ingesta de bebidas alcohólicas. En tanto que los niños y niñas paulatinamente se van desvinculando de la escuela hasta que una gran mayoría de ellos terminan desertando al sistema educativo nacional. La información contenida en el ejemplo de modelo sistémico causal, descrito en la figura 35, puede interpretarse de manera cualitativa o cuantitativa. El contenido de la misma le es complementaria a la figura 38, dado a que ambas están relacionadas con elementos que proporcionan quebrantamientos a la salud en sus dimensiones: poblacional, pública y emocional cuando las personas incurren en la desvaloración de los principios sociales y comunitarios.

Al respecto de la perceptible crisis ambiental y su articulación con: la pobreza, violencia organizada y migraciones compulsivas; Morin y otros (ob.cit.2003. Pág.110) son de la opinión que, “cada día existen muestras a las claras que el fenómeno capital de nuestro tiempo, denominado globalización, es un fenómeno que contiene ingredientes autodestructivos, se diría que promovidos más bien, por la ciencia y la industrialización que por el mismo ambiente”, pero al mismo tiempo, añaden Morin y otros que, “también contiene los ingredientes que pueden movilizar a la humanidad para la búsqueda de soluciones planetarias basadas en la necesidad de una antropolítica o política del hombre”. Entendida antropolítica, como la plena consciencia de que la construcción de una política de civilización para el desarrollo de una sociedad-mundo. A lo interno de esa sociedad-mundo, es observable como en las últimas décadas, han despuntado factores de riesgos ambientales, y riesgos globales para la salud que determinan entre otras enfermedades el HIV-SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, siempre a la mano de otros males como suelen ser: Drogadicción, Tabaquismo, Alcoholismo y violencia en todos los espacios.

FIGURA 37: Diagrama de Flujo que permite Monitorear el Consumo De Alcohol en la Comunidad

Fuente: Elaboración propia del autor, Robles 2008.

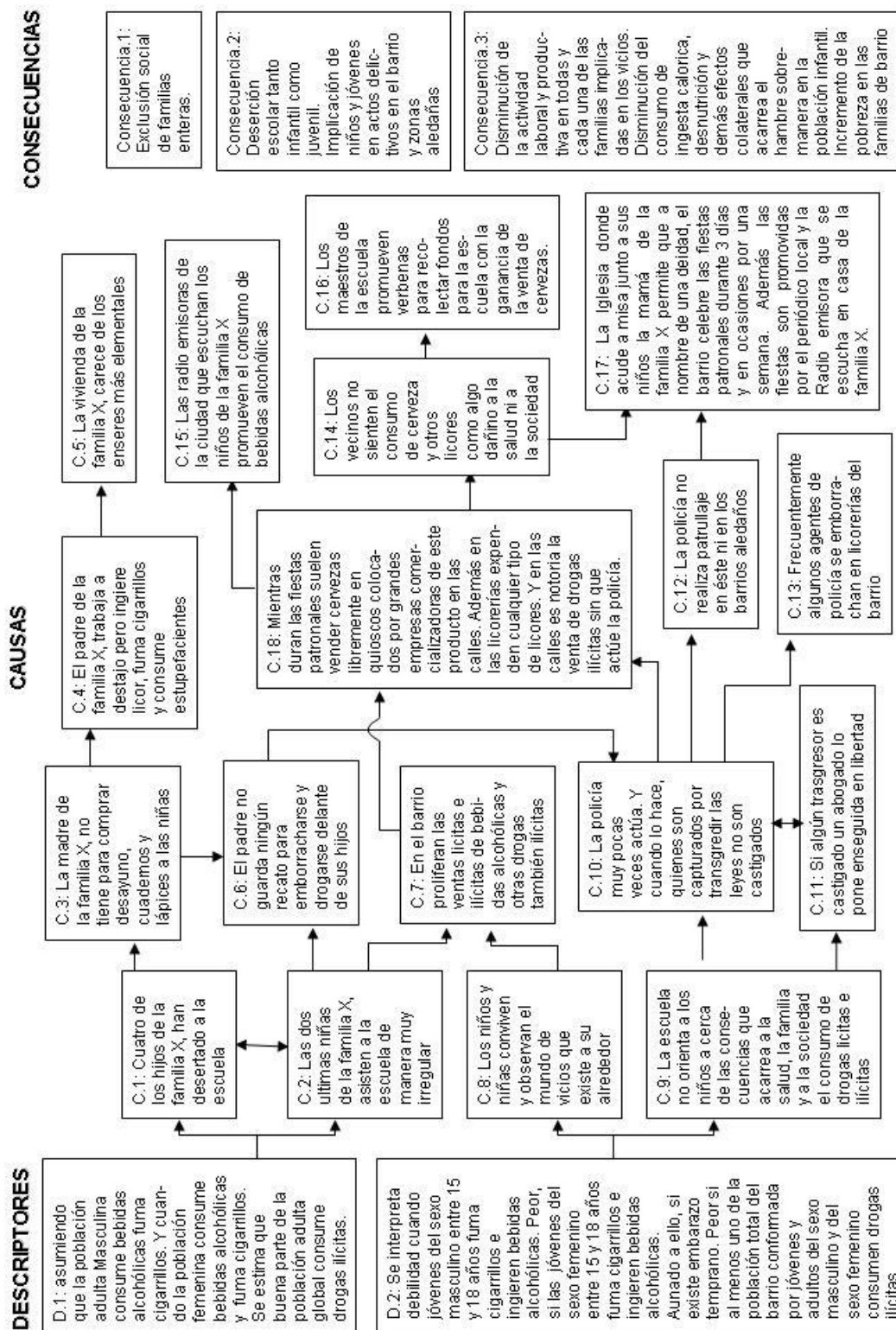
Son muchos los factores incidentales para que una persona caiga enferma en un momento dado, probablemente, cada enfermedad tenga un origen en una compleja cadena de incidentes ambientales, que pueden haber comenzado años atrás, y a su vez, pudieron estar sometidos a la influencia de determinantes socioeconómicos, y determinantes de peligro más generales, religándose de este modo a la causalidad de otros factores de riesgos de algunas otras enfermedades, entre las que destacan: consumo de alcohol, tabaquismo y drogadicción, sobre las cuales La OMS (2002.Pág.16) alude que, “la sociedad y la cultura propician determinadas pautas que no hacen viable el control de este consumo, aun a sabiendas que ello influye entre otros resultados adversos a la salud. En cuanto a Venezuela competa, las estadísticas de daños a la salud reflejan elevados índices de propensión a afecciones de cardiopatía coronaria a través de procesos fisiológicos”. Siguiendo esta línea de pensamiento, cabe proponer controles tanto a enfermedades

no transmisibles, como prevenibles, por corresponderse con hábitos de inapropiadas conductas sociales.

Lo antes descrito hasta ahora, exige al menos, formular dos interrogantes puntuales. ¿Será, por desconocimiento de las grandes e irreversibles secuelas que la tríada conformada por: consumo de; alcohol, tabaquismo y drogadicción asecha cada día: la salud humana, y salud poblacional como un todo; sobremanera en muchas personas jóvenes quienes tempranamente son inducidas al consumo de tales sustancias? ¿Porqué una gran mayoría de padres, instituciones educativas y gobiernos no previenen los consumos de: alcohol, tabaquismo y drogadicción y por consiguiente sus males en el debido momento? Si bien es cierto, los quebrantos a la salud que estos vicios proporcionan, no son considerados como enfermedades transmisibles o infectocontagiosas, se infiere que la adicción a estos males pueden ser catalogados como una especie de contagio globalizado y globalizante, inducidos por grandes consorcios publicitarios, generadores de capitales mediante la sociedad de consumo que merecen ser monitoreados y evaluados en su justa dimensión.

Sin duda alguna; las sociedades de consumo en el mundo, se permiten operar de manera global porque están soportadas en enormes cadenas de dispositivos tecnológicos, que funcionan como medios de manipulación para producir una especie de alienación generalizada, fundada en desinformación y propaganda (inclusive subliminales) segmentadas en campañas dirigidas a la población joven de ambos sexos en el mundo entero. Pero; tal vez, lo más catastrófico de los planteamientos anteriores, consista en la impunidad por daños causados a miles de millones de personas estimuladas por las grandes transnacionales a incurrir en vicios que por su magnitud desarticulan grupos familiares completos en el mundo entero. Estos consorcios del vicio, operan con la más firme intención de posicionar hábitos o conductas para que funcionen por defecto o exceso, como propiedad o costumbres sobre un alto porcentaje de personas que comúnmente terminan siendo dañadas en grandes colectividades de jóvenes a quienes se les quebranta la salud en el mejor momento de sus vidas.

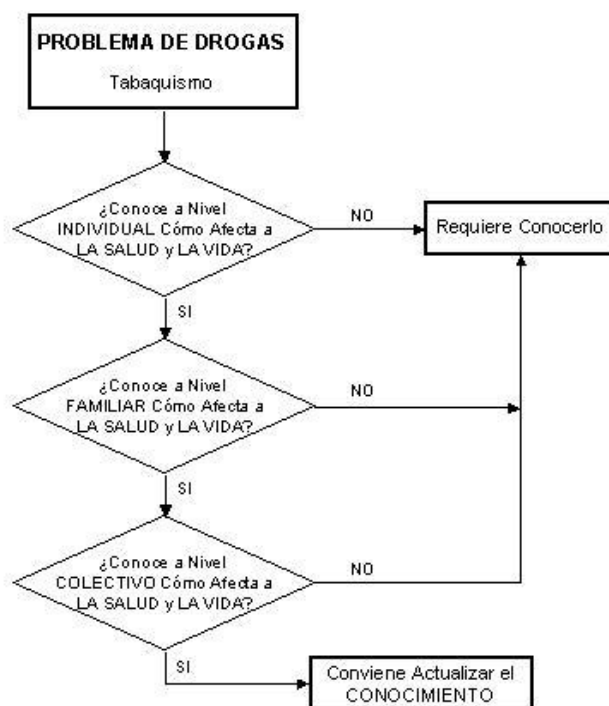
FIGURA 38: Modelo Explicativo Sistémico Causal Del Consumo De: Alcoholismo, Tabaquismo Y Drogadicción



Fuente: Elaboración propia del autor, Robles 2008.

La gran constante universal de la consumición y/o vicios, parece indicar que estamos ante un problema planetario, del cual, parece que a muy pocos gobiernos en el mundo les preocuparía el daño que generan los denominados *consumos lícitos* como suelen ser alcoholismo y tabaquismo. El calificativo lícito, les viene dado por cuanto pagan irrisorios impuestos que según leyes, les faculta para que operen “legalmente”. Si se le da otra lectura al tema, es admisible concluir que los gobiernos cobran pírricas sumas en impuestos (si se les compara con las magnitudes de los daños causados a las personas consumidoras y demás efectos colaterales a no consumidores) para permitir que las personas paguen el doble al exponer sus vidas al vicio en el común de países del globo terráqueo.

FIGURA 39: Diagrama de Flujo que permite Monitorear el Consumo De Tabaco en la Comunidad



Fuente: Elaboración propia del autor, Robles 2008.

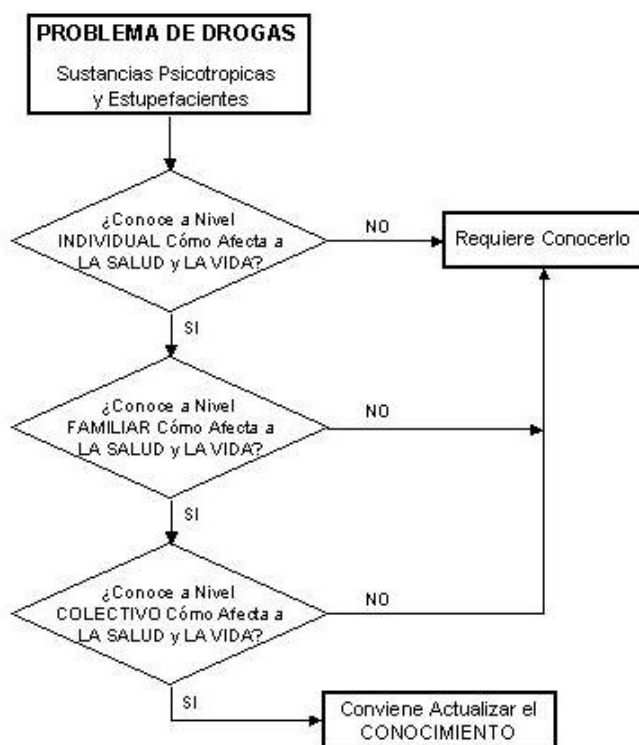
Por su parte, la inducción de males y secuelas secundarias causadas por efectos colaterales a descendientes directos de quienes consumen es otro problema digno de ser evaluado constantemente. Dado que en sí mismo, genera grandes tragedias en familias enteras a las que por efectos de transvaloración tempranamente se les

convierte en clientes potenciales de vicios que redundan en calamidades sociales con múltiples consecuencias. En su momento Nietzsche (ob.cit. Pág. 462) habló de transvaloración (ir más allá de los valores), hoy día este término guarda una estrecha relación con la pérdida del significado de valor que en las últimas décadas familias enteras han venido restándole tanto a la salud como a la vida misma. En el esquema anterior puede interpretarse, como la transvaloración en si misma, conduce a una desvaloración o perdida de valores básicamente debido a la falta de educación, tanto en la familia, como en el ámbito comunitario.

Del monitoreo ex profeso que conviene hacer al consumo de sustancias psicotrópicas y estupefacientes, tanto los gestores del sistema, como los actores comunitarios deben extraer aprendizajes que contribuyan a potenciar los procesos de prevención de males y en consecuencia de ello fortalecer los valores inherentes a la salud y la vida como un todo; pues como bien dice Sach (1980) citado por Elvia del Olmo ob.cit. (1984. Pág.26), “es difícil meterse en un proceso social, sin intentar, al mismo tiempo, modificar valores de otros. Dado que en esencia, la educación influye directamente en los valores del educando”. Por ejemplo; discutir es tratar de modificar el punto de vista del interlocutor (incluyendo los valores). En relación a la situación que aquí se plantea, la modificación de los valores es condición necesaria para fomentar la salud y por consiguiente la vida.

Se alude aquí al pensamiento crítico, por considerar que, ser crítico es una habilidad que se puede enseñar; Mikel de Viana SJ. Y otros (2006. Pág. 69) sostiene que el pensamiento crítico “es una acción mutua que puede ocurrir dentro de una mente. Por consiguiente, cualquier participante de las grandes tradiciones debe aprender a criticarse a si mismo; es decir, a ser crítico de lo que haga”. En esta dirección, Boisvert ob.cit. (62) sostiene que el pensamiento crítico contribuye considerablemente en la obtención de compromisos y soluciones valida para los problemas reales (al modo en que lo plantea la figura 41) y urgente por tanto exige más allá de las personas que aprenden la sola habilidad de observar, comparar y descubrir esquemas validos para prevenir y contribuir a prevenir incidentes fatales a la salud, aumentando de este modo capacidades resolutivas de problemas comunes.

FIGURA 40: Diagrama de Flujo que permite Monitorear el Consumo de Sustancias Psicotrópicas y Estupefacientes en la Comunidad



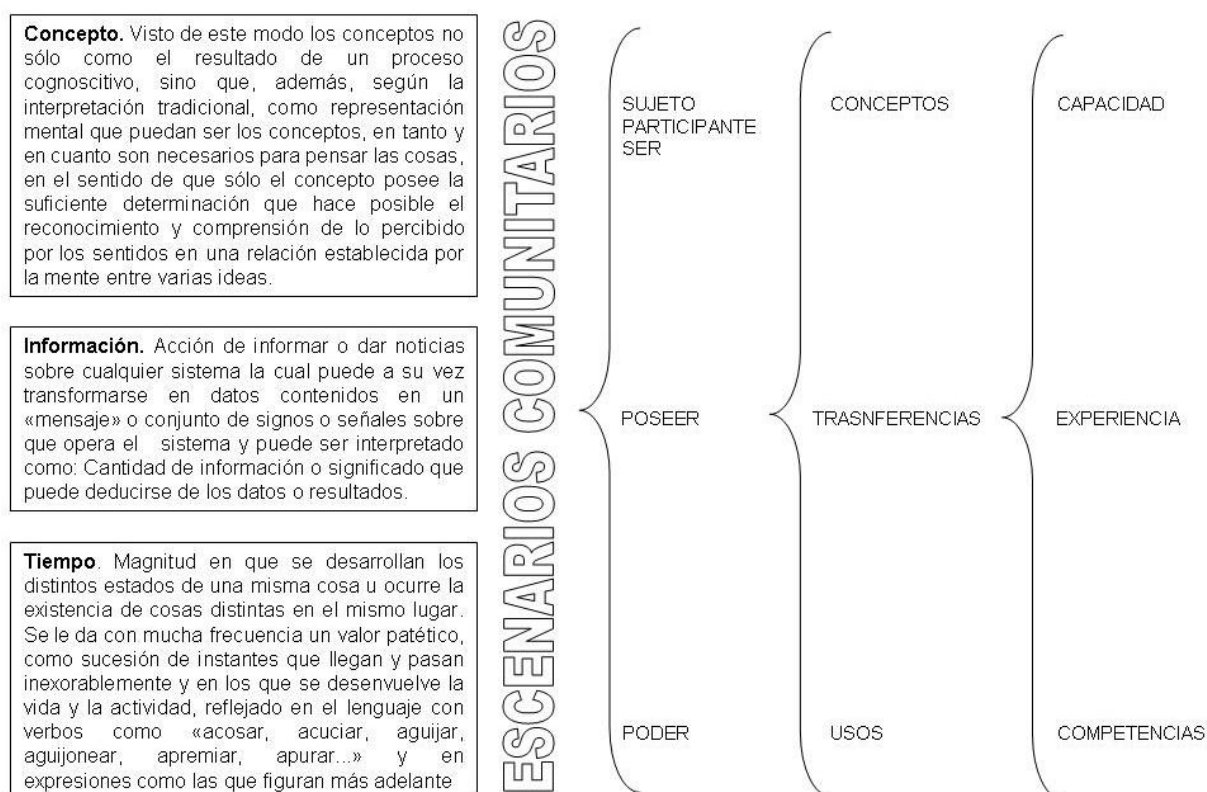
Fuente: Elaboración propia del autor, Robles 2008.

Los ejemplos que se desarrollan, tanto en el diagrama de flujo como en el Modelo Explicativo Sistémico Causal, permiten interpretar e inferir de modo Incondicionalmente cierto, que el destrozo humano ocasionado por determinantes de peligro, donde el consumo afecta la salud en máximo grado, sobremanera, la juventud venezolana. Cuando estas premisas, resultan necesariamente válidas, conviene fortalecer un modelo de pensamiento crítico en el ámbito comunitario llamado a vincular de manera integral e integradora a las familias con instituciones: educativas, cultura, deporte, salud, cuerpos de seguridad del estado, organizaciones comunitarias entre otras. Esto, con la finalidad de adquirir, difundir y monitorear el debido conocimiento respecto a daños en salud y la vida, causados por el consumo de Alcoholismo, Tabaquismo y Drogadicción.

Por ejemplo; es ampliamente reconocido, que el consumo de sustancias

psicotrópicas y estupefacientes, representa en la actualidad una de las enfermedades más extendida en el mundo entero. En consecuencia, afecta la salud de grandes poblaciones de personas jóvenes y no tan jóvenes que aun se encuentran en edades productivas. El combate a este flagelo, ha sido dado desde diversos frentes, entre los que se inscriben: la represión, juicios y encarcelación, orientación, reclusión en centros de rehabilitación, pero; a decir verdad, ninguno de ellos, jamás serán tan efectivos, como los métodos de prevención y/o educación para la salud, pública o salud mental. De lograr estos grados de prevención mediante una educación para la construcción personal, se alcanzaría evitar sobremanera, que las personas jóvenes, incurran en la predisposición al vicio.

FIGURA 41: Descripción Conceptual de una Esfera Gnoseológica



Fuente: Elaboración propia del autor, Robles 2008.

La tendencia al fortalecimiento de una educación para la construcción personal, no sólo debería implicar la fundamentación de una nueva escala de valores en el ámbito social comunitario; cabe suponer, que la misma debe contar con un absoluto respaldo de todas y cada una de las políticas sociales, que en el orden

gubernamental, tengan a bien desarrollarse en el país. De ser necesaria, cabría prever la implantación de nuevas estrategias de participación social, para contrarrestar situaciones de salud poblacional en el orden de las enfermedades no transmisibles, como por ejemplo; aquellas producidas por efectos del tabaco y alcohol y sus derivados entre las que destacan: accidentes de tránsito, lesiones físicas causadas por riñas con: objetos contundentes, armas blancas y de fuego.

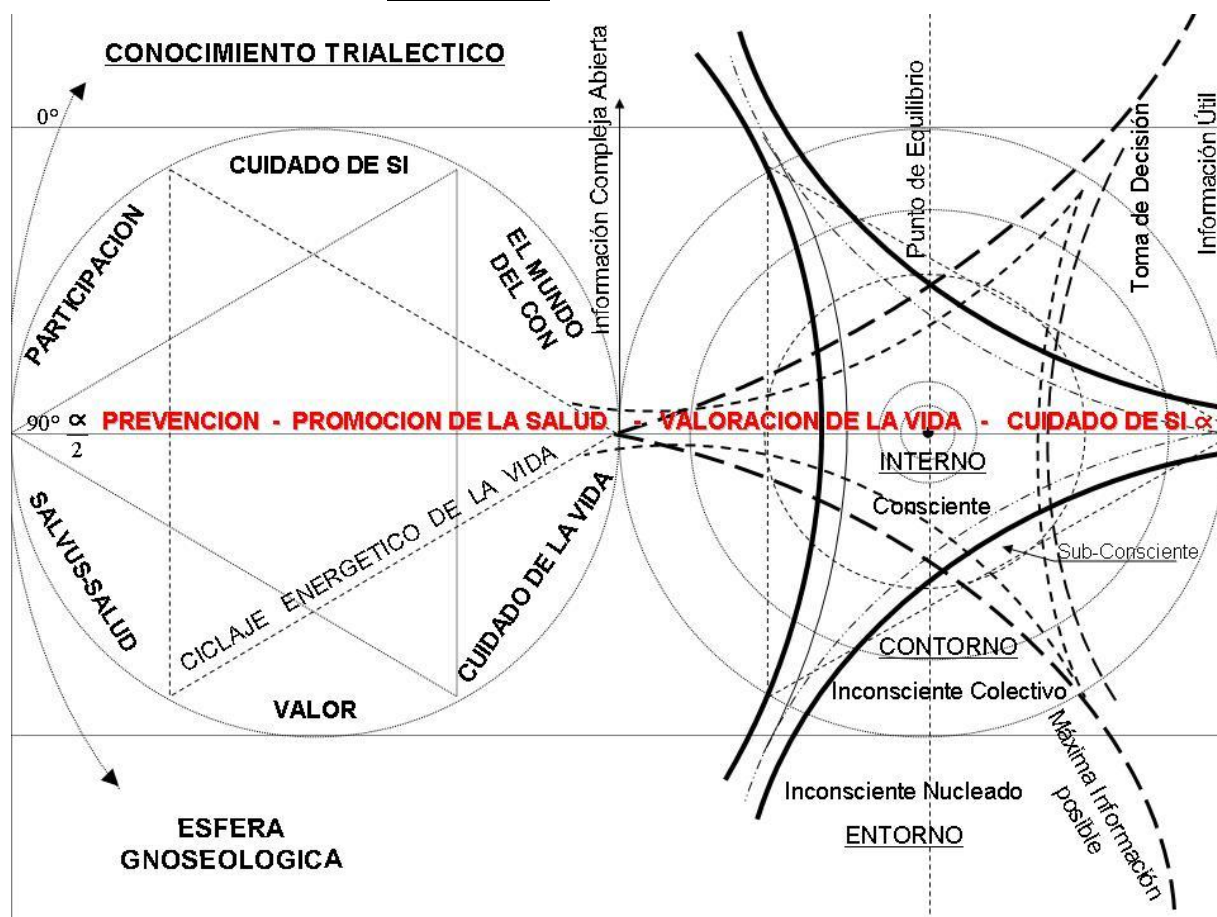
En virtud de lo antes dicho, se hace referencia a planes integrales de prevención, tendentes a desarrollar en el común de las personas capacidades resolutorias de problemas que afectan directa o indirectamente a la gran mayoría de los contornos poblacionales, mediante el uso de: el principio de recursividad, la promoción de la salud, y la valoración la vida en un contexto de pensamiento crítico, donde prime un nuevo episteme, dentro del modelo social sistémico y transdisciplinario que plantea el SPNS para el país. El uso que aquí le es conferido al concepto⁷⁸ entra en concordancia con el tiempo transitivo del verbo concebir que le asigna en una de sus acepciones el DRAE, traducido en: “comprender, encontrar o dar justificación a los actos o sentir de las personas” en razón de su propia salud y vida como referente válido en este trabajo, según se explica en la figura 42. Otro de los motivos de su uso tiene como fin expreso discurrir más allá del concepto como eje fundamental del logocentrismo, y poder contribuir a explicar la hermenéutica implícita en el subsistema de gestión de conocimiento en salud, y con ello interpretar la necesidad de una esfera gnoseológica fundada en procesos circulares que permiten visualizar formas de enfrentar problemas recurrentes en el ámbito comunitario, sobre la base de elementos puntuales como: concepto o referente, información, tiempo y sujeto participante, para hacer uso, como diría Gadamer (2007.Pág.45), “de la conciencia como una cualidad primaria de la vida humana en todas sus estructuras vitales y modos de comportamiento”, en pro del cuidado de sí.

⁷⁸ El concepto equivale a «idea general» o «idea abstracta». Según lo entiende la filosofía tradicional, es el resultado del proceso de abstracción, por el que el sujeto (que conoce) logra una representación mental del objeto (conocido) de un modo general y abstracto. Un concepto se distingue de una imagen en que ésta posee características concretas comunes con algún objeto determinado, mientras que el concepto sólo contiene características generales, esenciales y definitorias, obtenidas por abstracción. Tiene sus raíces en el verbo latino que significa conceptus, de concipere, «concebir»; en la tradición filosófica latina, «lo concebido por la mente».

® Robles, Alexis (2008). *Universidad de Carabobo*.

En cuanto atañe a procesos de G.C. en salud, una esfera gnoseológica o epistemológica se integran la información del pasado es decir aquella que contiene los antecedentes que explican como de manera recurrentemente se han venido repitiendo las enfermedades en los escenarios comunitarios, y se permitirían visualizar los pronósticos de comportamiento humano para el futuro. En el ámbito de un sistema abierto de gestión de conocimiento, la esfera gnoseológica o epistemológica actúa como un enfoque dinámico transdisciplinario según lo explica la figura 42.

FIGURA 42: Esfera Gnoseológica

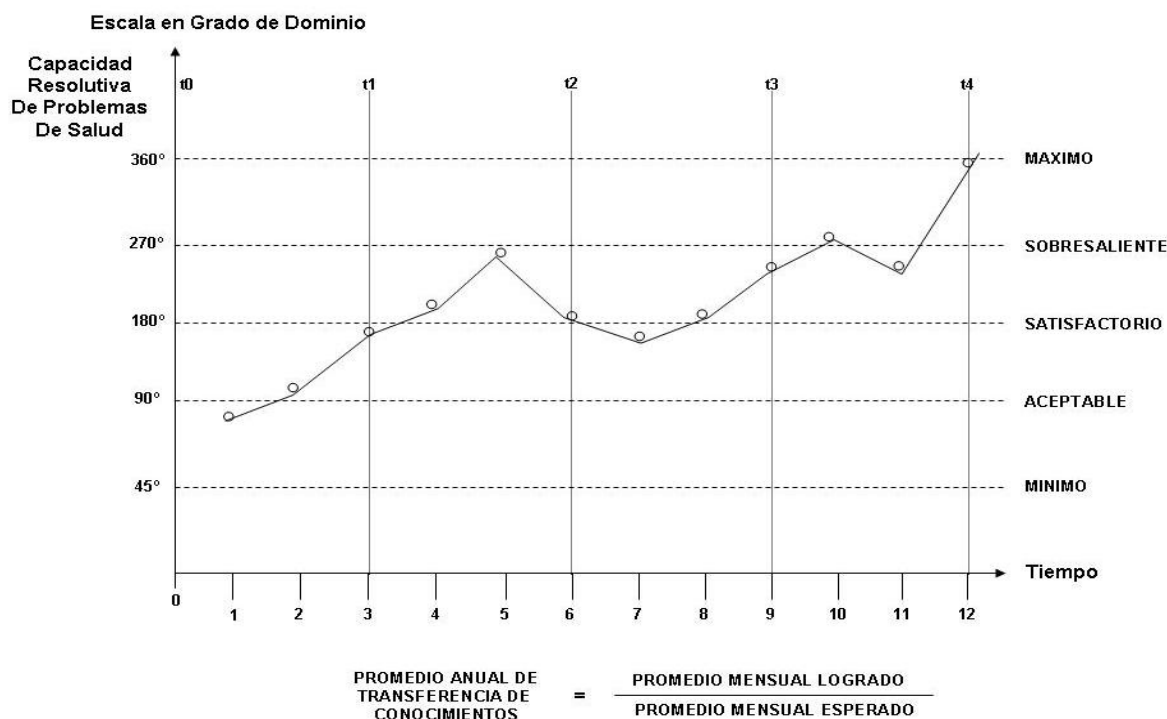


Fuente: Elaboración propia del autor, Robles 2008.

Esta esfera permite interpretar una trialectica (Conocimiento y/o conceptos, transferencia de información y tiempo) o modo de análisis que toma en cuenta los

sistemas de transferencias de conocimiento en un tiempo determinado, los cuales pueden ser estimado en: días, semanas, meses hasta un tiempo finito, dentro de espacios determinados mediante el desplazamiento de la información tal y como lo requieran las contingencias. De manera progresiva la información se transforma en una especie de ciclos energéticos que impulsan los nuevos saberes respecto a la salud y la vida en las comunidades, abriendo de este modo una posibilidad para que se entienda la sinergia del Mundo del CON y el cuidado de sí. Por su parte; la escala en grados de dominio, viene a ser una de las maneras posibles de hacer análisis para evaluar un sistema de gestión de conocimiento.

FIGURA 43: Presentación de Resultados de una Esfera Gnoseológica



Fuente: Elaboración propia del autor, Robles 2008.

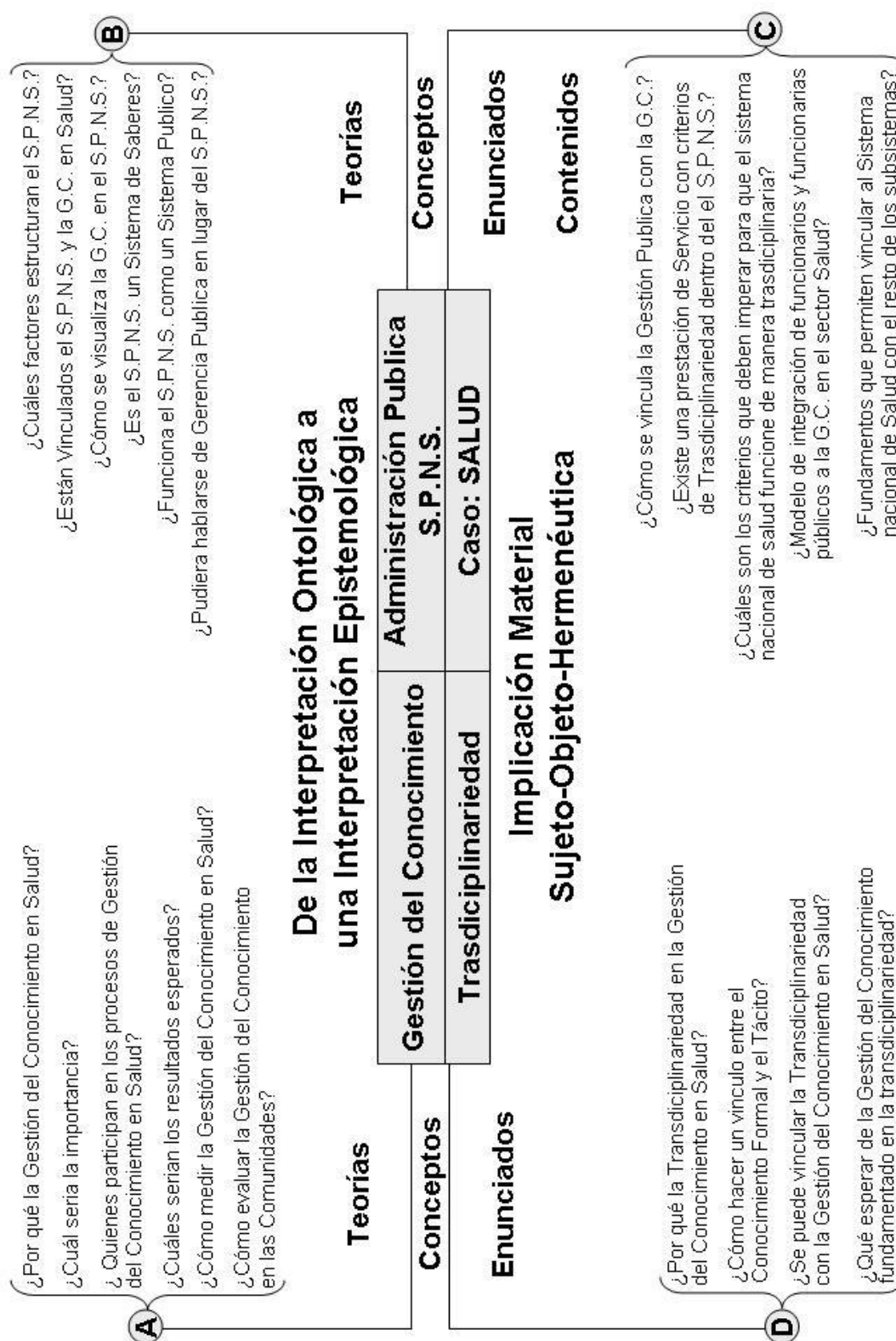
En la medida, que se haga la debida interpretación a los criterios aplicados en espacio y tiempo, teniendo como base una estructura compleja, fundada en componentes existenciales de diferenciación conceptual y saberes, la gradación en sí misma, reflejará en la esfera gnoseológica tanto el comportamiento del sistema

como los avances de usuarios y usuarias queda evidenciado que el modelo de evaluación, reflejado en la figura 45, puede ser aplicado a muchos otros componentes para interpretar de manera cualitativa aspectos implícitos como: Capacidad resolutoria de problemas de salud. Prevención de enfermedades. Valoración de la vida. Y promoción de la salud entre otros a partir de axiomas como <<el cuidado de sí y el Mundo del Con>>. El axioma Mundo del CON, tendrá que ser interpretado en sentido de una interrelación, lograda entre gestores del conocimiento con todo un esfuerzo comunitario, el cual debe y tiene que hacerse con las personas a fin de potenciar al ser, la salud y la vida.

Ortega y Gasset (1993.Pág.88), se permite discurrir respecto al ser y la vida, y admite que “vivir, no es más que tratar con el mundo. O el mundo del CON”. Esto permite aceptar el estudio de la persona como SER ontológico o ente que piensa, siente y actúa sobre la base de distintas formas de comunicación. Aceptándose así, que toda persona está sujeta a la vida, en tanto que la vida a su vez, depende de la salud, y ambas constituyen un binomio existencial, que permite a cada persona (sujeto), relacionarse e interactuar como componente existencial de un mismo contorno. Esto permite compartir la posición de Heidegger cuando refiere que lo ontológico equivale a «ser» y lo óntico le viene dado al «ente», de allí, cabe interpretar el ser óntico como: *la persona que está siendo, la que existe en sí misma como un continente de salud*. En síntesis, el presupuesto anterior fundado en la interpretación del ser óntico como un continente de salud, remite a revisar el modo como Aristóteles (1973. Págs. 247-248) percibe la imbricación que marca la trilogía conceptual filosófica entre: salud-alma-cuerpo. Así como la expresión “aquello por lo cual vivimos y sentimos” tiene dos sentidos diferentes. Aquella por lo cual sabemos; también designa dos cosas: por una parte, la ciencia, y por otra el alma, ya que tanto por la una como por la otra se dice que se sabe.

FIGURA 44: Matriz Erotética para Evaluar la Gestión del Conocimiento

Matriz Erotética para Evaluar la Gestión del Conocimiento



Fuente: Elaboración propia del autor, Robles 2008.

Esta conjetura, quedaría corroborada en una segunda acepción del verbo contaminar, referida a: alterar la forma de un vocablo o texto por la influencia de otro. Sobre estos presupuestos, algunas veces actúan quienes hacen la ciencia al fundamentar seudas teorías que les permiten hacer juicios de las cosas antes del tiempo oportuno, o sin tener de ellas cabal conocimiento. En consideración de esto, es clara la posición de Aristóteles (1973. Págs. 247-248) cuando admite. En el primer caso lo son de quien es capaz de ciencia; en el segundo, de quien es capaz de cuidar su salud”, ya que el acto del agente de cambio se realiza en el ser que padece y que sufre las modificaciones-, “porque, en fin, el alma es primordialmente aquello por lo cual vivimos, pensamos y sentimos, resulta que el alma viene a representar todo aquello cuanto la persona sea capaz de conocer”. Finalmente, monitorear y evaluar: el cuidado de sí, del otro y el mundo del CON, siempre y cuando sea sometido a: modelos, instrumentos y técnicas econométricas, estará predispuesto a incurrir en “equivocos” “subjetivistas” imputados por la teoría del cientificismo; según la cual, los únicos conocimientos válidos, son los que se adquieren mediante las ciencias positivas, donde la razón no tiene otro papel que el que representa en la constitución de las ciencias. Por tanto, se precisa confianza plena en los principios y resultados de la investigación científica, y práctica rigurosa de sus métodos.

CAPITULO VII

5.1 CONCLUSIONES

El planteamiento central de esta tesis, se circunscribe a determinar resultados en relación a su objetivo general el cual consiste en: ***formar los basamentos teóricos para estructurar un subsistema abierto de Gestión del conocimiento, que opere en las comunidades sobre la base de principios de recursividad y complejidad vinculados al Sistema Público Nacional de Salud.***

El primer objetivo específico por el que se condujo a esta investigación, radica en: ***Determinar la reciprocidad existente en las diversas corrientes de pensamiento que caracterizan la gestión del conocimiento transferida desde el Ministerio Del Poder Popular Para La Salud a las comunidades, en pro del fomento, promoción de la salud, y valoración de la vida.*** Como resultado de la revisión hecha en esta dirección se concluye.

5.1.1.- Históricamente en Venezuela, a todos los niveles de la prestación de servicios a la salud, se ha venido transfiriendo conocimiento sustentados en la corriente de pensamiento positivista, y en estrecha correspondencia con el paradigma epidemiológico el Modelo biologista-medicalista-curativo-restitutivo-intrahospitalario, cuyas características y finalidades, son ampliamente conocidas por; determinar resultados de morbilidad y mortalidad en un orden cuantitativos y en consecuencia de ello, hacer definiciones de la “salud”.

5.1.2.- De igual modo, se concluye que en Venezuela confluyen en cierta medida tres modelos de prestación de servicios a la salud: el Modelo Holístico Liberal, aplicado por organizaciones de carácter comercial privado. Modelo Médico Social, desarrollado en algunos centros “asistenciales” de carácter público. y el Modelo Holístico Social que se aplica a través la Misión Barrio Adentro.

Otro grupo de conclusiones, se corresponden con el segundo objetivo específico, el cual tiene como propósito: ***Analizar, los indicadores de salud que se plantean para el estudio de salud de las comunidades, con el propósito de ofrecer alternativas fundadas en promoción y valoración de la vida y la salud.*** De aquí se concluye:

5.2.1.- Se concluye, que por razones propias del paradigma cuantitativo positivista al cual pertenece el modelo biologista-medicalista-curativo-restitutivo-intrahospitalario, los indicadores de salud dependen básicamente de formulas usadas en la epidemiología clásica y por consecuencia de ello vienen siendo expresados en cantidades y constantes numéricas, obviando aspectos sociales de orden cualitativo como característica propia de las personas.

5.2.2.- Se concluye, que los resultados de cualquier trabajo o actividad realizados en las comunidades haciendo un uso exclusivo del paradigma cuantitativo no permite interpretar en toda su extensión la evolución o desarrollo de las personas o de los organismos humanos en materia de salud y valoración de la vida.

5.2.3.- Finalmente se concluye que, tanto: prevención de enfermedades promoción de la salud, y valoración de la vida obedecen en sí mismas a la ineludible condición humana que le es inmanente a las personas, y hasta ahora no existen instrumentos que permitan evaluarla y determinar resultados en un orden cualitativo.

Por su parte el tercer y último objetivo específico de este trabajo consiste en: ***proponer la separación entre la histórica medición epidemiológica que engloba salud-enfermedad a fin de fortalecer la valoración de la vida en un contexto de pensamiento crítico.*** A partir de este presupuesto, se logró establecer un debate argumentativo mediante la confrontación de varias posiciones respecto al tema, fundadas tanto en teorías como en corrientes de pensamiento se llega a las siguientes conclusiones.

5.3.1.- Se considera, que la medición epidemiológica es determinante para medir casos de morbilidad y mortalidad, más no así, para medir, cualificar y/o valorar la salud y por consiguiente a la vida.

5.3.2.- Dado que, los resultados de la epidemiología ante la salud ponderan la muerte como punto final de la existencia humana; y a partir de allí realmente no se pueden producir ningún tipo de cambios en la vida. En virtud de ello, se concluye que no se hace una medición objetiva de la salud.

5.3.3.- Se concluye que, existe la necesidad de desarrollar un nuevo episteme fundado en pensamiento crítico, que exija: identificar, criterios de: salud, vida, cuidado de sí y de los otros, desligados a su vez, del binomio <<enfermedad-muerte>> en la medida que reúna características cualitativas dirigidas a producir cambios en los determinantes de la salud propios del mundo de vida humana para fortalecer la valoración de la vida y por extensión a la salud pública y poblacional.

5.2 RECOMENDACIONES

5.2.1.1.- Se recomienda, implantar un Modelo de gestión que viabilice la transferencia de conocimiento destinado a sustituir el desfasado paradigma biologista-medicalista-curativo-restitutivo-intrahospitalario, que históricamente ha venido imperando en Venezuela, vinculado al paradigma epidemiológico, de cuyas características y finalidades, sólo se derivan resultados de morbilidad y mortalidad.

5.2.1.2.- Se recomienda, sustituir la transferencia de conocimiento fundada en la corriente de pensamiento positivista que favorece al Modelo Holístico Liberal. Y en contraste promover la corriente humanista en la que se apoyan los Modelos Médico Social y Holístico Social; por considerar, que serían ideales para dispensar servicios de salud más humanizada a las personas.

5.2.2.1.- Se sugiere implantar un modelo de gestión fundado en medicina social-participativa, vinculado a la salud comunitaria que promueva un tratamiento más humanizado a los indicadores de salud; para que en un orden cualitativo, logre hacer deslindes necesarios tanto con las bases de datos numéricas, como de la epidemiología clásica; los cuales de plano, representan un componente importante y decisivo del paradigma cuantitativo-positivista aliado del curativo-restitutivo.

5.2.2.2.- Asumida la calidad de vida, como un compendio de acciones humanas y sociales que trascienden los factores de índole económica; se recomienda que en su determinación, deban ser incluidas variables con características de orden humano-comportamental junto a las econométricas.

5.2.2.3.- Ante el uso exclusivo del paradigma cuantitativo, con la pretensión de explicar en toda su extensión la evolución o desarrollo de las personas o de los organismos humanos; se recomienda establecer criterios de orden cualitativo, que faciliten la interpretación de conductas respecto a la preservación de la salud y valoración de la vida.

5.2.2.4.- Se recomienda desarrollar instrumentos que permitan evaluar, valorarla y determinar resultados en un orden cualitativo que además incluya criterios de: salud pública y poblacional, promoción de la salud, valoración de la vida y cuidado de sí, porque ambos en sí mismos obedecen a la ineludible condición humana que les son inmanentes a las personas

5.2.3.1.- Se recomienda ampliar criterios de: investigación, evaluación y reproducción de nuevos conocimientos que hagan posible contrarrestar las causas que comúnmente afectan la existencia humana; y en esa dirección, se alcance a desarrollar un nuevo episteme fundado en pensamiento crítico, que exija identificar, criterios de salud, desligados de la enfermedad y potenciadores de la vida en un orden social comunitario y participativo.

REFERENTES

- ACKOFF, Russel L. (2002). El Paradigma De Ackoff Una Administración Sistémica. Editorial Limusa Wiley. México.
- ADAM, Félix. (1984). La Teoría Sinérgica Y El Aprendizaje Adulto. Revista de Andragogía N° 1. INSTIA. Caracas, Venezuela.
- ÁLVAREZ, R. Víctor y RODRÍGUEZ A., Davgla (2003). Temas de Formación Socio Política del Sector Ciencia y Tecnología a la Sociedad del Conocimiento. UCAB N° 38. Caracas.
- ÁLVAREZ, Sintés. (2001) Temas de Medicina General Integral. Volumen I Salud y Medicina. La Habana, Cuba.
- ALLES, Martha Alicia. (2005) Diccionario De Comportamientos Gestión Por Competencias. Editorial Granica. Buenos Aires Argentina.
- ALLES, Martha Alicia. (2003-2005). Diccionario De Preguntas. Gestión Por Competencias. Editorial Granica. Buenos Aires Argentina.
- ALLES, Martha Alicia. (2005). Desempeño Por Competencias Evaluación de 360°. Editorial Granica. Buenos Aires Argentina.
- AMARO, B. M. Javier y Rojas T. Antonio. (2007) Redacción para universitarios. Quinta edición. Editorial Limusa. México.
- ANDER-Egg, Ezequiel (2001). Métodos Y Técnicas De Investigación Social. Acerca Del Conocimiento Y Del Pensar Científico. Editorial Lumen Humanitas, Buenos Aires República de Argentina.
- APPIGNANESI, Richard y Chris Garratt. (1997) Postmodernismo para Principiantes. Editorial Era Naciente SRL. Buenos Aires Argentina Marzo,
- ARANDA, Pastor José. (1.991) Epidemiología General. Universidad De Los Andes. Consejo De Publicaciones. Mérida Venezuela.
- ARELLANO, G (2004). Gestión Estratégica para el Sector Público. Del Pensamiento Estratégico al cambio Organizacional. Fondo de Cultura Económica. México.
- ARGÜELLES, Antonio. Compilador. (2000) Competencia Laboral y Educación Basada en Normas de Competencia. LIMUSA NORIEGA EDITORES. México D.F.
- ARGYRIS, Chris y Otros. Gestión del Conocimiento (2000) Un Enfoque Clave para el Aprendizaje de los Directivos. HARVARD Business Review. Ediciones Deusto, España

- ARISTÓTELES, (1973) Obras Filosóficas. Grolier Jackson. México.
- ARISTÓTELES, (2001) Obra Selecta. Ética Metafísica. BROSMAC, Madrid España.
- BALESTRINI, Miriam. (1999) El Discurso Médico en el Capitalismo. Algunas de sus Premisas Constitutivas. Servicio Editorial Consultores Asociados BL. Caracas, Venezuela.
- BALLINA, Ríos (2000) Teoría De La Administración. Un Enfoque Alternativo. Editorial Mc. Graw Hill. México.
- BARRAGÁN, L. Hernando. (1977) Epistemología, Universidad Santo Tomas. Bogotá Colombia.
- BECERRA. Naranjo Arcángel. (2000) Tesoro de la Investigación Académica Universitaria. Imprenta del Instituto Pedagógico de Caracas Venezuela.
- BELLO, Freddy y Marcano C. María. (1998) Socio Antropológica (S) de la Pobreza ante la Enfermedad. (La Comunidad y sus mecanismos de acción) Publicaciones de La Universidad de Carabobo.
- BERTALANFFY, Ludwig Von. (2004) Teoría General de Sistemas. Fondo de Cultura Económica, Decimosexta reimpresión. México.
- BLANCHARD, Ken y Michael O'Connor (1997) Administración Por Valores. Grupo Editorial Norma, Bogotá Colombia.
- BOISVERT, (2004) La Formación del pensamiento crítico. Fondo de Cultura Económico. México.
- BOLETÍN, De La Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 110, N° 5, Washington, DC. Mayo de 1991.
- BORDIEU, Pierre y otros (2.000) El Oficio Del Sociólogo. Editorial Siglo XXI, Primera edición en español, 1975, vigésimo segunda Edición en español, 2000.
- BOUTANG, Y. Moulrier, Corsani, A. Lazzarato M. Capitalismo Cognitivo. Propiedad Intelectual y Creación Colectiva. Editorial Traficantes de Sueños. Madrid España, 2004.
- BOYETT, Joseph, Jimmie Boyett. (2001) Lo Mejor De Los Gurús. Gestión 2000. Barcelona España.
- BRACHO, Frank. (1992) Salud Ambiente Economía. Hacia Un Paradigma De Desarrollo Humano. Ediciones Vivir Mejor. Caracas Venezuela.

- BRACHO, Jorge. (1995) El Positivismo Y La Enseñanza De La Historia En Venezuela. Fondo Editorial Tropykos. Caracas, Venezuela.
- BREILH, Jaime. (1997) Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación. Guía pedagógica para un taller de metodología. Tercera Edición. Centro de Estudios y Asesoría en Salud, Quito Ecuador.
- BRICEÑO, León. (Compilador) (1999) Ciencias Sociales Y Salud En América Latina Un Balance. Fundación Polar. LACSO. Caracas.
- BUNGE, Mario. (1993). La Investigación Científica. Editorial Ariel, Barcelona España.
- CAMACARO, Marbella. (2000) La Experiencia Del Parto. Proceso de La Mujer o Acto Médico. Universidad de Carabobo Facultad de Ciencias de La Salud. Unidad de Investigación y Estudios de Género "Bellacarla Jirón Camacaro" Núcleo Aragua. Maracay
- CAMPBELL, y Stanley (1993). Diseño Experimentales y Cuasiexperimentales en la Investigación Social. Editorial Amorrurtu Editores. Argentina.
- CAMPBELL, Tom (1999). Siete Teorías De La Sociedad. Ediciones Cátedra. Madrid España.
- CASTORINA, José Antonio. (Compilador) (2003) Representaciones Sociales. Problemas Teóricos y Conocimientos infantiles. Editorial Gedisa. Barcelona España.
- CEJAS, Magda F. (2004). La Formación como Factor Estratégico en las Organizaciones. Tesis Doctoral. Barcelona. España
- CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. 1999.
- CONTRERAS. De Ussher. (2005). Glosario Y Formulario De Administración Financiera. Universidad de Los andes Consejo de Publicaciones. Consejo de Postgrado. Consejo de Estudios de Postgrado. Comisión de Desarrollo de Pregrado (CODEPRE) Consejo de Desarrollo Científico, Humanístico y Tecnológico
- CORIAT, Benjamín. (1982). El Taller Y El Cronometro. Ensayo sobre el taylorismo, el fordismo y la producción en masa. Siglo Veintiuno Editores 12° Edición, México.
- CORIAT, Benjamín. (2000). Pensar Al Revés. Trabajo y organización en la empresa japonesa. Siglo Veintiuno Editores, 5° Edición, México.
- CORTÉS, Morató Jordi y Martínez Riu Antoni. (1996-98) Diccionario de Filosofía en CDROM. Empresa Editorial Herder S.A., Barcelona.

- DAVIS. Robert H. Lawrence T. Alexander y Yelon Stephen. (1997) Diseño De Sistemas De Aprendizaje. Editorial Trillas. México.
- DE PEDRO, Manuel. (2008) Comentarios A La Ley Del Estatuto De La Función Pública . Editorial Vadell Hermanos, Valencia Estado Carabobo, Venezuela.
- DE LA FUENTE, Arias Jesús. (1999). Educación Para La Construcción Personal. Editorial Desclée de Brouwer, S.A. Zarautz, España.
- DEL OLMO, Elvia. (1984) Métodos Prospectivos. Colección Jorge Ahumada 1. CENDES publicaciones, Vadell hermanos Editores C.A. Caracas Venezuela.
- DEL PERCIO, Enrique. (2000).Tiempost modernos, Grupo Editor Altamira. Buenos aires Argentina.
- DE VIANA, Mikel, S.J. y Otros. (2002) Ser Persona. Cultura, Valores y Religión. Universidad Católica Andrés Bello. Caracas Venezuela.
- DIÉGUEZ, José Alberto y otros (1998) Promoción Social Comunitaria. Editorial Espacio, Buenos Aires Argentina.
- DUVAL, Raymond. (1999) Semiosis y Pensamiento Humano. Registros semióticos y aprendizajes intelectuales. Universidad del Valle. Santiago de Cali Colombia.
- EISNER, Elliot W. (1987) Procesos Cognitivos y Currículum. Una base para decidir lo que hay que enseñar. Ediciones Martínez Roca, S.A. Barcelona España.
- EL GRUP, d' "Estudis sociològics sobre la Vida quotidiana I el Treball. (2000) La Formación Para El Empleo? Editó El Consejo Económico y Social, Madrid España.
- ELORDUY, T. Juan Manuel. (1998) Manual De La Eficacia. Editorial Everest. Barcelona España.
- FERNÁNDEZ, Ríos Manuel. (1999) Diccionario de Recursos Humanos. Organización y Dirección. Ediciones Díaz de Santos S.A. Madrid.
- FEYERABEND, Paúl K. (1984) Contra El Método, Esquema De Una Teoría Anarquista Del Conocimiento. Ediciones Orbis, S.A. Barcelona. España.
- FIMIANI, Mariapaola, (2006) Foucault y Kant. Crítica Clínica Ética. Monte Ávila Editores. Latinoamericana. Caracas Venezuela.
- FLETCHER, Shirley. (2.000) Análisis de Competencias Laborales. Editorial Panorama. México D.F.
- FLETCHER, Shirley. (2.000) Diseño de Capacitación Basada en Competencias Laborales. Editorial Panorama. México D.F.

- FOUCAULT, Michel. (2002) La Hermenéutica Del Sujeto. Fondo De Cultura Económica México, D.F.
- FOUCAULT, Michel. (2006) El Nacimiento De La Clínica. Una Arqueología De la Mirada Médica. Editorial Siglo Veintiuno.
- FOUCAULT, Michel. (2006) La Arqueología Del Saber. Editorial Siglo Veintiuno.
- FOLLARI, Roberto. (1998) Sobre la Desfundamentación Epistemológica Contemporánea. Centro de Investigaciones Post-Doctorales N° 2. UCV. Caracas.
- FREIRE, Paulo (1970) Pedagogía Del Oprimido. Siglo Veintiuno Argentina Editores S.A.
- FREIRE, Paulo (2005) La Educación Como Práctica De La Libertad. Siglo Veintiuno Argentina Editores S.A.
- FREIRE, Paulo (2006) Pedagogía De La Autonomía. Saberes Necesarios Para La Práctica Educativa. Siglo XXI Editores S.A. México.
- FRONDIZI. Risieri. (2004) ¿Que son los valores? Decimonona Reimpresión. Fondo De Cultura Económica. México DF.
- FRONDIZI. Risieri. (2005) Introducción A Los Problemas Fundamentales Del Hombre Segunda Reimpresión. Fondo De Cultura Económica. México DF.
- FUNDACIÓN. Herrera Luque (1996). Balance Del Siglo XX Venezolano. Editorial Grijalbo. Caracas, Venezuela.
- GADAMER, Hans-Georg. (2007) El Giro Hermenéutico. 3º Edición. Ediciones Cátedra. Madrid, España.
- GAGNÉ, M. Robert y Briggs. (1.996). La Planificación De La Enseñanza. Sus Principios. Editorial Trillas, México.
- GARCIA, Rolando. (2000) El Conocimiento en Construcción. De las Formulaciones de Jean Paiget a la Teoría de sistemas complejos. Editorial Gedisa. España.
- GALLEGO. Badillo Rómulo. (1999) Competencias Cognoscitivas. Un enfoque epistemológico, pedagógico y didáctico. Cooperativa, Editorial Magisterio. Santa Fe de Bogotá, Colombia.
- GEAR, María C. Y Liendo Ernesto C. (1974) Semiología Psicoanalítica. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires Argentina.
- GÓMEZ, De La Vega (1992) Tesoro-Glosario De Términos. Instituto De Relaciones Integrales, Caracas Venezuela.

- GUTIERREZ, Pantoja Gabriel. (1984) Metodología de las Ciencias Sociales – 1. Colección de textos universitarios en Ciencias sociales. México.
- HABERMAS, Jurgen. (2000) La Lógica De Las Ciencias Sociales. Editorial Tecno, Madrid, España.
- HABERMAS, Jurgen. (2001) Teoría de la Acción Comunicativa. Editorial Taurus, España.
- HARVARD, Business Review. (2000) Gestión del Conocimiento. Ediciones Deusto, España.
- HAYMAN, Richard. (S/F) Los Sindicatos y la desarticulación de la clase obrera.
- HEIDEGGER, Martin (1974) El Ser Y El Tiempo, Editorial Fondo de Cultura Económica, México 5ª edición.
- HESSEN, J. (1981) Teoría del Conocimiento. Editores Mexicanos Unidos S.A. 5ta. Edición.
- HERNANDEZ y otros (1995). Metodología de la Investigación. Editorial Mc Graw Hill. México.
- HERNANDEZ y otros (2003). Metodología de la Investigación. Editorial Mc Graw Hill. México.
- HERNANDEZ y otros (2006). Metodología de la Investigación. Editorial Mc Graw Hill. México.
- HONIG, Werner K. (1975) Conducta Operante. Editorial Trillas. México.
- INSTITUTO, Nacional de Estadística, PNUD. (1999) Índice y Entorno del Desarrollo Humano. Venezuela.
- INSTITUTO, Nacional de Estadística, PNUD. (2001) Índice y Entorno del Desarrollo Humano. Venezuela.
- INSTITUTO, Nacional de Estadística, PNUD. (2004) Índice y Entorno del Desarrollo Humano. Venezuela.
- HOPENHAYN, Martín. (2001)Repensar el Trabajo, Grupo Editorial Norma, Buenos Aires Argentina, Mayo.
- KAPLAN, Robert S. y NORTON (2004) David. Mapas Estratégicos. HARVARD Business School Publishing Corp. Ediciones Gestión 2000. Barcelona, España.
- KLIKSBERG, Bernardo (Compilador) (1994) El Desarrollo Humano En Venezuela. PNUD Monte Ávila Editores Latinoamericana. Caracas.

- KLIKSBERG, Bernardo (Compilador) (2000) Capital Social Y Cultura: Claves Estratégicas Para El Desarrollo. BIB. Fundación Felipe Herrera. Universidad De Meryland. Fondo De Cultura Económica.
- KLIKSBERG, Bernardo (2001) El Capital Social. Universidad Metropolitana. Editorial Panapo
- KLIKSBERG, Bernardo (2004) La Ética Y El Capital Social Cuentan. Universidad De Carabobo Ediciones De FACES.
- KORNBLITH, Miriam y MAINGON, (1985) Thais. Estado y Gasto Público en Venezuela 1936-1980. UCV. Caracas.
- LANZ, Rigoberto (Compilador). (2000) Organizaciones Transcomplejas. IMPOSMO / CONICIT. Caracas, Venezuela
- LEY, Del Estatuto De La Función Pública. Año 2.002
- LEY, De La Función Pública de Estadística. Eduven. Caracas, Venezuela, 09 de Noviembre de 2001.
- LÓPEZ, Campos, Jordi e Isaura, Leal Fernández. (2002)Como Aprender en la sociedad del Conocimiento. Editorial Gestión 2000. Barcelona España.
- LÓPEZ, Jesús. (2006) Planificación Y Gestión Pública. CENDES. Universidad Central de Venezuela. Caracas.
- MAHNER, Martin y Bunge M. (2000) Biofilosofía, Fundamentos de. Editorial Siglo Veintiuno, México.
- MAFFESOLI, Michel. (2005) El Conocimiento Ordinario, Compendio de Sociología Editorial Fondo de Cultura Económica, México.
- MALAGÓN. L. y Galán Morera (2005) La Salud Pública Situación Actual Propuestas Y Recomendaciones. Editorial Médica Panamericana. Bogotá Colombia.
- MANZANILLA, Sáez Orestes G. editor (2005) Gerencia De La Participación Ciudadana. (Una visión Integralista) Caracas Venezuela.
- MARAGNO, Gipardio Paolo. (2002) Estrategias De Transferencias Y Difusión De Conocimiento Desde Las Universidades. CENDES, Universidad Central de Venezuela
- MARIAS, Julián. Historia de la Filosofía. (2001)Editorial Alianza. 4ta. Reimpresión. Salamanca, España.
- MANCUSO, Hugo R. (2001). Metodología De La Investigación En Ciencias Sociales. Lineamientos teóricos y prácticos de semioepistemología. Colección Paidós Educador. Editorial Paidós, Buenos Aires Argentina.

- MÁRQUEZ R, Omar A. (2000). El Proceso De Investigación En Las Ciencias Sociales. Ediciones de la Universidad Ezequiel Zamora, Colección Docencia Universitaria, Barinas.
- MARTÍNEZ, Armando L. (1998) Historia, Sociedad y Política. Reflexiones sobre América Latina y Venezuela. Publicaciones de la Universidad. De Carabobo. Valencia, Venezuela.
- MARTÍNEZ, Miguélez, Miguel. (2006) Comportamiento Humano. Nuevos métodos de investigación. –2° edición—México, Editorial Trillas.
- MARTÍNEZ, Miguélez, Miguel. (2006) Ciencia Y Arte En La Metodología Cualitativa. –2° edición—México, Editorial Trillas.
- MARTÍNEZ, Miguélez, Miguel. (2007) El Paradigma Emergente: hacia una nueva teoría de la racionalidad científica. –2° edición—México, Editorial Trillas.
- MATURANA R., Humberto y Varela G. Francisco. (2003) El Árbol del Conocimiento. Editorial Universitaria. Buenos Aires: Lumen 2003.
- MAZA, Zavala Domingo Felipe y Otros.(1996) Balance del Siglo XX Venezolano. Fundación Francisco Herrera Luque. Editorial Grijalbo. Caracas.
- MÉDA, Dominique. (1998) El Trabajo. Un valor en peligro de extinción. Editorial Gedisa. México.
- MEDINA, Oscar. (2006) Artículo: Expediente. Publicado el domingo 21 de mayo en el Diario El Universal, cuerpo 2, Página 2.
- MENDEZ, C Hernán. (1985) Aproximación A La Salud De La Venezuela Del Siglo XXI. Cuadernos Lagoven. Serie Siglo XXI. Caracas Venezuela
- MOKATE, Karen Marie. (1999) Ciencias Sociales Y Salud En América Latina Un Balance. Trabajo compilado por Roberto Briceño León. Fundación Polar LACSO. Caracas Venezuela,
- MONTMOLLIN, Maurice. (1996) Introducción a la Ergonomía. Editorial LIMUSA. México DF.
- MORFAUX, Louis Marie. (1985) Diccionario de Ciencias Humanas. Ediciones Grijalbo S.A. Barcelona, España.
- MORENO, Alejandro Dr. (2005) Seminario de Investigación V. Doctorado en Ciencias Sociales, Mención Estudios del Trabajo. Universidad de Carabobo. Valencia
- MORIN, Edgar. (1999) El Método III. El conocimiento del conocimiento Segunda Impresión. Ediciones Cátedra, Madrid España.

- MORIN, Edgar, (2000) Los Siete Saberes Necesarios a la Educación. UNESCO, FACES U.C.V. CIPOST, Caracas.
- MORIN, Edgar. (2001) El Método IV. Las ideas. Su hábitat, Su vida, Sus costumbres, Su organización. Ediciones Cátedra. Madrid, España. Tercera edición.
- MORIN, Edgar. (2003) Introducción Al Pensamiento Complejo. Sexta Impresión. Editorial Gedisa, Barcelona España.
- MORIN, Edgar. (2003) Educación Para La Era Planetaria. Editorial Gedisa, Barcelona España.
- MORIN, Edgar. (2006) El Método 6 Ética. Editorial Cátedra, Madrid, España.
- CHARLITA, Muños Rubén. (1976). Metodología Y Práctica Del Desarrollo De La Comunidad. Talleres Tipográficos de Miguel Andel García. Caracas, Venezuela.
- MUÑOZ, Jacobo y Julián Velarde. (2000) Compendio de Epistemología. Editorial Trotta, Madrid.
- NADLER, Gerstein, Shaw y Asociados. (1998) Arquitectura Organizativa. Editorial GRANICA. Barcelona (España).
- NIETO, Echeverry Raúl E. (2006). El Cambio Y El Sentido De Lo Irracional. Incertidumbre. Complejidad Y Caos. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá Colombia.
- NONAKA, Ikujiro y Otros (2000). Gestión del Conocimiento: La Empresa Creadora de Conocimiento. HARVARD Business Review. Ediciones Deusto, España.
- ORTEGA, y Gasset José. (1993). La Rebelión de Las Masas. Editorial Altaza, Barcelona España.
- OSLAK, Oscar. (2003) Retos de la Profesionalización de la Función Pública CLAD. Caracas Venezuela.
- PACHECO, Hellal Edilberto y Orellana Torrealba José (Compiladores). (1996) Cuadernos de Postgrado Número 12. Pensamiento Alternativo En Salud. Fondo Editorial Tropykos
- PADRÓN, Guillén José. (1996) Análisis del Discurso e Investigación Social. Temas para seminarios. Publicaciones del Decanato de Postgrado de La Universidad Nacional Experimental Simón Rodríguez. Caracas, Venezuela
- PAKMAN, Marcelo. (1997) Construcciones De La Experiencia Humana. Volumen II, Editorial Gedisa. Barcelona, España.

- PARRA, Gabriel. Y Agustín Martínez A. (2004) Educación Y Utopía. Redes de Pensamiento. Unidad, diversidad y complejidad de la investigación educativa. OPSU. USR. Serie de Proyectos de Chuquisaca N° 1.
- PELUFFO. A, Beatriz y Catalán C, Edith. (2002). Introducción A La Gestión Del Conocimiento Y Su Aplicación Al Sector Público. Instituto Latinoamericano Y Del Caribe De Planificación Económica Y Social – ILPES- Naciones Unidas- CEPAL- ECLAC.
- PELLEGRINI Alberto Naomar de Almeida James Trostle (2007). La investigación en Salud en América Latina y el Caribe tendencias y desafíos.
- PEÑALOSA, Ramella Walter. (1995) El Currículo Integral. Universidad Del Zulia, Vicerrectorado Académico. Maracaibo, Estado Zulia Venezuela.
- PEREDA, Marín, Santiago. (1993) Ergonomía: Diseño del Entorno Laboral. Editorial EUDEMA S.A. Salamanca (España)
- PINEDA, Pilar. (2002) Pedagogía laboral. Ariel Educación. Barcelona España.
- REID, Daniel. (1994) Los Tres Tesoros De La Salud. Editorial Urano. Barcelona España.
- RICOUER. Paul. (2006) Teoría De La Interpretación Discurso y excedente de sentido. Editorial Siglo XXI.
- RIERA, Castellanos, Mirtha María y Otros (1998) Avances en la Salud Pública. MSAS. Dirección General Sectorial de Salud. Caracas.
- RIOS, Castilla. (1997) Epistemología, Fundamentos Generales. Universidad Santo Tomas. Santa Fe de Bogotá.
- RIVAS, Román Mylene F. (Parra y Martínez, Editores) (2004) Desarrollo Humano, Nuevo Patrón Tecnológico Y Cambio Social. Redes de Pensamiento. Unidad, diversidad y complejidad de la investigación educativa. OPSU. USR. Serie de Proyectos de Chuquisaca N° 1.
- RIVERO, Mendoza Carmen Irene. (2006) la otra pobreza: EL PROCESO DE EMPOBRECIMIENTO. Un modelo de tesis doctoral.
- RODRÍGUEZ, Gallad, Irene. (1974) El Petróleo en la Historiografía Venezolana. UCV – FACES. Caracas.
- RODRÍGUEZ, Estrada Mauro y Patricia Ramírez Buendía. (1990) Administración De La Capacitación. McGraw Hill. México.
- ROJAS, Manuel. (2007) La Ética En La Administración Pública, y el Código De Conducta De Los Servidores Públicos. Editado por FUNEDA, Fundación De Estudios De Derecho Administrativo. Caracas, Venezuela.

- RUBIO, Cebrian Santiago. (1995) Glosario de Economía de la Salud. Ediciones Díaz de Santos. Madrid España.
- RUI, Federico. (1981) Usos y Abusos del Concepto de Alineación. Monte Ávila Editores.
- SABINO, Carlos y otros. (1991) Diccionario De Economía Y Finanzas. Editorial Panapo. Caracas.
- SCHLEMENSON, Aldo. (2002). La Estrategia Del Talento. Alternativas para su desarrollo en organizaciones y empresas en tiempo de crisis. Editorial Paidós. Buenos Aires Argentina.
- SENGE, Peter y otros (1995) La Quinta Disciplina. Editorial Granica, Buenos Aires Argentina.
- SIERRA, B. Restituto (1994). Técnicas de investigación social. Teoría y Ejercicios. Novena Edición Editorial Paraninfo. Madrid.
- SIERRA, B. Restituto (1995). Tesis Doctorales y Trabajos de Investigación Científica. Editorial Paraninfo. Madrid.
- SILVA. Díaz (2006) Bitácora De Un Viaje Por La Gerencia Social CENDES. Universidad Central de Venezuela.
- SIMMEL, Georg. (2001) Intuición De La Vida. Grupo Editor Altamira. Buenos aires Argentina.
- SUÁREZ, de Peñalosa Libia (2006) Sociedad Civil Y Participación Ciudadana (Una Forma De Dinámica Social) Fondo Editorial De La Universidad Del Táchira.
- TABA. Hilda. (1980). Elaboración Del Currículo. Editorial Troquel. Buenos Aires Argentina.
- TAMAYO Y Tamayo, Mario (2004). Diccionario De La Investigación Científica. Editorial Limusa, México.
- THUROW, Lester C. (1996) El Futuro del Capitalismo. Javier Vergara Editor S.A. Buenos Aires.
- TOBÓN, Tobón Sergio, (2004) Formación Basada En Competencias. Pensamiento Complejo, Diseño Curricular Y Didáctica. ECOE Ediciones. Bogotá, Colombia.
- TOURAINÉ, Alain. (2002) Crítica de la Modernidad, Fondo De Cultura Económica, México.
- UGAS, F. Gabriel. (2006) La Complejidad Un Modo De Pensar. Impreso en Lito-Formas. San Cristóbal Edo. Táchira. Venezuela.

- ULRICH, Dave. (2000) Evaluación de Resultados. Editorial GRANICA. Barcelona España.
- VALERA, V. Gregorio y Madriz Gladis (2005) Una Hermenéutica De La Formación De Sí. CDC, Universidad Central de Venezuela.
- VAN. Gigch, John P. (2001) Teoría General De Sistemas. Editorial Trillas, México.
- VATTIMO, Gianni. (1998) (Compilador) La Secularización de la Filosofía. Editorial Gedisa. Barcelona, España.
- VILLEGAS, Mujica. (1998) María. Principios Epistemológicos de la Sociología. Ediciones de la Universidad Ezequiel Zamora, Colección Docencia Universitaria, Barinas.
- WEBER, Max (1967) El Político y el Científico. Editorial. Alianza, Madrid.
- WILLIAMS, Raydmond, (1967) Palabras Claves Un Vocabulario. De La Cultura
- YUREN, C. María Teresa. (2000) Leyes Teorías Y Modelos. Editorial Trillas, México.
- YOSHIDA, Kosaku. (1992) Implantación de la Filosofía de Administración de DEMING. Universidad de California (USA).

DIRECCIONES ELECTRONICAS

- ARMAS, Virgilio y José Malavé. Modas Gerenciales en www.angelfire.com, Consultado el 25 / 10 / 07. 12:07Pm.
- CENTRO, Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (clad). Informe Anual Documento en línea <http://www.clad.org.ve>, consultado en fecha 30/6/2006
- CENTRO Internacional de Investigación y Desarrollo IDERC (2007). (<http://www.idrc.ca/es/pelleagri@paho.org>)
- COEFICIENTE Intelectual <http://es.test-de-inteligencia.Centraltest.com>).
- DE EPISTEMES Y PARADIGMAS. Ética focultiana de epistemes y paradigmas. blogspirit.com, consultado el 13/05/2007.
- Díaz Inchicaqui Miguel **Quipukamayoc** UNMSM. Facultad de Ciencias Contables **ISSN** versión electrónica 1609-8196 consultado en [http. //sisbib.unmsm.edu.pe](http://sisbib.unmsm.edu.pe) consultado el 06/06/2008.

- ESCORSA P. R. Maspons y M. Rodríguez. Mapas Tecnológicos, Estrategia Empresarial Y Oportunidades De Mercado. El Caso De Los Textiles Para Usos Médicos. Trabajo De Divulgación Presentado en 2000.05. 25. consultado en <http://upcommons.upc.edu> Mayo 25 de 2008.
- FRANCO, Álvaro. Tendencias y teorías en salud pública (2006) Documento en línea <http://www.revmedunal.edu.co>. Trabajo de divulgación presentado el 7 de diciembre del 2005. Aceptado: 7 de noviembre de 2006.
- FUNDACIÓN, Venezolana de Promoción del investigador (2006). Documento en línea <http://www.ppi.org.ve>, consultado en fecha 20/05/2006.
- KOMPLEXBLOG.BLOGSPOT.COM. El Medico y La Máquina. Consultado el 27/04/2007.
- MARTÍNEZ, P. Alexander y Sarmiento Malvi T. (2005) Capital Humano y Crecimiento Económico en Venezuela. www.eumed.net/libros/2005/mpst.
- MINISTERIO, de Planificación y Desarrollo. Informe Semestral, Documento en línea <http://www.mpd.gov.ve>, consultado en fecha. 30/6/2006
- Modelo Salutogénico htm. (18/12/2007).
- PERETTI, de Cristina. Derrida en Castellano. Deconstrucción, <http://www.jacquesderrida.com.ar> Consultado el 13/05/2007.
- QUEIROZ, Bossi. Y otros. (2006) El Capital Intelectual En El Sector Público. Tomado de <http://www.redinterlocal.org>, Consultado el 02/12/2007.
- SILVA, Carmen y MARTINEZ, María Loreto. Empoderamiento: Proceso, Nivel y Contexto. *Psykhé* [online]. 2004, vol. 13, no. 2, pp. 29-39. ISSN 0718-2228. Tomado de [http:// Scielo.cl](http://Scielo.cl) Consultado el 02/12/2007.
- TARSKI, Alfred. (1989) Estudios. Filosofía-Historia-letras. Otoño. [http:// biblioteca.itam.mx](http://biblioteca.itam.mx). Consultado en fecha 24/ 11/ 2007.

INDICE DE REVISTAS Y OTRAS PUBLICACIONES

- AVEPSO. M. Contasti. (1983) Algunos Problemas Metodológicos De La Medición En La Investigación Social. Asociación Venezolana De Psicología. Fascículo 1. Caracas Venezuela
- BAPTISTA, Asdrúbal (2005) CENDES. Año 22, Tercera Época, Set-Dic. 2005. Caracas.
- CABRERA, Gustavo, Tascón J. Lucumí D. (2001) Creencias En Salud: Historia, Constructos Y Aportes Del Modelo. Revista de La Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad del Valle. Cali Colombia. 19 (1):91-101.
- CALVENTUS, J. (2000) La Lógica Borrosa Como Aporte A Una Nueva Epistemología

- En Ciencias Sociales: Una Aproximación Conceptual. Revista Psicología, Vol. I, Tomo 2. Universidad Católica del Norte. Fac. Humanidades. Escuela de Psicología Antofagasta, Chile.
- DEBATES IESA. (2000) La Gerencia Y Sus Modas. Volumen VI, Número 1. Edición Especial 35º Aniversario, Caracas Venezuela.
- DELGADO. Cecilia Y Otros (1987) Salud Y Organización Popular (Experiencias De Trabajo Psicosocial Comunitario) AVEPSO. Asociación Venezolana De Psicología Social. Fascículo 4, Caracas Venezuela.
- De LISIO, Antonio. (1999) Las Insuficiencias de La Ciencia Analítica y La Transdisciplinariedad Ambiental Como Alternativa. Relea, Revista Latinoamericana de Estudios Avanzados. Universidad Central de Venezuela. Caracas.
- De NÚÑEZ. Gisela. Y Otros (1980) Lineamientos Y Procedimientos Programáticos De La División De Promoción En Salud. Ministerio De Sanidad Y Asistencia Social Dilección De Bienestar Social División De Promoción En Salud. Caracas Venezuela.
- HSD/SILOS-7, (1990) Desarrollo Y Fortalecimiento De Los Sistemas Locales De Salud. OPS. OMS. Washington, D.C.20037, USA.
- I Jornadas Nacionales De Medicina Simplificada XXX, (1992). Aniversario Del Programa Nacional De Medicina Simplificada Desarrollo Histórico. Puerto Ayacucho – Estado Amazonas – Venezuela.
- OEA, (Organización de Estados Americanos). (6 de junio de 2006) Declaración de santo domingo: gobernabilidad y desarrollo en la sociedad del conocimiento.
- Trigésima sexta reunión celebrada en República Dominicana (AG/DEC. 46 (XXXVI-O/06)
- ORELLANA, Torrealba José y Pacheco H. Edilberto (Compiladores) (1996) Pensamiento Alternativo En Salud. Cuadernos de Postgrado N° 12. Fondo Editorial Tropykos /Comisión de Estudios de Postgrado. FACES. UCV. Caracas.
- PELUFFO, A. Martha Beatriz y Catalán C. Edith. (2002) Introducción a la Gestión del Conocimiento y su Aplicación al Sector Público. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social –ILPES. Serie Manuales N° 22, Naciones Unidas, CEPAL, ECLAC. Santiago de Chile, diciembre de 2002
- PIRELA, Hugo y Otros. (1985) Planificación y Política, N° 3. IVEPLAN.
- REVISTA, Panamericana De Salud Pública. Volumen 5. Número 2. Correspondiente al mes de Febrero del año 1999.
- SALAS, Gustavo. (2002) La Participación Ciudadana En El Diseño Y Gestión De Los Programas Sociales. Lecturas Número 6. Fundación Escuela De Gerencia Social. Caracas Venezuela.

ANEXOS

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Abogacía por la salud. Una combinación de acciones individuales y sociales destinadas a conseguir compromisos políticos, apoyo para las políticas de salud, aceptación social y apoyo de los sistemas para un determinado objetivo o programa de salud.

Referencia: Informe de la Reunión entre Agencias sobre las Estrategias de Abogacía por la Salud y Desarrollo. Comunicación para el Desarrollo en Acción, OMS, Ginebra, 1995. Dicha acción puede ser adoptada por los propios individuos y grupos, y/o en su nombre, con el fin de crear *condiciones de vida* que conduzcan a la *salud* y a la adquisición de *estilos de vida* sanos. La abogacía por la salud es una de las tres grandes estrategias de *promoción de la salud* y puede adoptar muchas formas, incluido el uso de los medios informativos y los multimedia, la presión directa a los políticos y la movilización de la *comunidad*, por ejemplo, a través de grupos de presión, sobre cuestiones concretas. Los profesionales sanitarios tienen un importante papel como defensores de la *salud* en todos los niveles de la sociedad. (Capítulo V)

Acción comunitaria para la salud. La *acción comunitaria para la salud* se refiere a los esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los *determinantes de la salud* y en consecuencia para mejorar la *salud*.

Referencia: nueva definición. La *Carta de Ottawa* pone de relieve la importancia de una acción concreta y eficaz de la *comunidad* en el establecimiento de prioridades en materia de *salud*, la adopción de decisiones y la planificación de estrategias y su implantación con el fin de mejorar la salud. El concepto de *empoderamiento para la salud* de la comunidad guarda estrecha relación con la definición de acción comunitaria para la salud de la Carta de Ottawa. En este concepto, una comunidad empoderada para su salud es aquella cuyos individuos y organizaciones aplican sus habilidades y recursos en esfuerzos colectivos destinados a abordar las prioridades sanitarias y a satisfacer sus necesidades sanitarias respectivas. Mediante dicha participación, los individuos y las organizaciones de una comunidad que ofrecen apoyo social en materia de salud, abordan los conflictos dentro de la *comunidad*, y adquieren una mayor influencia y control sobre los *determinantes de la salud* de su *comunidad*. (Capítulo V)

Alianza. Una alianza para la promoción de la salud es una *colaboración* entre dos o más partes que persiguen una serie de objetivos de *promoción de la salud* decididos conjuntamente.

Referencia: nueva definición. La creación de alianzas supondrá a menudo la *mediación* entre los distintos socios en la definición de los objetivos y normas deontológicas básicas, las áreas de acción conjunta, y los acuerdos sobre la forma de cooperación dentro de la alianza. (Capítulo IV)

Alfabetización para la salud. La alfabetización para la salud está constituida por las habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de los individuos para acceder a la información, comprenderla y utilizarla, para promover y mantener una buena *salud*.

Referencia: nueva definición. La alfabetización para la salud supone alcanzar un nivel de conocimientos, habilidades personales y confianza que permiten adoptar medidas que mejoren la salud personal y de la comunidad, mediante un cambio de los *estilos de vida* y de las *condiciones* personales de vida. De esta manera, la alfabetización para la salud supone algo más que poder leer un folleto y pedir citas. Mediante el acceso de las personas a la información sanitaria, y su capacidad para utilizarla con eficacia, la alfabetización para la salud es crucial para el *empoderamiento para la salud*. La alfabetización para la salud depende de niveles más generales de alfabetización. Una baja alfabetización general puede afectar la *salud* de las personas directamente, ya que limita su desarrollo personal, social y cultural, además de impedir el desarrollo de la alfabetización para la salud. (Capítulo III)

Atención Primaria de Salud. La Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables.

Referencia: Declaración de Alma Ata, OMS, Ginebra, 1978. La Declaración de Alma Ata subraya que todo el mundo debe tener acceso a una atención primaria de salud y participar en ella. El enfoque de la atención primaria de salud abarca los componentes siguientes: equidad, implicación/participación de la *comunidad*, intersectorialidad, adecuación de la tecnología y costes permisibles.

Como conjunto de actividades, la atención primaria de salud debe incluir como mínimo la educación para la salud de los individuos y de la comunidad sobre la magnitud y naturaleza de los problemas de salud e indicar los métodos de prevención y el control de estos problemas. Otras actividades esenciales son la promoción de suministros adecuados de alimentos y una nutrición correcta, el abastecimiento de agua potable y un saneamiento básico; la asistencia sanitaria maternoinfantil, incluida la planificación familiar; la inmunización, el tratamiento adecuado de enfermedades y lesiones comunes; y el suministro de medicamentos esenciales.

La atención primaria de salud así definida contribuirá en gran medida a abordar muchos de los *prerrequisitos sanitarios* anteriormente indicados. Además, a nivel práctico, existe un amplio campo para la *promoción de la salud* tanto planificada como espontánea a través del contacto diario entre el personal de atención primaria de salud y los individuos de su comunidad. Mediante la *educación para la salud* de los usuarios y la *abogacía* por la salud en beneficio de su comunidad, el personal de atención primaria de salud está en una situación óptima para apoyar las necesidades individuales y para influir en la formulación de las políticas y programas que afectan a la salud de su *comunidad*. La OMS está revisando en estos momentos el concepto y los temas relativos a la atención primaria. (Capítulo III)

Bienestar o Deleite Fuerza, actividad, eficacia o virtud de las cosas para producir sus efectos (Diccionario de la Real Academia Española). Resultado final que se obtiene al efectuar una inversión o un pago. En materia gerencial, es el valor lo que conduce y motiva a organizaciones y personas. Cabe recordar que la gente no busca los productos o servicios por sí mismos sino por sus resultados finales. Además espera que el proceso de entrega sea de calidad. El propósito de una organización es justamente potenciar los resultados y la calidad de los procesos sobre los costos: se obtiene mediante una estrategia operativa consistente y un enfoque en las distintas condiciones de las poblaciones foco (Heskett, Sasser, Schlesinger). (Capítulos I y IV)

Cadena de valor. Valor adicional que cada elemento del sistema de atención va añadiendo a la oferta. Relativo a los vínculos sociales entre aquellas personas que pueden movilizar acciones de soporte social a favor de la salud. (Capítulo V)

Calidad de vida. La calidad de vida se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.

Referencia: Evaluación de la Calidad de Vida, Grupo WHOQOL, 1994. ¿Por qué Calidad de Vida?, Grupo WHOQOL. En: Foro Mundial de la Salud, OMS, Ginebra, 1996.

Esta definición pone de manifiesto criterios que afirman que la calidad de vida se refiere a una evaluación subjetiva, con dimensiones tanto positivas como negativas, y que está arraigada en un contexto cultural, social y ambiental. La OMS ha identificado seis extensas áreas que describen aspectos fundamentales de la calidad de vida en todas las culturas: un área física (p.e., la energía, la fatiga), un área psicológica (p.e., sentimientos positivos), el nivel de independencia (p.e., movilidad), las relaciones sociales (p.e., apoyo social práctico), el entorno (p.e., la accesibilidad a la asistencia sanitaria) y las creencias personales/espirituales (p.e., significado de la vida). Los ámbitos de la *salud* y la calidad de vida son complementarios y se superponen.

La calidad de vida refleja la percepción que tienen los individuos de que sus necesidades están siendo satisfechas, o bien de que se les están negando oportunidades de alcanzar la felicidad y la autorealización, con independencia de su *estado de salud* físico, o de las condiciones sociales y económicas. La meta de mejorar la calidad de vida, junto con la prevención de una mala salud evitable, ha cobrado una mayor importancia en *promoción de la salud*. Esto es especialmente importante en relación con la satisfacción de las necesidades de las personas de edad avanzada, los enfermos crónicos, los enfermos terminales y las poblaciones discapacitadas. (Capítulos I, IV y V)

Capacidad. Aptitud, talento, cualidad que dispone a alguien para el buen ejercicio de algo (Diccionario de la Real Academia Española). Habilidad. Además de capacidades técnicas se puede mencionar capacidades organizacionales, útiles para efectuar tareas de colaboración, aprendizaje, liderazgo, rendición de cuentas, conectividad con las necesidades de la gente, fomento de la unidad estratégica, innovación y eficiencia (Ulrich y Smallwood). (Capítulos I, II, III, IV y V)

Capital social. El capital social representa el grado de cohesión social que existe en las *comunidades*. Se refiere a los procesos entre personas que establecen *redes*, normas y compromisos sociales y facilitan la coordinación y cooperación para su beneficio mutuo.

Referencia: nueva definición. El capital social se crea a partir de las múltiples interacciones cotidianas que tienen lugar entre las personas y está expresado en estructuras como los grupos cívicos y religiosos, los vínculos familiares, las *redes* informales de la comunidad, y las normas de voluntariado, el altruismo y los compromisos. Cuánto más fuertes son estas redes y vínculos, mayor probabilidad existe que los miembros de una *comunidad* cooperen para su beneficio mutuo. De esta manera, el capital social crea *salud*, pudiendo potenciar los beneficios de las *inversiones sanitarias*. (Capítulo II)

Capital de información en salud. Conjunto de bienes de información sobre demografía, daños a la salud y servicios y programas de salud. Es producto de un trabajo colectivo y permite la toma de decisiones. (Capítulo II)

Capital humano. Conjunto de conocimientos y habilidades presentes en seres humanos que facilitan la creación de salud. (Capítulo I, II, III y V)

Capital organizacional. Conjunto de bienes aportados que constituyen el producto o riqueza de una organización y que sirve de instrumento o medio para la realización de algo. (Capítulo II)

Ciudadano, ciudadana. Miembro de una comunidad política (originalmente una ciudad; hoy en día se refiere a un Estado). La condición de miembro de dicha comunidad se conoce como ciudadanía y conlleva derechos de participación política. (Capítulos I, II, III, IV y V)

La **Carta de Ottawa** pone asimismo de relieve la importancia de la contribución del *sector sanitario* para alcanzar la salud. La responsabilidad para lograrlo la comparten los profesionales de la salud, las instituciones y servicios sanitarios y los gobiernos, a los cuales se suman los individuos y las comunidades a quienes sirve el *sector sanitario*. La mayoría de las veces, esto requiere un aumento de las acciones de *promoción de la salud* y *prevención de la enfermedad* para alcanzar un equilibrio óptimo entre las inversiones en servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, asistencia y rehabilitación. No siempre es necesario alcanzar este aumento incrementando la actividad directa del sistema sanitario. Puede que la acción de sectores ajenos al *sector sanitario* resulte más eficaz para conseguir *resultados de salud* mejores. Es necesario que los gobiernos reconozcan el papel clave que desempeña el *sector sanitario* como apoyo de dicha acción intersectorial para la salud. Consulte asimismo la definición *Hospitales promotores de salud*. (Capítulo V)

Ciudades saludables. Una ciudad saludable es aquella que crea y mejora continuamente sus entornos físicos y sociales y amplía aquellos recursos de la comunidad que permiten el apoyo mutuo de las personas para realizar todas las funciones vitales y conseguir el desarrollo máximo de sus potencialidades.

Referencia: Terminología de la Conferencia Europea de Salud, Sociedad y Alcohol: Un glosario con equivalentes en francés, alemán y ruso, OMS (EURO), Copenhague, 1995. El proyecto de las

Ciudades Saludables de la OMS es un proyecto de desarrollo a largo plazo cuyo objetivo consiste en situar la *salud* en la agenda de las ciudades de todo el mundo y crear una circunscripción de apoyo a la *salud pública* de ámbito local. El concepto de las ciudades saludables está evolucionando para abarcar otras formas de población incluidos los pueblos y áreas metropolitanas saludables. (Capítulo V)

Colaboración para la promoción de la salud. La colaboración para la promoción de la salud es un acuerdo voluntario entre dos o más socios que deciden trabajar en cooperación para obtener un conjunto de *resultados de salud* compartidos.

Referencia: nueva definición. Dicha colaboración pueden formar parte de una *colaboración intersectorial* para la salud o basarse en *alianzas* para la promoción de la salud. Pueden limitarse a la búsqueda de un fin claramente definido (como conseguir el desarrollo e implantación de legislación) o ser continuadas, abarcando una amplia gama de cuestiones e iniciativas. La *promoción de la salud* está explorando cada vez más las colaboraciones entre el sector público, la sociedad civil y el sector privado. Consulte asimismo las definiciones de *responsabilidad social en materia de salud* y *Atención primaria de salud* (sección I). Nota: También alianzas estratégicas ha sido usado por OPS/OMS para traducir *partnership*. (Capítulo V)

Colaboración intersectorial. Relación reconocida entre parte o partes de distintos sectores de la sociedad que se ha establecido para emprender acciones en un tema con el fin de lograr *resultados de salud* o *resultados intermedios de salud*, de manera más eficaz, eficiente o sostenible que aquella que el sector *sanitario* pueda lograr actuando en solitario.

Referencia: modificado de Acción Intersectorial para la Salud: Piedra Angular de Salud Para Todos en el Siglo XXI, OMS, Ginebra, 1997. La acción sanitaria intersectorial es considerada primordial para el logro de una mayor *equidad en salud*, especialmente en aquellos casos en que el progreso dependa de decisiones y acciones de otros sectores, como la agricultura, la educación y las finanzas. Un objetivo importante de la acción intersectorial consiste en lograr una mayor concienciación sobre las consecuencias sanitarias de las decisiones políticas y las prácticas organizativas de distintos sectores, y con ello, un movimiento en la dirección de unas *políticas públicas saludables* y prácticas. No toda la acción sanitaria intersectorial tiene que implicar al *sector sanitario*. Por ejemplo, en algunos países, los sectores policiales y del transporte podrían aunar fuerzas para adoptar acciones destinadas a reducir los accidentes ocasionados por el transporte por carretera. Tales acciones, aunque destinadas explícitamente a reducir los accidentes, no siempre involucrarían al *sector sanitario*. La colaboración intersectorial se entiende cada vez más como una cooperación entre diferentes sectores de la sociedad, como el sector público, la sociedad civil y el sector privado. (Capítulo III, IV y V)

Comunidad. Grupo específico de personas, que a menudo viven en una zona geográfica definida, comparten la misma cultura, valores y normas, y están organizadas en una estructura social conforme al tipo de relaciones que la comunidad ha desarrollado a lo largo del tiempo. Los miembros de una comunidad adquieren su identidad personal y social al compartir creencias, valores y normas comunes que la comunidad ha desarrollado en el pasado y que pueden modificarse en el futuro. Sus miembros tienen conciencia de su identidad como grupo y comparten necesidades comunes y el compromiso de satisfacerlas.

Referencia: definición modificada. En muchas sociedades, en especial en los países desarrollados, los individuos no pertenecen a una única comunidad diferenciada, sino que mantienen su afiliación a diversas comunidades basadas en variables tales como el lugar de residencia, el trabajo y los intereses sociales y recreativos. (Capítulo I, II, III, IV y V)

Comunicación para la salud. La comunicación para la salud es una estrategia clave destinada a informar a la población sobre aspectos concernientes a la salud y a mantener cuestiones sanitarias importantes en la agenda pública. El uso de los medios informativos y los multimedia, además de otras innovaciones tecnológicas para difundir información sobre salud entre la población, aumenta la concienciación sobre aspectos específicos de la salud individual y colectiva y sobre la importancia de la salud en el desarrollo.

Referencia: adaptado de Comunicación, Educación y Participación: Un marco y Guía de Actuación, OMS (AMPRO/PAHO), Washington, 1996. La comunicación para la salud está dirigida a mejorar el *estado de salud* de los individuos y las poblaciones. Buena parte de la cultura moderna se trasmite a través de los medios informativos y los multimedia, lo cual tiene implicaciones tanto positivas como negativas para la *salud*. Las investigaciones han demostrado que programas de *promoción de la salud*, basados en la teoría pueden poner la salud en la agenda pública, reforzar los mensajes sanitarios, estimular a las personas para que busquen más información, y en algunos casos, dar lugar a *estilos de vida* saludables.

La comunicación para la salud abarca varias áreas que incluyen la educación, el periodismo sanitario, la comunicación interpersonal, la abogacía por la salud en los medios de comunicación, la comunicación dentro de las organizaciones, la comunicación sobre riesgos, la comunicación social y el marketing social. Puede adoptar muchas formas que van desde la comunicación de masas y los multimedia a las tradicionales y específicas a una cultura, tales como la narración de historias, guiñoles y canciones; también puede adoptar la forma de mensajes de salud subyacentes, o ser incorporados dentro de los medios de comunicación existentes tal como los seriales de radio y televisión. Los avances en los medios de comunicación, en especial de los multimedia y de la nueva tecnología de la información, siguen mejorando el acceso a la información para la salud. A este respecto, la comunicación para la salud se convierte en un elemento cada vez más importante en la consecución de un mayor *empoderamiento para la salud* de los individuos y las *comunidades*.

Condiciones de vida. Las condiciones de vida son el entorno cotidiano de las personas, dónde éstas viven, actúan y trabajan. Estas condiciones de vida son producto de las circunstancias sociales y económicas, y del entorno físico, todo lo cual puede ejercer impacto en la *salud*, estando en gran medida fuera del control inmediato del individuo. (Capítulos II y III)

Referencia: definición modificada. La acción de la *Carta de Ottawa* destinada a crear ambientes favorables para la *salud* se centra en gran medida en la necesidad de mejorar y cambiar las condiciones de vida para apoyar la salud.

Conducta orientada hacia la salud. Cualquier actividad de una persona, con independencia de su *estado de salud* real o percibido, encaminada a promover, proteger o mantener la *salud*, tanto si dicha conducta es o no objetivamente efectiva para conseguir ese fin.

Referencia: Glosario de Promoción de la Salud, 1986. Es posible argüir que todo comportamiento o actividad de un individuo tiene alguna influencia sobre la *salud*. En este contexto, puede ser útil distinguir entre los comportamientos que se adoptan deliberadamente con el fin de promover o proteger la *salud* (tal como indica la definición anterior), y aquellos que puedan adoptarse con independencia de las consecuencias que puedan tener para la *salud*. Las conductas orientadas hacia la salud se distinguen de las *conductas de riesgo*, en que estas son comportamientos asociados a una mayor susceptibilidad para una causa específica de mala salud.

Las *conductas orientadas hacia la salud* y las *conductas de riesgo* a menudo se agrupan en unos patrones más complejos de comportamientos conocidos como *estilos de vida*. (Capítulo V)

Conducta de riesgo. Forma específica de conducta de la cual se conoce su relación con una susceptibilidad incrementada para una enfermedad específica o para un estado de salud deficiente.

Referencia: definición modificada. Las conductas de riesgo suelen definirse como “arriesgadas” en base a datos epidemiológicos y sociales. Los cambios de las conductas de riesgo constituyen las metas primordiales de la *prevención de la enfermedad*, habiendo sido utilizada tradicionalmente la *educación para la salud* para alcanzar estas metas. Dentro del marco más amplio de promoción de la *salud*, la conducta de riesgo puede ser considerada como una respuesta o mecanismo, para hacer frente a *condiciones de vida adversas*. Las estrategias de respuesta incluyen el desarrollo de *habilidades de vida* y la creación de entornos que apoyan la salud. (Capítulo III)

Desarrollo de aptitudes. Conjunto de actividades coordinadas que se dirigen a los individuos de una comunidad para motivarlos y ayudarlos a que obtengan los conocimientos y habilidades necesarias para cambiar hábitos y conductas desfavorables para su salud. (Capítulo IV).

Determinante. Conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que influyen de forma categórica sobre el estado de salud de individuos y poblaciones. Dichos factores son múltiples y siempre están interrelacionados. Cabe mencionar que entre ellos no sólo se cuentan factores que dependen o están asociados con la actividad de los individuos, a saber: ingresos, posición social, educación, trabajo, condiciones laborales, creación de entornos físicos inmediatos y uso y acceso de servicios sanitarios adecuados (OMS). (Capítulos I, II y III).

Desarrollo de la salud. El desarrollo de la salud es el proceso de mejora continua y progresiva del *estado de salud* de los individuos y grupos de una población. Referencia: Sistema de Información sobre Terminología, OMS, Ginebra, 1997.

La **Declaración de Yakarta** describe la *promoción de la salud* como un elemento esencial del desarrollo de la salud. (Capítulo V).

Determinantes de la salud. Conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el *estado de salud* de los individuos o poblaciones.

Referencia: nueva definición. Los factores que influyen en la salud son múltiples e interrelacionados. La *promoción de la salud* trata fundamentalmente de la acción y la *abogacía* destinada a abordar el conjunto de determinantes de la salud potencialmente modificables; no solamente aquellos que guardan relación con las acciones de los individuos, como los *comportamientos* y los *estilos de vida saludables*, sino también con determinantes como los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos. Combinados todos ellos, crean distintas *condiciones de vida* que ejercen un claro impacto sobre la salud. Los cambios en estos *estilos de vida* y *condiciones de vida*, que determinan el *estado de salud*, son considerados como *resultados intermedios de salud*. (Capítulos III y V).

Educación para la salud. La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la *alfabetización sanitaria*, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de *habilidades personales* que conduzcan a la salud individual y de la *comunidad*.

Referencia: definición modificada. La educación para la salud aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la *salud*. La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la *salud*, sino también la que se refiere a los *factores de riesgo* y *comportamientos de riesgo*, además del uso del sistema de asistencia sanitaria. Es decir, la educación para la salud supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la *salud*.

En el pasado, la educación para la salud se empleaba como término que abarcaba una más amplia gama de acciones que incluían la movilización social y la *abogacía* por la salud. Estos métodos están ahora incluidos en el término *promoción de la salud*, y lo que aquí se propone es una definición menos extensa de la *educación para la salud* para distinguir entre estos dos términos. (Capítulo I, III, IV y VI).

Eficiencia. Capacidad de producir resultados a un costo bajo o manejable (Ulrich y Smallwood). (Capítulo I, II, III y IV)

Ejecución. Disciplina que de forma estratégica combina los tres elementos medulares de una empresa -personas, estructura y organización- para lograr que “las cosas se hagan”. Se trata de un proceso que de forma sistemática discute a fondo los cómo y qué de una actividad, cuestión que impulsa a seguir siempre adelante con tenacidad y asegura la rendición de cuentas (Bossidy y Charan). (Capítulo I, II, III y IV)

Empoderamiento para la salud. En promoción de la salud, el empoderamiento para la salud es un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud.

Referencia: nueva definición. El empoderamiento para la salud puede ser un proceso social, cultural, psicológico o político mediante el cual los individuos y los grupos sociales son capaces de expresar sus necesidades, plantear sus preocupaciones, diseñar estrategias de participación en la toma de decisiones y llevar a cabo acciones políticas, sociales y culturales para hacer frente a sus necesidades. Mediante este proceso, las personas perciben una relación más estrecha entre sus metas y el modo de alcanzarlas y una correspondencia entre sus esfuerzos y los resultados que obtienen. La *promoción de la salud* abarca no solamente las acciones dirigidas a fortalecer las básicas *habilidades para la vida* y las capacidades de los individuos, sino también las acciones para influir en las condiciones sociales y económicas subyacentes y en los entornos físicos que influyen sobre la *salud*. En este sentido, la *promoción de la salud* va dirigida a crear las mejores condiciones para que haya una relación entre los esfuerzos de los individuos y los *resultados de salud* que obtienen.

Se establece una distinción entre el **empoderamiento para la salud** del individuo y el de la **comunidad**. El empoderamiento para la salud individual se refiere principalmente a la capacidad del individuo para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida personal. El empoderamiento para la salud de la comunidad supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los *determinantes de la salud* y la *calidad de vida* de su *comunidad*, siendo éste un importante objetivo de la *acción comunitaria para la salud*. (Capítulos I, III, IV y V)

Entornos que apoyan la salud. Los entornos que apoyan la salud ofrecen a las personas protección frente a las amenazas para la *salud*, permitiéndoles ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía respecto a la salud. Comprende los lugares donde viven las personas, su *comunidad* local, su hogar, su lugar de trabajo y esparcimiento, incluyendo el acceso a los recursos sanitarios y las oportunidades para su empoderamiento.

Referencia: adaptada de la Declaración de Sundsvall sobre Entornos que Apoyan la Salud, OMS, Ginebra, 1991. La acción destinada a crear entornos que apoyan la salud posee muchas dimensiones, que pueden incluir la acción política directa, cuyo objetivo es desarrollar y aplicar políticas y reglamentos que contribuyan a crear entornos de apoyo; la acción económica, especialmente en relación con el fomento de un desarrollo económico sostenido; y la acción social. (Capítulo V)

Epidemiología. La epidemiología es el estudio de la distribución y de los determinantes de los estados o acontecimientos relacionados con la salud de determinadas poblaciones y la aplicación de este estudio al control de los problemas de salud.

Referencia: Last, JM. Diccionario de Epidemiología, Reino Unido, 1988. La información epidemiológica, principalmente aquella que define los riesgos individuales de la población y /o del entorno físico, ha sido la esencia de la *salud pública*, y ha servido de base a las actividades de *prevención de la enfermedad*. Los estudios epidemiológicos utilizan clasificaciones sociales (como el estatus socioeconómico) en el estudio de la enfermedad en las poblaciones, pero por lo general hacen un uso poco óptimo de las ciencias sociales, incluida la información económica y de política pública, en la investigación y comprensión de la enfermedad y la *salud* de las poblaciones.

La **epidemiología social** ha evolucionado como disciplina durante las dos últimas décadas. La epidemiología social es el estudio de la *salud* y la enfermedad de las poblaciones que se sirve de información social, psicológica, económica y de política pública, utilizando dicha información en la

definición de los problemas de *salud pública* y la propuesta de soluciones. Como la disciplina de la epidemiología se sigue desarrollando y expandiendo, tales distinciones irán perdiendo importancia de cara al futuro. (Capítulos I, III, IV y V)

Equidad en salud. Equidad significa imparcialidad. La equidad en salud significa que las necesidades de las personas guían la distribución de las oportunidades para el bienestar.

Referencia: Equidad en Salud y Asistencia Sanitaria, OMS, Ginebra, 1996. La estrategia global de la OMS para lograr la *Salud para Todos* está dirigida fundamentalmente a la consecución de una mayor equidad en salud entre y dentro de las poblaciones y entre los países. Esto conlleva que todas las personas disfruten de igualdad de oportunidades para desarrollar y mantener su *salud*, a través de un acceso justo a los recursos sanitarios. Equidad en salud no es lo mismo que igualdad en el *estado de salud*. Las desigualdades en cuanto al *estado de salud* entre los individuos y las poblaciones son consecuencias inevitables de las diferencias genéticas, de diferentes condiciones sociales y económicas o de elecciones de un *estilo de vida personal*. La falta de equidad tiene lugar como consecuencia de las diferencias de oportunidades derivadas, por ejemplo, del acceso desigual a los servicios de salud, a una alimentación correcta, a una vivienda adecuada, etc. En tales casos, las desigualdades en cuanto al *estado de salud* surgen como consecuencia de la falta de equidad en materia de oportunidades en la vida. (Capítulo V)

Escenarios para la salud. El lugar o contexto social en que las personas desarrollan las actividades diarias y en el cual interactúan factores ambientales, organizativos y personales que afectan la salud y el bienestar.

Referencia: nueva definición. Un escenario es también el lugar donde las personas usan y moldean activamente el entorno, creando o resolviendo problemas relacionados con la *salud*. Los escenarios normalmente pueden identificarse por tener unos límites físicos, una serie de personas con papeles definidos, y una estructura organizativa. Las acciones para promover la salud a través de distintos escenarios, pueden adoptar muchas formas diferentes, que a menudo consisten en algún tipo de modificación organizativa, incluido el cambio del entorno físico, de la estructura de la organización, de la administración y de la gestión. Los escenarios también se pueden utilizar para promover la *salud* llegando a las personas que trabajan en ellos, usándolos para acceder a los servicios, y haciendo que interaccionen con la *comunidad*. Como ejemplos de escenarios se pueden citar los centros de enseñanza, los lugares de trabajo, los hospitales, las poblaciones y las ciudades. (Capítulo V)

Escuelas promotoras de salud. Una escuela promotora de salud se define como una escuela que refuerza constantemente su capacidad como un lugar saludable para vivir, aprender y trabajar.

Referencia: Promoción de la Salud a través de la Escuela, Informe de un Comité Experto de la OMS sobre Educación y Promoción de la Salud Integral en la Escuela, OMS, Serie de Informes Técnicos N° 870.WHO, Ginebra, 1997.

Con el fin de lograr este objetivo, una escuela promotora de salud implica al personal de salud y de educación, a los profesores, estudiantes, padres y líderes de la comunidad, en la tarea de promover la salud. Fomenta la *salud* y el aprendizaje con todos los medios a su alcance, y hace todo lo que está en su mano para ofrecer ambientes favorables para la salud y una serie de programas y servicios clave de promoción y *educación* para la salud. Una escuela promotora de la salud aplica políticas, prácticas y otras medidas que respetan la autoestima del individuo, ofrece oportunidades múltiples de desarrollo y reconoce sus esfuerzos e intenciones, al igual que los logros personales. Hace todo lo que está en su mano por mejorar la salud del personal del centro, las familias y los miembros de la comunidad, además de los estudiantes, y trabaja con los líderes de la comunidad para ayudarles a comprender cómo puede la *comunidad* contribuir a la *salud* y a la educación. La Iniciativa de la OMS de Salud Escolar Mundial tiene por objeto ayudar a todas las escuelas a convertirse en “promotoras de salud”, por ejemplo, alentando y apoyando redes internacionales, nacionales y subnacionales de escuelas promotoras de salud y ayudando a crear estructuras nacionales que promuevan la salud a través de las escuelas.

Estado de salud. Descripción y/o medida de la *salud* de un individuo o población en un momento concreto en el tiempo, según ciertas normas identificables, habitualmente con referencia a *indicadores de salud*.

Referencia: adaptada del Glosario de Términos usados en la serie Salud para Todos Nº 9, OMS, Ginebra, 1984. (Capítulos II y V)

Estilo de vida (estilos de vida que conducen a la salud). El estilo de vida es una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las *condiciones de vida* socioeconómicas y ambientales.

Referencia: definición modificada. Estos modelos de comportamiento están continuamente sometidos a interpretación y a prueba en distintas situaciones sociales, no siendo, por lo tanto, fijos, sino que están sujetos a cambio. Los estilos de vida individuales, caracterizados por patrones de comportamiento identificables, pueden ejercer un efecto profundo en la salud de un individuo y en la de otros. Si la *salud* ha de mejorarse permitiendo a los individuos cambiar sus estilos de vida, la acción debe ir dirigida no solamente al individuo, sino también a las *condiciones sociales de vida* que interactúan para producir y mantener estos patrones de comportamiento. Sin embargo, es importante reconocer que no existe un estilo de vida “óptimo” al que puedan adscribirse todas las personas. La cultura, los ingresos, la estructura familiar, la edad, la capacidad física, el entorno doméstico y laboral, harán más atractivas, factibles y adecuadas determinadas formas y condiciones de vida. (Capítulo III)

Expectativa de salud. La expectativa de salud es una medida basada en la población que guarda relación con la proporción de esperanza de vida estimada como saludable y satisfactoria, o exenta de dolencia, enfermedad y discapacidad, conforme a unas normas y percepciones sociales y a criterios profesionales.

Referencia: nueva definición. La expectativa de salud pertenece a una nueva generación o tipo de indicador sanitario que está siendo desarrollado en la actualidad. Estos indicadores tienen por objeto crear medidas más sensibles a la dinámica de la salud y a sus *determinantes*. Los indicadores de la expectativa de salud combinan información correspondiente a tablas de esperanza de vida y encuestas de salud de las poblaciones. Se deben basar en la expectativa de vida a nivel de país o zona geográfica similar. Como ejemplos de indicadores de expectativa de salud actualmente en uso podemos citar los años de vida libres de discapacidad (DFLY) y los años de vida ajustados por la calidad (QALY). Éstos se centran principalmente en medir durante cuánto tiempo los individuos llevan una vida libre de discapacidad, trastornos y/o enfermedades crónicas.

La *promoción de la salud* tiene por objeto extender lo que se entiende como expectativa de salud más allá de la ausencia de enfermedad, trastorno y discapacidad hacia medidas positivas para crear, mantener y proteger la salud, centradas en la duración de la vida saludable.

Evaluación de la promoción de la salud. La evaluación de la promoción de la salud es una valoración del grado en que las acciones de *promoción de la salud* alcanzan un resultado “estimado”.

Referencia: nueva definición. El grado en que las acciones de *promoción de la salud* permiten a los individuos o a las comunidades ejercer control sobre su *salud*, constituye un elemento primordial de la evaluación de la promoción de la salud. En muchos casos, resulta difícil mostrar la relación entre actividades concretas de promoción de la salud y los *resultados de salud*. Esto puede deberse a diversas razones, por ejemplo, a las dificultades técnicas para aislar las causas y los efectos en las situaciones complejas de la “vida real”. En consecuencia, los modelos de evaluación de *promoción de la salud* más recientes establecen una distinción entre distintos tipos de resultados y sugieren una jerarquía entre ellos. Los resultados de *promoción de la salud* constituyen el primer punto de evaluación y reflejan las modificaciones de aquellos factores personales, sociales y ambientales que permiten mejorar el control de las personas sobre su *salud*. Los cambios en los *determinantes de la salud* se definen como *resultados intermedios de salud*. Los cambios en el estado de salud constituyen los *resultados de salud*.

En buena parte de los casos, también se “valora” el proceso mediante el cual son alcanzados distintos resultados. En la valoración del proceso, la evaluación de las actividades de promoción de la salud puede ser **participativa**, implicando a todos aquellos que tengan interés en la iniciativa; **interdisciplinaria**, implicando diversas perspectivas disciplinarias e **integrada** en todas las fases de desarrollo y aplicación de una iniciativa de promoción de la salud; y puede también contribuir a capacitar a los individuos, las *comunidades*, las organizaciones y los gobiernos para abordar los problemas de salud. (Capítulo V)

Facilitación. En promoción de la salud, la facilitación significa actuar en *colaboración* con individuos o grupos para conseguir su empoderamiento para la salud mediante la movilización de recursos humanos y materiales, con el fin de promover y proteger su *salud*.

Referencia: nueva definición. El énfasis que pone esta definición en el *empoderamiento para la salud* mediante la *colaboración* y la movilización de recursos, llama la atención sobre el importante papel que desempeña el personal de salud y otros agentes sanitarios, al actuar como catalizadores de la promoción de la salud, por ejemplo, permitiendo el acceso a la información sanitaria, facilitando el desarrollo de habilidades personales y apoyando el acceso a los procesos políticos que configuran las políticas públicas que afectan la *salud*.

Nota: También “capacitación”, “permitir”, “facultar” han sido términos usados por OPS/OMS para traducir “*enabling*”.

Factores de riesgo. Condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados con o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones.

Referencia: definición modificada. Como sucede con las *conductas de riesgo*, una vez que los factores de riesgo han sido identificados, se pueden convertir en el punto de partida o núcleo de las estrategias y acciones de *promoción de la salud*. (Capítulo IV y V)

Ganancia de salud. La ganancia de salud es una forma de expresar las mejoras en los *resultados de salud*. Se puede utilizar para reflejar las ventajas de una forma de intervención sanitaria frente a otra para conseguir la máxima ganancia de salud. Referencia: nueva definición.

La **Declaración de Yakarta** indica que la promoción de la salud “actúa sobre los *determinantes de la salud* para conseguir la máxima ganancia de salud” para las personas. Consulte asimismo las definiciones de *resultados de salud* y *resultados de salud intermedios*. (Capítulo V)

Habilidades para la vida. Las habilidades para la vida son capacidades para adoptar un comportamiento adaptativo y positivo que permita a los individuos abordar con eficacia las exigencias y desafíos de la vida cotidiana.

Referencia: Educación en Habilidades de Vida en las Escuelas, OMS, Ginebra, 1993. Las habilidades para la vida son habilidades personales, interpersonales, cognitivas y físicas que permiten a las personas controlar y dirigir sus vidas, desarrollando la capacidad para vivir con su entorno y lograr que éste cambie. Como ejemplos de habilidades de vida individuales se pueden citar la toma de decisiones y la solución de problemas, el pensamiento creativo y crítico, el conocimiento de sí mismo y la empatía, las habilidades de comunicación y de relación interpersonal y la capacidad para hacer frente a las emociones y manejar el estrés. Las habilidades de vida tal y como se definen mas arriba son elementos constitutivos fundamentales del desarrollo de las *habilidades personales* para la *promoción de la salud* descritas como una de las áreas de acción clave en la vida. (Capítulo V)

Hospitales promotores de salud. Un hospital promotor de salud no solamente ofrece servicios integrales médicos y de enfermería de alta calidad, sino que también desarrolla una identidad corporativa que abarca los objetivos de la *promoción de la salud*, desarrolla una estructura y una cultura organizativas de promoción de la salud, incluida la participación activa de los pacientes y de todos los miembros de la plantilla, se convierte a sí mismo en un entorno físico que promueve la salud y coopera activamente con su *comunidad*.

Referencia: basada en la Declaración de Budapest sobre Hospitales Promotores de la Salud, OMS, (EURO), Copenhague, 1991. Los hospitales promotores de salud adoptan acciones destinadas a promover la *salud* de sus pacientes, de su personal y de la comunidad donde están emplazados. Los hospitales promotores de salud tratan activamente de convertirse en “organizaciones saludables”. Los hospitales promotores de la salud se están implantando desde 1988 y se ha desarrollado una red internacional para promover la adopción de este concepto en los hospitales y otros centros de asistencia sanitaria. (Capítulo V)

Indicador de salud. Un indicador de salud es una característica de un individuo, población o entorno susceptible de medición (directa o indirectamente) y que puede utilizarse para describir uno o más aspectos de la salud de un individuo o población (calidad, cantidad y tiempo).

Referencia: definición modificada. Los indicadores de salud se pueden utilizar para definir problemas de *salud pública* en un momento concreto, para indicar los cambios temporales en el nivel de salud de una población o individuo, para definir las diferencias en la salud de las poblaciones, y para evaluar en que medida se están alcanzando los objetivos de un programa. Los indicadores de salud que pueden incluir mediciones sobre falta de salud o enfermedad, se usan más comúnmente para medir los *resultados de salud*, o aspectos positivos de salud (como la *calidad de vida*, las *habilidades de vida*, o las *expectativas de salud*), y las conductas y acciones de los individuos relacionadas con la salud. Pueden incluir asimismo indicadores que midan las condiciones sociales, económicas y del entorno físico en su relación con la salud y las medidas de *alfabetización sanitaria* y de *política pública saludable*. Este último grupo de indicadores se puede utilizar para medir los *resultados de salud intermedios* y los *resultados de la promoción de la salud*. (Capítulo V)

Infraestructura para la promoción de la salud. Son aquellos recursos humanos y materiales, estructuras organizativas y administrativas, políticas, reglamentaciones e incentivos, que facilitan una respuesta organizada, de la promoción de la salud, a los temas y desafíos de la *salud pública*.

Referencia: nueva definición. Es posible encontrar estas infraestructuras en diversos tipos de estructuras organizativas, que incluyen la *atención primaria de salud*, el sector privado y las organizaciones no gubernamentales, las organizaciones de *autoayuda*, además de los organismos y fundaciones dedicados a la promoción de la salud. Pese a que muchos países cuentan con una estructura específica de *promoción de la salud*, los mayores recursos humanos se encuentran entre todo el personal sanitario, los trabajadores de otros sectores ajenos a la *salud* (por ejemplo, educación, bienestar social), y en las acciones de personas profanas dentro de cada *comunidad*. Las infraestructuras de promoción de la salud se pueden establecer no solo con recursos y estructuras tangibles, sino también a través de la concienciación pública y política sobre los temas de salud y la participación en las acciones para abordar esta problemática. (Capítulo V)

Inversión para la salud. La inversión para la salud se refiere a aquellos recursos que se dedican explícitamente a la producción de *salud* y la *ganancia de salud*. Estos pueden ser invertidos por organismos públicos y privados, y por los ciudadanos, a título individual y de grupo. La inversión para estrategias está basada en el conocimiento acerca de los *determinantes de la salud*, siendo su objetivo conseguir un compromiso político para las *políticas públicas saludables*.

Referencia: nueva definición. La inversión para la salud no está limitada a aquellos recursos que se dedican al suministro y uso de servicios sanitarios y puede incluir, por ejemplo, las inversiones que realizan los ciudadanos (a título individual y colectivo) en educación, vivienda, el empoderamiento para la salud de las mujeres, o el desarrollo de la infancia. Una mayor inversión sanitaria supone asimismo una reorientación de la distribución de los recursos existentes dentro del *sector sanitario* hacia la *promoción de la salud* y la *prevención de la enfermedad*. Una proporción considerable de las inversiones para la salud son asumidas por los ciudadanos en el contexto de su vida cotidiana como parte de sus estrategias personales y familiares de mantenimiento de su salud. Consulte asimismo las definiciones *política pública saludable* y *entornos que apoyan la salud*. (Capítulo V)

Mediación. En *promoción de la salud*, es un proceso mediante el cual los distintos intereses (personales, sociales, económicos) de los individuos y de las *comunidades*, así como diferentes sectores (público y privado) son puestos de acuerdo de forma que promuevan y protejan la salud.

Referencia: nueva definición. La introducción de cambio en los *estilos de vida* y en las *condiciones de vida* de las personas produce inevitablemente conflictos entre los distintos sectores e intereses de una población. Dichos conflictos pueden surgir, por ejemplo, frente a dificultades con respecto al acceso, uso y distribución de los recursos o a limitaciones impuestas a las prácticas individuales u organizativas. La resolución de tales conflictos por vías que promuevan la salud puede suponer una aportación importante por parte de los que trabajan en promoción de la salud, incluida la aplicación de sus habilidades para *abogar por la salud*. (Capítulos II y III)

Metas de salud. Las metas de salud resumen los *resultados de salud* que, a la luz de los conocimientos y los recursos existentes, un país o comunidad puede esperar alcanzar en un período de tiempo definido.

Referencia: nueva definición. Las metas de salud son declaraciones generales de intenciones y aspiraciones destinadas a reflejar los valores de la *comunidad* en general y del *sector sanitario* en particular, en relación con una sociedad sana. En muchos países las metas y objetivos de salud sirven también como referencia para decidir la dirección y prototipos de sus inversiones en salud. La OMS ha apoyado y promovido el desarrollo y uso de los objetivos y metas de salud a nivel mundial, regional, nacional y local. (Capítulo V)

Modelo. Representación simplificada de algún fenómeno. Aquello que se imita en la búsqueda de un ideal. (Capítulos I, II, III, IV y V)

Modelo de organización. Imagen y diseño de nuestra labor construidos sobre cuatro elementos claves: identificación de nuestro destinatario, visión de lo que éste necesita o valora de nosotros, nociones claras de cómo crecemos o qué ganamos en el proceso de servicio, y conocimiento de una lógica económica que nos permita entregar el servicio a un costo apropiado. (Capítulos I y II)

Objetivos de salud. Los objetivos de salud indican, en relación con una población determinada, la cantidad de cambios (usando un *indicador de salud*) que razonablemente cabe esperar dentro de un período de tiempo definido. Los objetivos se basan por lo general en cambios específicos y mensurables de los *resultados de salud* o de los *resultados de salud intermedios*.

Referencia: nueva definición.

Los objetivos de salud definen los pasos concretos que se pueden dar para alcanzar *las metas de salud*. La fijación de objetivos ofrece asimismo un enfoque para la evaluación de los progresos en relación con una *política de salud* o un programa definidos estableciendo cotas que sirvan de referencia para medir los progresos. Para fijar los objetivos es preciso que exista un *indicador de salud* relevante e información sobre la distribución de dicho indicador dentro de una población de interés. También requiere una estimación de las tendencias actuales y tendencias probables futuras en relación con el cambio en la distribución del indicador y la comprensión del potencial para cambiar la distribución del indicador en la población de interés. (Capítulo V)

Operación. División mínima del trabajo. Cada una de las acciones sencillas de ejecución cotidiana. Acciones, pasos o etapas por las que es necesario transitar para llevar a cabo una labor determinada. La ejecución de una secuencia de operaciones permite efectuar una o varias tareas. (Capítulos I, II, III, IV y V)

Políticas saludables. Conjunto de actividades coordinadas para crear entornos de apoyo que permitan a la gente vivir de forma saludable. Una política saludable es aquella que posibilita o facilita el que los ciudadanos hagan elecciones saludables; asimismo convierte los entornos sociales y físicos en potenciadores de la salud (OMS).

Política pública saludable. Una política pública saludable se caracteriza por una preocupación explícita por la *salud* y la equidad en todas las áreas de la política, y por una responsabilidad sobre su impacto en la salud. La finalidad principal de una política pública saludable consiste en crear un *entorno de apoyo* que permita a las personas llevar una vida saludable. Dicha política posibilita o

facilita a los ciudadanos hacer elecciones saludables y convierte los entornos sociales y físicos en potenciadores de la salud.

Referencia: Recomendaciones de la Conferencia de Adelaida sobre Política Pública Saludable, OMS, Ginebra, 1988.

La **carta de Ottawa** puso de relieve el hecho de que la acción de *promoción de la salud* va más allá del sector de asistencia sanitaria, subrayando que la salud debe figurar en la agenda política de todos los sectores y a todos los niveles del gobierno. Un elemento importante en la creación de una política pública saludable es la noción de la rendición de cuentas sobre la *salud*. Los gobiernos son los últimos responsables ante los ciudadanos de las consecuencias para la salud de sus políticas o de la falta de ellas.

Un compromiso sobre políticas públicas saludables significa que los gobiernos deben medir e informar sobre sus *inversiones sanitarias* y los consecuentes *resultados de salud* y sobre los *resultados de salud intermedios* de sus inversiones y políticas generales, en un lenguaje que todos los grupos de la sociedad comprendan con facilidad. Estrechamente relacionada con el concepto de la promoción de la salud de una política pública saludable, está la estrategia de la *inversión para la salud*. La inversión para la salud es una estrategia destinada a optimizar el impacto de las políticas públicas en materia de promoción de la salud. (Capítulo V)

Política sanitaria. Declaración o directriz oficial dentro de las instituciones (especialmente del Gobierno) que define las prioridades y los parámetros de actuación como respuesta a las necesidades de salud, a los recursos disponibles y a otras presiones políticas.

Referencia: definición modificada.

La política sanitaria suele ser promulgada mediante legislación u otras formas de normativas que definen la reglamentación e incentivos que hacen posible la prestación de los servicios y programas sanitarios y el acceso a estos últimos. La política sanitaria se distingue en estos momentos de la *política pública saludable* por su preocupación primordial por los servicios y programas sanitarios. El progreso futuro de las políticas sanitarias podrá ser observado en la medida en que estas puedan llegar a definirse como *políticas públicas saludables*. Como con la mayor parte de las políticas, las políticas sanitarias surgen de un proceso sistemático de apoyo a las acciones para la *salud pública* basadas en la evidencia disponible junto con las preferencias de la comunidad, las realidades políticas y la disponibilidad de recursos. (Capítulo III)

Prevención de la enfermedad. La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los *factores de riesgo*, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

Referencia: adaptada del Glosario de Términos utilizado en la serie Salud para Todos, OMS, Ginebra, 1984.

La prevención primaria está dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia. La prevención secundaria y terciaria tienen por objeto detener o retardar la enfermedad ya presente y sus efectos mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado o reducir los casos de recidivas y el establecimiento de la cronicidad, por ejemplo, mediante una rehabilitación eficaz. La prevención de la enfermedad se utiliza a veces como término complementario de la *promoción de la salud*. Pese a que a menudo se produce una superposición del contenido y de las estrategias, la prevención de la enfermedad se define como una actividad distinta. En este contexto, la prevención de la enfermedad es la acción que normalmente emana del *sector sanitario*, y que considera a los individuos y las poblaciones como expuestos a *factores de riesgo* identificables que suelen estar a menudo asociados a diferentes *comportamientos de riesgo*. (Capítulo III)

Promoción de la salud. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.

Referencia: Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra, 1986.

La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los *determinantes de la salud* y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud.

La **Carta de Ottawa** identifica tres estrategias básicas para la promoción de la salud. Éstas son la *abogacía* por la salud con el fin de crear las condiciones sanitarias esenciales antes indicadas; *facilitar* que todas las personas puedan desarrollar su completo potencial de salud; y *mediar* a favor de la salud entre los distintos intereses encontrados en la sociedad.

Estas estrategias se apoyan en cinco áreas de acción prioritaria, contemplada en la **Carta de Ottawa** para la promoción de la salud:

- Establecer una *política pública saludable*
- Crear *entornos que apoyen la salud*
- Fortalecer la *acción comunitaria para la salud*
- Desarrollar las *habilidades personales*, y
- Reorientar los servicios sanitarios

Cada una de estas estrategias y áreas de acción se define con mayor detalle en el glosario.

La **Declaración de Yakarta** sobre la manera de guiar la promoción de la salud hacia el siglo XXI, julio 1997, confirma que estas estrategias y áreas de acción son esenciales para todos los países. Además, existe una evidencia clara de que: Los enfoques globales para el desarrollo de la salud son los más eficaces. Los que utilizan combinaciones de estas cinco estrategias son más eficaces que los enfoques de una sola vía. Los *escenarios para la salud* ofrecen oportunidades prácticas para la aplicación de estrategias globales. La participación es esencial para sostener los esfuerzos. Las personas tienen que ser el centro de la acción de la promoción de la salud y de los procesos de toma de decisiones para que éstos sean eficaces. La *alfabetización sanitaria/aprendizaje sanitario* fomenta la participación. El acceso a la educación y a la información es esencial para conseguir una participación efectiva al igual que el *empoderamiento* de las personas y las comunidades. La **Declaración de Yakarta** identifica cinco prioridades de cara a la promoción de la salud en el siglo XXI:

- Promover la responsabilidad social para la salud Incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud
- Expandir la colaboración para la promoción de la salud Incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos
- Garantizar una infraestructura para la promoción de la salud

Cada una de estas prioridades se define con mayor detalle en el glosario. El incremento de la capacidad de la comunidad se incluye en la definición de *acción comunitaria para la salud*. El *empoderamiento para la salud* se incluye como definición. (Capítulos I, II, III, IV y V)

Rectoría. Conducción, supervisión u organización de algo. Gestión responsable y cuidadosa de aquello que se le ha encomendado a uno. Responsabilidad que tiene el Estado sobre todo el sistema de salud, y en particular en definir su Visión, guiar e impulsar políticas y estrategias, establecer reglas justas y negociadas, y ejercer un liderazgo efectivo para mejorar las condiciones de vida de la población. (Capítulos III y IV)

Red. Agrupación de individuos, organizaciones y agencias, organizados de forma no jerárquica en torno a temas o preocupaciones comunes, que se abordan de manera activa y sistemática, sobre la base del compromiso y la confianza.

Referencia: nueva definición.

La OMS ha iniciado y mantiene activamente varias redes de *promoción de la salud* centradas en *escenarios* y cuestiones claves. Estas incluyen, por ejemplo, la red intersectorial de *ciudades saludables*, la red de *escuelas promotoras de salud* y las redes de países de la OMS para la promoción de la salud tales como la iniciativa mega países de la OMS. También están siendo establecidas redes de redes. Como ejemplo podemos citar la iniciativa de la OMS (EURO) “Networking the networks” (conectando las redes) y las iniciativas mundiales de creación de redes de promoción de la salud destinadas a crear una *alianza mundial para la promoción de la salud*. (Capítulos I, II, III, IV y V)

Redes sociales. Relaciones y vínculos sociales entre las personas que pueden facilitar el acceso o movilización del *soporte social* a favor de la salud.

Referencia: definición modificada.

Una sociedad estable tiene muchísimas más probabilidades de tener establecidas redes sociales que faciliten el acceso al *soporte social*. Influencias desestabilizadoras como un alto índice de desempleo, planes de reubicación de viviendas a gran escala y una rápida urbanización, pueden dar lugar a una desorganización grave de las redes sociales. En tales circunstancias, la acción destinada a promover la salud se podría centrar en apoyar el restablecimiento de redes sociales. (Capítulo II)

Reorientación de los servicios sanitarios. La reorientación de los servicios sanitarios se caracteriza por una preocupación más explícita en lograr *resultados de salud* para la población, reflejados en las formas de organización y financiación del Sistema Sanitario. Esto debe llevar a un cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios que se centre en las necesidades del individuo como una persona completa, en equilibrio con las necesidades de grupos de la población.

Referencia: adaptada de la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra, 1986.

Responsabilidad social para la salud. La responsabilidad social para la salud se refleja en las acciones de los responsables de la toma de decisiones tanto del sector público como privado, para establecer políticas y prácticas que promuevan y protejan la *salud*.

Referencia: Declaración de Yakarta sobre la Conducción de la Promoción de la Salud hacia el Siglo XXI, OMS, Ginebra, 1997.

Las políticas y prácticas que aplican los sectores público y privado deben de evitar perjudicar la *salud* de los individuos; proteger el medio ambiente y garantizar el uso sostenible de los recursos; restringir la producción y el comercio de productos y sustancias inherentemente perjudiciales y desalentar las prácticas de marketing nocivas para la salud; proteger al ciudadano en el mercado y al individuo en el lugar de trabajo, e incluir evaluaciones del impacto sanitario centradas en la *equidad* como parte integral del desarrollo de las políticas. Consulte asimismo la definición *política pública saludable*. (Capítulo V)

Resultados de salud. Un cambio en **Resultados de la promoción de la salud (Health promotion outcomes)** Los resultados de la promoción de la salud son cambios producidos en las características y habilidades personales, o en las normas y acciones sociales, en las prácticas organizativas y en las políticas públicas, atribuibles a las actividades de *promoción de la salud*.

Referencia: nueva definición. Los resultados de promoción de la salud constituyen los resultados más inmediatos de las actividades de *promoción de la salud* y por lo general están dirigidos al cambio en los *determinantes de la salud* modificables. Los resultados de la promoción de la salud incluyen la *alfabetización para la salud*, la *política pública saludable* y la *acción comunitaria para la salud*. Consulte asimismo las definiciones de *resultados de salud* y *resultados de salud intermedios*.

El *estado de salud* de un individuo, grupo o población atribuible a una intervención o serie de intervenciones planificadas, independientemente de que la intervención tenga o no por objetivo modificar el *estado de salud*.

Referencia: nueva definición. Esta definición subraya los resultados de las intervenciones planificadas (a diferencia, por ejemplo, de una exposición fortuita al riesgo), y que dichos resultados pueden

beneficiar a individuos, grupos o poblaciones enteras. Las intervenciones pueden incluir las políticas y consiguientes programas del Gobierno, las leyes y reglamentos, o los servicios y programas sanitarios, incluidos los programas de *promoción de la salud*. Pueden incluir también los resultados de salud deseados o no de las políticas del gobierno en sectores diferentes al sanitario. Los resultados sanitarios se suelen evaluar utilizando *indicadores de salud*. Consulte asimismo las definiciones de *resultados de salud intermedios* y *resultados de la promoción de la salud*. (Capítulo V)

Salud. La constitución de la OMS de 1948 define la salud como: Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.

Dentro del contexto de la promoción de la salud, la salud ha sido considerada no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas.

Referencia: Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra, 1986. De acuerdo con el concepto de la salud como derecho humano fundamental, la **Carta de Ottawa** destaca determinados prerrequisitos para la salud, que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos. El reconocimiento de estos prerrequisitos pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud. Estos vínculos constituyen la clave para una comprensión holística de la salud que es primordial en la definición de la promoción de la salud.

Hoy en día, la dimensión espiritual de la salud goza de un reconocimiento cada vez mayor. La OMS considera que la salud es un derecho humano fundamental y, en consecuencia, todas las personas deben tener acceso a los recursos sanitarios básicos. Una visión integral de la salud supone que todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales y económicas, al igual que el entorno físico, deben tener en cuenta las implicaciones y el impacto de sus actividades en la salud y el bienestar individual y colectivo. Consulte asimismo la definición de *responsabilidad social en materia de salud*. (Capítulos I, II, III, IV y V)

Salud para Todos. La consecución de un nivel de salud que permita llevar a todas las personas una vida social y económicamente productiva.

Referencia: Glosario de Términos usados en la serie Salud para Todos, OMS, Ginebra, 1984. La Salud para Todos ha servido a la OMS y a sus Estados Miembros como un importante referente para sus estrategias sanitarias durante casi 20 años. Pese a que cada país le ha dado una interpretación diferente dependiendo de sus características sociales y económicas, del estado de salud y de la distribución de la morbilidad de su población y del grado de desarrollo de su sistema sanitario, ha ofrecido una meta a la que aspirar basada en el concepto de la *equidad en salud*. La estrategia de Salud para Todos está siendo replanteada con el fin de garantizar su continuidad en el siglo que viene. Está en fase de desarrollo una nueva política, que la Asamblea Mundial de la Salud ha adoptado en 1998. (Capítulos I, III y V)

Salud pública. La ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad.

Referencia adaptada del "Informe Acheson", Londres, 1988. La salud pública es un concepto social y político destinado a mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar la *calidad de vida* de las poblaciones mediante la *promoción de la salud*, la *prevención de la enfermedad* y otras formas de intervención sanitaria. En la literatura sobre *promoción de la salud* se ha establecido una distinción entre la *salud pública* y una nueva salud pública, con el fin de poner de manifiesto los muy distintos enfoques sobre la descripción y el análisis de los *determinantes de la salud*, así como sobre los métodos para solucionar los problemas de salud pública. Esta **nueva salud pública** basa su diferencia en una comprensión global de las formas en que los *estilos de vida* y las *condiciones de vida* determinan el estado de salud y en un reconocimiento de la necesidad de movilizar recursos y realizar inversiones razonadas en políticas, programas y servicios que creen, mantengan y protejan la salud, apoyando

estilos de vida sanos y creando entornos que apoyan la salud. Esta distinción entre lo “antiguo” y lo “nuevo” puede no ser necesaria en el futuro conforme se vaya desarrollando y difundiendo un concepto unificado de salud pública. (Capítulo IV)

El concepto de **salud pública ecológica** ha hecho asimismo su aparición en la literatura. Ha evolucionado como respuesta a la naturaleza cambiante de los problemas sanitarios y su conexión con los problemas ambientales mundiales emergentes. Estos nuevos problemas incluyen riesgos ecológicos como la destrucción de la capa de ozono, la contaminación incontrolada e incontrolable del aire y del agua, y el calentamiento de la tierra. Estos hechos ejercen un impacto considerable sobre la salud, que escapa a menudo de los modelos simples de causalidad e intervención. La salud pública ecológica enfatiza los puntos comunes entre la *salud* y el *desarrollo sostenible*. Se centra en los *determinantes* económicos y ambientales de la *salud* y en los medios para orientar la inversión económica hacia la consecución de los mejores *resultados sanitarios* para la población, una mayor *equidad en salud* y un uso sostenible de los recursos de salud. (Capítulos I, II, III, IV y V)

Sector sanitario. El sector sanitario está compuesto por servicios sanitarios públicos y privados (incluidos los servicios de *promoción de la salud*, *prevención de la enfermedad*, diagnóstico, tratamiento y asistencia), las políticas y actividades de los departamentos y ministerios de salud, las organizaciones no gubernamentales y los grupos de la *comunidad* que prestan servicios de salud y las asociaciones profesionales. Referencia: adaptada del Glosario de Términos usados en la serie Salud para Todos Nº 9, OMS, Ginebra, 1984. (Capítulo V)

Servicio. Instancia y personas destinadas a cuidar intereses y/o satisfacer necesidades de un individuo, población o entidad oficial o privada. Prestación humana que satisface alguna necesidad social y que no consiste en la producción de bienes materiales (Diccionario de la Real Academia Española). (Capítulos I, II, III, IV y V)

Sociedad civil. Conjunto de personas que conviven y se relacionan dentro de un mismo espacio y ámbito cultural (Vg., se habla de la sociedad de principios de siglo). Conjunto de personas y/o instituciones que actúan unidas para conseguir un mismo fin. (Capítulo III)

Soporte social. Aquella asistencia para las personas y los grupos desde dentro de sus *comunidades* que puede servirles de ayuda para afrontar los acontecimientos y las *condiciones de vida* adversos y puede ofrecer un recurso positivo para mejorar la *calidad de vida*.

Referencia: definición modificada. El soporte social puede incluir apoyo emocional, intercambio de información y suministro de recursos y servicios materiales. Actualmente el soporte social está considerado como un importante *determinante de la salud* y como elemento esencial del *capital social*. (Capítulo V)

Sustentabilidad. Continuación, viabilidad en el largo plazo, sobrevivencia. Hay cuatro niveles de sustentabilidad: sustentabilidad del tema, que se consigue manteniendo una alta atención sobre éste en la agenda de todas las partes involucradas; sustentabilidad del cambio de comportamiento, que se logra construyendo habilidades, creando estructuras físicas que apoyen dicho cambio y modificando el ambiente social; sustentabilidad de programas, que se logra integrando actividades en las organizaciones que se responsabilizarán del programa en el largo plazo, y sustentabilidad de la alianza, que se consigue creando y manteniendo relaciones de trabajo productivas y maximizando los beneficios que surgen cuando diversas partes interesadas abordan un tema. (Capítulos III, IV y V)

Valor Grado de aptitud de las cosas para satisfacer necesidades o proporcionar. (Capítulos I, II, III, IV y V)

Voluntario Individuo u organización -con o sin personalidad jurídica- que presta un servicio solidario para solucionar problemas que afectan a la población. Dicho servicio es continuo y sin fines de lucro. El voluntario efectúa prestaciones personales voluntarias y gratuitas. Actúa en el ámbito de la administración pública o bien en organizaciones no gubernamentales. (Capítulo II)