



Universidad de Carabobo  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Doctorado en Ciencias Sociales  
Mención Salud y Sociedad



**PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD BUCAL.  
REPRESENTACIONES SOCIALES**

**Autora:**  
Sandra C. Rojas G.

Valencia, Julio 2011



Universidad de Carabobo  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Doctorado en Ciencias Sociales  
Mención Salud y Sociedad



## **PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD BUCAL. REPRESENTACIONES SOCIALES**

Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al título de  
Doctor en Ciencias Sociales Mención Estudios de Salud y Sociedad.

**Autora:**

Sandra C. Rojas G.  
C.I. V-7.121.227

**Tutor:**

Dr. Gerónimo Sosa S.

Valencia, Julio 2011



Universidad de Carabobo  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Doctorado en Ciencias Sociales  
Mención Salud



## CARTA DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Yo, **Gerónimo Sosa Sánchez**, titular de la cédula de identidad número V-2.524.380, Doctor en Ciencias de la Educación y Docente del Programa Doctoral en Ciencias Sociales de la Universidad de Carabobo, declaro haber leído este trabajo de grado, intitulado **Participación Comunitaria en Salud Bucal. Representaciones Sociales, realizado por la ciudadana Sandra C. Rojas G.**, titular de la cédula de identidad número **V-7.121.227**, y considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a presentación para lectura y evaluación por parte del jurado correspondiente que se designe para tal fin y para su oportuna defensa pública.

---

Dr. Gerónimo Sosa Sánchez  
Tutor de la Tesis



Universidad de Carabobo  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Doctorado en Ciencias Sociales  
Mención Salud y Sociedad



## **PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD BUCAL. REPRESENTACIONES SOCIALES**

Autora: Sandra Rojas G.  
Tutor: Gerónimo Sosa S.  
Año: 2011

### **RESUMEN**

El propósito central de esta investigación, fue estudiar la participación comunitaria en salud bucal a través de las representaciones sociales que ejercen los líderes de la comunidad objeto de estudio, planteando un análisis que emerge de la búsqueda de comprensión del conocimiento del sentido común; desde opiniones, experiencias y procesos de los actores y de la misma comunidad, que constituyen lo que representa la participación comunitaria para los protagonistas de éstos procesos; también el abordaje de las opciones y dificultades en el marco de construcción de la salud desde una perspectiva colectiva. Así pues, esta la tesis doctoral, transita un diálogo teórico desde la descripción fenomenológica contextualizadora y un marco referencial que facilita la comprensión de concepciones, modelos de participación y el sustento de las representaciones sociales que sirvieron de apoyo para la interpretación del fenómeno en estudio. Lo anterior se desarrollo sobre un eje conductor metódico, bajo la visión hermenéutica fenomenológica, como modo de apropiación y síntesis de la teoría relacionada a los procesos estudiados donde el ser humano es productor de sentidos y significados a través del lenguaje constructor del mundo donde vivimos. Asimismo, el constructo metodológico permitió registrar información, como insumo esencial para comprender los mecanismos de participación efectiva que se desprenden de las comunidades y sus actores. De esta forma, los saberes ubicados en las representaciones sociales se constituyen como un factor de importancia retributiva que potencia la acción protagonista del entorno comunitario e institucional en salud bucal y por ende en construcción en salud colectiva. Así, mediante el cumplimiento de las directrices centrales de esta investigación se comprende que la participación en salud, constituye un conjunto devenires, métodos y costumbres, que demandan reconocer sus representaciones sociales, promover el protagonismo para cultivar la salud bucal y lograr una atención odontológica digna, sin distingos de estratos sociales.

**Palabras clave:** participación comunitaria, salud bucal, representaciones sociales.

## Índice

Carta de aceptación del tutor .....	iii
Resumen.....	iv
Índice de Cuadros .....	vii
Índice de Gráficos .....	viii
Introducción .....	ix
Contextualización de la investigación.....	15
Intencionalidad .....	19
Directrices.....	19
Justificación .....	20
Camino teórico transitado .....	24
Antecedentes investigativos contextuales .....	24
Representación Social .....	29
Teoría de las representaciones sociales.....	29
Estructura de las representaciones sociales.....	35
Enlaces en la cotidianidad .....	38
Devenir de las representaciones sociales.....	42
El discurso de la participación .....	45
Participación social en salud.....	45
Cultura participativa.....	48
Participación y tejido social.....	50
Democracia participativa.....	52
Participar, deber ciudadano .....	54
La Municipalidad: espacio natural para ejercer el poder local.....	56
Logros de la participación .....	58
Reglas generales para la participación .....	60
Construyendo la participación .....	61
Deliberación: factor clave para el Consenso .....	65
Construccionismo social, esfera de poder y participación.....	67
¿Por qué potenciar las comunidades?.....	72
El Empoderamiento .....	74
¿Por qué participación? .....	76
Comunidad.....	78
Epidemiología comunitaria .....	79

Construcción social de la salud .....	87
Determinación social de la salud.....	87
Promoción de la salud .....	97
Participación ciudadana y salud .....	102
Aproximación al concepto de salud .....	103
Salud como proyecto de vida .....	106
Perspectiva de salud colectiva .....	106
Salud bucal .....	107
Bases legales y políticas.....	109
Entrelazado metódico .....	114
El itinerario propuesto.....	124
Otras actividades.....	125
De los informantes.....	126
Análisis interpretativo .....	128
Reflexiones generales .....	141
Referencias .....	147
Apéndice A.....	157
Entrevistas en profundidad.....	157
Apéndice B.....	170
Formato de consentimiento informado .....	170

## ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro N°	Pp.
1. Matriz Categorical.....	129

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°	Pp.
1. Determinantes Sociales de la Salud .....	89
2. Círculos Hermenéuticos .....	120
3. Abordaje fenomenológico.....	116

## INTRODUCCIÓN

La conceptualización de la odontología que se ha venido instalando sobre las bases de la episteme moderna, desde la perspectiva del conocimiento perfecto referido al mundo de ideas y a las consecuencias del ejercicio de la razón, así pues, el discurso de las ciencias médicas en la sociedad occidental, se ha constituido en el pensamiento que prevalece en la práctica odontológica de la Venezuela contemporánea.

De esta manera, el discurso odontológico de fuerte orientación racional tecno científica se difunde con facilidad y autoridad en el espacio odontológico y sus áreas de producción y reproducción de la teoría y la práctica de esta disciplina. Pero no sólo penetra esos espacios específicos, sino que también sirve de sustento epistemológico para la definición y aplicación de las políticas públicas en el terreno de la educación y la salud, además de generar los modelos que promueven las representaciones en la comunidad.

A juicio de Oliveros (2001), la conceptualización de la odontología debe entenderse bajo los parámetros de “una ciencia que nace como el producto de una práctica social en un momento histórico determinado. Posee un trabajo, que es la investigación científica y un producto que es el conocimiento científico y tiene como objeto la salud” (p. 11), y ésta debe ser interpretada además como una práctica social porque utiliza los conocimientos de su propia práctica a favor de la salud de los seres humanos. Es decir: nace y se orienta en la comunidad a partir de la satisfacción de necesidades, donde se

conjugan la estructura social comunitaria, la demanda de servicios y la situación de salud de la población con el conjunto de individuos que promueven las actividades socio comunitarias en beneficio de la colectividad; esto implica el nacimiento de representaciones sociales que coadyuven al cumplimiento efectivo de esas necesidades colectivas.

Ahora bien, la concepción del sistema de salud venezolano y su modelo de atención de ha desarrollado en las últimas dos décadas, sin lograrlo, un esfuerzo por coordinar los servicios del sector público, el privado y el docente, con el propósito de servicio que se ofrece principalmente desde las universidades, en función de contribuir a mejorar las condiciones de salud bucal y general de la población; la odontología venezolana, como parte de este sistema no escapa a esa realidad. Un factor limitante para avanzar en esa tarea, ha sido que la atención odontológica del sector público en Venezuela ha estado dirigida predominantemente a funciones terapéuticas, curativas y mutiladoras como orientación paliativa a la alta incidencia de caries en el país.

Los aspectos esbozados han conducido a que en Venezuela se desarrolle una práctica odontológica orientada en sentido general a prestar un servicio clínico caracterizado por ser individualizado, discriminatorio, de baja productividad y de altos costos, orientado con excesivo énfasis hacia lo asistencial curativo, casi sin emplear medidas preventivas.

Por tanto, la práctica pública se ha limitado casi exclusivamente a realizar extracciones dentarias y actividades operatorias,

reconociéndose en consecuencia el papel sociológico de una práctica profesional que se expresa disciplinariamente como una odontología mutiladora, traumática y dolorosa. Un panorama que luce poco atractivo para estimular la participación comunitaria en salud bucal.

Asimismo, a pesar de que la salud bucal representa el primer nivel de prevención, las planificaciones nacionales en materia de salud han dejado de lado su promoción comunitaria lo cual se ha traducido en un incremento de la problemática de salud bucal; ante esto es necesario mencionar que la herramienta básica de éste nivel de prevención es la educación y su requisito fundamental es la participación de las comunidades, por lo cual si realmente se pretende cosechar logros significativos en la mejora la salud bucal se debe avanzar en la promoción comunitaria necesaria y en afianzar los niveles de participación a través de las representaciones sociales. Sin embargo, actualmente con el *Plan Nacional de la Misión Barrio Adentro en Salud* se ha incorporado la asistencia odontológica en consultorios ambulatorios, adscritos ahora al Ministerio del Poder Popular para la Salud.

Al respecto, Laserna (2010), comenta que en el modelo actual de la atención pública en salud bucal, los profesionales están prácticamente obligados trabajar en las consecuencias de la enfermedad y no en sus causas, ni en fomentar la Salud. La población en general requiere, y los odontólogos en particular, realizan, acciones orientadas hacia la curación-tratamiento-rehabilitación de las piezas dentarias, por sobre las acciones de prevención y promoción de la salud en las poblaciones.

Por otra parte, promoción y prevención permitirían disminuir las complicaciones en las terapéuticas clínicas, de igual forma el tiempo y los recursos empleados en el proceso de saneamiento de las enfermedades bucales. En este orden de ideas, es necesario destacar que en las comunidades se observan múltiples problemas, pero también enormes potencialidades humanas que no se activan muchas veces por falta de oportunidades e iniciativas, o se manifiestan con escasos conocimientos y formación. En consecuencia, se pierde esa gran riqueza que se haya en los propios miembros de las comunidades, eventualmente poseedores de un grado de conciencia variable en torno a la salud pública.

Es en las comunidades organizadas donde se presenta un mayor potencial para el logro de la participación comunitaria en la salud bucal, por cuanto permiten marcar una diferencia en la calidad del servicio, toda vez que las personas han aprendido a descubrir la importancia y el valor de la participación de ellos mismos en los programas de promoción de salud bucal para sus comunidades.

El concepto de participación comunitaria en los asuntos que afectan la supervivencia de la comunidad, es tan antiguo como la historia humana y, surge como expresión de ese movimiento continuo que es parte de la vida comunitaria cotidiana, y a su vez parte esencial de la dinámica de las sociedades humanas.

La participación comunitaria es pues, un proceso por el cual los individuos y las familias toman a cargo su propia salud, su bienestar y el de la comunidad de la cual ellos forman parte. Gracias a esta participación, los individuos y los grupos sociales pueden incrementar

sus responsabilidades en salud, contribuyendo a un desarrollo más global, trabajando cada quién por el bien común próximo y el mediato.

Al respecto, afirma Laserna (2010), que la salud colectiva es un campo de saber y de intervención, un campo estructurado de prácticas socialmente determinadas que se apoya en diferentes disciplinas científicas. Es decir, las disciplinas solo como parte y no como un todo, y considerando a la población como totalidades sociales más allá de los individuos que las componen. De esta forma los individuos y grupos se encuentran determinados socialmente y por lo tanto las categorías de análisis son la producción económica y reproducción social, clases sociales, género, por ejemplo; así los individuos se analizan dentro de esas categorías en una determinada sociedad y en un determinado tiempo histórico.

Lo anterior permite inferir que el enfoque desde la salud colectiva se hace por problemas sociales (definidos a partir de actores), y teniendo como instrumento de análisis de la realidad, los problemas reales que la gente tiene, puntualizando así la importancia de que las representaciones sociales se integren a un modelo que se adecue a las necesidades específicas de la comunidad donde se desarrollan, partiendo del análisis del contexto socio comunitario y adaptado a los recursos disponibles para ello.

En efecto, es posible afirmar que el enfoque médico-odontológico por sí solo no es suficiente para mejorar las situaciones sanitarias que son tan complejas, sobre todo en el seno de las colectividades más vulnerables o debilitadas por condiciones de vida difíciles. Esto constituye parte del desafío de la presente investigación, donde se

hace un abordaje de las representaciones sociales de la participación comunitaria en salud bucal en Venezuela. Partiendo de reconocer la necesidad de explorar estos procesos y constituir elementos que ayuden a *estructurar un estudio teórica que coadyuve en la promoción de una cultura de participación comunitaria en salud bucal, desde la perspectiva de salud colectiva.*

## **Contextualización de la investigación**

De acuerdo a lo expresado por Sosa (2006), cuando se efectúa una revisión histórica a las tendencias de la educación médica y su función socializadora para las comunidades, se devela una marcada preocupación cuantitativa en responder a una demanda creciente de los estudios médicos; una respuesta que ha ampliado los contingentes médicos para la labor asistencial en las comunidades. Se pone de manifiesto entonces la necesidad de una formación apuntada a la participación comunitaria y a la integración de las representaciones sociales como medio para el modelado de soluciones efectivas a las necesidades particulares de cada comunidad.

En esta compleja situación, en términos generales, se ha identificado en los últimos tiempos la necesidad de incorporar nuevas temáticas, nuevos objetos de estudio y categorías, para la comprensión de las interrelaciones entre los procesos sociales y la salud poblacional.

En ese sentido, urge a los estudios sociales abordar la investigación sobre la participación de los usuarios de los servicios de la salud pública, el abordaje de aspectos relacionados con la configuración de los sistemas, los fenómenos de transferencia, recepción e impacto de los procesos de la comunicación social en salud, tal como lo plantea Rovere (2002), con sus códigos manifiestos y subyacentes, especialmente en campos que interceptan las pautas morales, éticas y estéticas de los profesionales de la salud.

Así, la opción por el estudio de la participación comunitaria en salud, en Venezuela, parte del hecho de que ésta sea considerada una

prioridad en los colectivos humanos y por lo tanto, la atención de salud como un servicio de personas para otras personas. Interesa en esa dirección y en el afán de mejorar el sistema de salud, conocer cómo se establecen los vínculos entre la gente de los distintos escenarios donde se desarrolla la atención de salud. En parte, la construcción de estos vínculos guarda relación con las perspectivas que acerca de la salud, la educación, lo social, posean los actores sociales involucrados.

En América Latina, se están dando avances al respecto de la participación comunitaria, en los cuales los profesionales de servicios asistenciales ahora comprenden que para adecuarse a los problemas de salud de la comunidad, la enseñanza y el aprendizaje debe realizarse en las instalaciones de servicio de salud comunitaria y en las propias comunidades, integrando las representaciones sociales a éste proceso.

Allí los estudiantes -en el caso del servicio de extensión prestado por las universidades- además de estar vinculados a la atención primaria -donde se requiere no sólo prestar atención a temas curativos, sino también preventivos, de promoción y de rehabilitación- también se ven confrontados con la realidad de los problemas sociales, económicos y administrativos que afectan de manera directa la organización de la atención sanitaria y de la propia salud. Por el contrario, estos problemas pueden ser deficientemente comprendidos por los estudiantes en las aulas o en los centros universitarios de atención de salud en los que típicamente se presentan en forma teórica y menos efectiva (OMS, 1993).

Es interesante indagar desde este aspecto, sobre la necesidad de adelantar la ruptura de los paradigmas ideológicos y de aquellos planteamientos teórico - metodológicos que tradicionalmente han imperado hasta el presente en el análisis de la problemática social relacionada con la salud en general, y con la bucal, específicamente.

En este sentido, es necesario formar un equipo con talento humano conformado por profesionales de la salud bucal y representaciones sociales que se integren como grupos especializados en programación e identificación de problemas y el establecimiento de prioridades en la planificación de un programa de salud bucal y que además estén en la capacidad diseñar e implementar programas de acuerdo a las necesidades reales de la comunidad. Para ello es necesario que en el devenir de la preparación académica del profesional en la salud bucal se oriente la educación para la salud en odontología comunitaria, a través de métodos y sugerencias para abordar diferentes grupos de la comunidad y organizarlos en función del logro de objetivos comunes.

Desde su posición respectiva, los actores sociales ponen en juego su perspectiva, su sistema de valores, su experiencia, su intencionalidad. Por ello, surge la necesidad de explicitar las percepciones de las personas para promover los encuentros que posibiliten mejorar la situación de salud de la población. Es preciso, pues, conocer cómo hechos, actividades, cosas, personas y procesos, son *representados* en las conciencias de las personas.

Consecutivamente, los distintos actores sociales perciben de modo diverso los problemas que se presentan en la comunidad, por

ello es necesario considerar los múltiples niveles de intervención que promueve esta modalidad de trabajo; de esta manera, el fin no es sólo observar la boca del paciente, sino involucrar a la persona en su totalidad, su entorno, los diversos grupos de pertenencia, los contextos reales en los que viven, aprenden y construyen su mundo cotidiano.

De igual forma, esto refiere también a múltiples niveles de decisión, intervención y acción. Esto implica la consideración de la carencia que significa explicar e intervenir en la comunidad utilizando una razón única para construir respuestas referidas a los problemas de salud bucal. De allí también la inclusión de la problemática desde las representaciones sociales, contemplando que las mismas se construyen desde niveles de diferente procedencia, con múltiples miradas. Esto permite remover prejuicios e ideas viejas que se resisten al cambio, por cuanto las comunidades se han acostumbrado al estigma de *papá que resuelve todo* -en este caso: el Estado que lo resuelve todo- sin participar en la solución de sus problemas. En el sector salud, se debe actuar con y para las comunidades.

Esta tesis doctoral propone entonces la elaboración un cuerpo teórico-práctico que identifique la percepción existente en los actores sociales objeto de análisis sobre los servicios de salud bucal que se ofrecen a nivel comunitario, con la intención de contribuir a mejorar los existentes, crear los necesarios y lograr que ambos grupos sean cada vez más eficientes para la satisfacción de las necesidades de los miembros de la comunidad en materia de salud bucal.

En este orden de ideas la tesis se enmarca en las siguientes interrogantes que conducen la formulación de la intencionalidad y las directrices formuladas para el desarrollo de la investigación: ¿Cómo y cuándo se ha desarrollado la teoría y praxis de la odontología contemporánea en Venezuela? ¿Cuál es la dimensión socio-histórica de este pensamiento teórico? ¿Cómo se han desarrollado los niveles de participación comunitaria en los programas de promoción de salud bucal en el Estado Carabobo? ¿Cuáles son los contenidos de las representaciones sociales de la participación comunitaria en la promoción de una salud bucal preventiva? ¿Cuáles son los aspectos teóricos claves en torno a la participación comunitaria como opción para la construcción social de la salud bucal?

### **Intencionalidad**

Indagar sobre las representaciones sociales de la participación comunitaria en cuanto a la prevención y promoción de la salud bucal.

### **Directrices**

1. *Contextualizar* el pensamiento sobre la teoría y práctica de la odontología en la Venezuela contemporánea en su dimensión socio-histórica.
2. *Indagar* los niveles y las formas de participación comunitaria en los programas de promoción en salud en el estado Carabobo, Venezuela.
3. *Develar* las representaciones sociales de la participación comunitaria en la promoción y prevención de salud bucal.

4. *Construir* desde el análisis interpretativo, aspectos teóricos claves en torno a la participación comunitaria como opción de la salud bucal como hecho social.

### **Justificación**

La investigación se centra en la comprensión de un fenómeno social constituido por el análisis del devenir de las representaciones sociales y su participación en el mejoramiento y aprovechamiento de la salud bucal como medio para dar respuesta a las necesidades de la comunidad en la cual se desarrollan, desde esta perspectiva, se esboza una responsabilidad compartida entre los profesionales que conforman equipos de salud bucal y las representaciones sociales con la finalidad de guiar a un determinado grupo social hacia la satisfacción de sus necesidades, en este caso específico, de las necesidades de prevención y correcta aplicación de los procedimientos de salud bucal.

Ahora bien, conocer las vivencias de actores bien delimitados y seleccionados, mediante entrevistas a profundidad y análisis comprensivo interpretativo, permite la aproximación al conocimiento de sentido común socialmente elaborado, acerca del estado actual de lo que se conoce, se piensa, se dice, en el Estado Carabobo, sobre cómo se está llevando a cabo el proceso de Salud bucal proveniente de instituciones públicas a nivel regional en conjunto la Universidad de Carabobo, y explorar cómo se está dando la participación comunitaria.

En este sentido, la tesis permite precisar desde la teoría emergente, cuáles son las opiniones, sugerencias, deseos y experiencias que son consideradas más positivas, eficientes, eficaces

e interesantes para las comunidades, así como aquellos que se aprecian como ineficientes, perniciosos, débiles, limitados o de escaso interés. De esta manera, la mencionada teoría, constituye un aporte a la construcción del saber comunitario, como entidad compleja y dinámica; ésta parte de la de la diversidad en sus concepciones y de asumir que la teoría y la práctica son instancias de edificación y autenticación del saber.

Asimismo, las directrices planteadas conllevan a una reflexión de los que significa la socialización consistente de las representaciones sociales y los grupos comunitarios que se organizan en torno a éstas; en este sentido, la investigación que se desarrollo contribuye a la configuración de los contextos configurados en la cotidianidad comunitaria y en la multipresencia de las representaciones sociales en la vida social, todo ello origina un saber que debe recobrase a través del pensamiento reflexivo.

En el análisis de potencialidades de la participación social para el mejoramiento de la calidad de vida y la salud, cabe destacar que los mayores factores de riesgo que suelen asociarse a la génesis y perpetuación de la pobreza, representan aspectos que pueden ser discutidos y superados a través de la participación comunitaria en programas de promoción de salud bucal.

Metodológicamente, la tesis doctoral se justifica a partir de la visión hermenéutica que se inscribe en el contexto de la teoría del conocimiento proponiéndose como un método para la obtención del conocimiento; desde una perspectiva crítica, no limito el desarrollo de las directrices que guían esta investigación solamente a lo que los

autores consultados en el camino teórico transitado han querido decir, si no que por el contrario me interesa interrogarme sobre la realidad misma que encierra cada aspecto teórico, con la finalidad de privilegiar el nivel de acceso a la problemática estudiada y comprender la dinámica de las relaciones sociales que se derivan de ella, en función de obtener la información necesaria para esbozar inferencias oportunas y útiles para el mejoramiento de la participación comunitaria en la salud bucal a través de las representaciones sociales.

En este mismo sentido, la fenomenología como método justifica también esta investigación, pues corresponde a un modo de observar y experimentar el devenir comunitario y una directa con el mundo interno propio de las representaciones sociales y su relación con los procesos de salud bucal que requieren ser puestos en marcha de manera eficaz para alcanzar la optimización de la calidad de atención en esta materia. Así, las conclusiones esbozadas y las reflexiones presentadas se proyectan a todo el acontecer comunitario de Venezuela, pues a partir de lo analizado en el caso particular que ocupa esta tesis doctoral es posible establecer acciones concertadas para lograr el mismo objetivo en otras comunidades y analizando otras representaciones sociales.

En términos propiamente institucionales, la presente investigación se justifica ampliamente desde la experiencia de los estudios de postgrado, maestría y doctorado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo, en la formación profesional y la producción intelectual; al posibilitar, para la academia y para otros entes públicos o privados, aportes al conocimiento en salud y sociedad, para nutrir la reflexión, comparación, ampliación y

corrección, sobre prácticas y políticas vigentes y/o futuras que sean formuladas y puestas en acción para las comunidades, en pro de la emancipación en salud y del mejoramiento del nivel socioeconómico.

En coincidencia con Sosa (2006), considero que se debe elevar la calidad de la educación médica y su pertinencia social, pero además debe promoverse desde las comunidades la formación sobre salud y bienestar. Se requiere así, que los colectivos fortalezcan conocimientos, habilidades y destrezas, mediante la constitución de procesos de aprendizaje social, en interacción y diálogo de saberes con profesionales y técnicos, para que luego puedan ser desplegados no sólo a través de las prácticas preventivas individuales, sino también en la construcción social de la salud colectiva; repensando las imágenes que se tienen de la Práctica Sociosanitaria, la experiencia social de las acciones y de las instituciones educativas.(pp. 275-276)

En la dimensión de la pertinencia social: las comunidades, los movimientos sociales, profesionales, técnicos, estudiantes y otros, contarán con un estudio que contribuirá con aportes orientadores, al conocimiento, comprensión y mejoramiento de la situación planteada en el marco de salud y sociedad, o la inspiración de nuevos estudios en ese camino, otro de los fines últimos de una buena investigación.

## **CAMINO TEÓRICO TRANSITADO**

### **Antecedentes investigativos contextuales**

A continuación se presentan estudios teóricos relevantes que son considerados como antecedentes investigativos de esta tesis doctoral pues se enmarcan en el contexto de la problemática planteada y las directrices que se siguen para la prosecución de la investigación.

Oliveros (2001), en su propuesta para la “Reconstrucción del pensamiento odontológico”, expone como la sociedad actual se enfrenta con perfiles socio epidemiológicos complejos, donde al lado de enfermedades ligadas a la pobreza, coexisten enfermedades crónicas degenerativas, lo que se conoce como acumulación y polarización epidemiológica. Esto alude a desigualdades sociales dentro de parámetros de distribución. En ese sentido reafirma que, para los países de la periferia excluidos de los grandes circuitos de acumulación capitalista, no se trata de una transición, sino mas bien de acumulación cuya característica básica es la coexistencia de patologías típicas del subdesarrollo y la pobreza, enfermedades infecciosas y carenciales, con enfermedades crónico-degenerativas típicas de los procesos de industrialización y urbanización.

Oliveros concluye diciendo que los sistemas de salud en América Latina, exhiben marcados síntomas de deterioro no solamente en la atención, sino en la gestión de los servicios; situación que ha devenido en un aumento de patologías y reaparición de enfermedades infecto contagiosas que se creían controladas; y sobre estos aspectos son los que todos los profesionales del área de la salud deben trabajar,

formando esto parte de las exigencias personales que se ha trazado la autora.

Vásquez y Couto (2006), en su trabajo sobre los “Paradigmas de la Práctica Odontológica”, sostienen que la práctica odontológica como argumentación tecno-científica, académica y social, pretende abordar los problemas de la salud-enfermedad bucal a través de los componentes de la generación de conocimientos, de la producción de servicios y del desarrollo de recursos humanos eficientes y efectivos. No obstante, cada uno de estos componentes que integran la profesión odontológica en su evolución y desarrollo, han perdido de vista el objeto global de la odontología como profesión, la perspectiva de su objeto de trabajo, la búsqueda de la salud bucal de la población, para asumirse cada uno de ellos como un fin en sí mismo y no, como en realidad son, un medio para alcanzar la meta propuesta.

Es oportuno mencionar que la vinculación del trabajo presentado por Vásquez y Couto (2006), con el actual estudio se centra en los modelos presentados por los autores, donde la participación de la comunidad en la contribución de la salud bucal es determinante y altamente necesaria. Además, señalaron que la práctica odontológica se sustenta en la corriente positivista, la cual se define como la teoría del saber que se niega a admitir otra realidad que no sean los hechos. Por lo cual, uno de los primeros aspectos que debe incluir el diseño de un plan de participación de la comunidad en programas de promoción de salud bucal en Venezuela, debería ser la educativa, porque al conocer y saber se pueden enfrentar los hechos inherentes a la salud bucal.

En referencia a la participación, León Uzcátegui (2005), en una investigación titulada “Participación Ciudadana en Salud en Venezuela y el nuevo marco constitucional: ¿De la representatividad a la participación protagónica?”, se planteó como propósito central estudiar la participación de la población en el área de la salud en Venezuela y su relación con la nueva Carta Magna de 1999, donde analizó las características de la participación ciudadana en los programas de salud en los años previos a su aprobación, para determinar el impacto que ella produjo en el mismo ámbito desde el mencionado año. Consideró como marco general de este proceso el conformado por la crisis de la Democracia Representativa, el fracaso del modelo neoliberal y la redefinición de una nueva relación Estado-sociedad en el país. Las conclusiones plantean que si bien la participación de la población en el área de la salud se venía produciendo en Venezuela desde mediados del siglo pasado, con el carácter de participación comunitaria, no será sino hasta la década de los noventa que comenzará a expresarse como *Participación Ciudadana en Salud*.

El estudio de León (2005) presentó la trascendencia del análisis a la Constitución de 1999, donde se consagran los preceptos fundamentales del Estado Social y abren la posibilidad del ejercicio de una *ciudadanía plena, también en el área de la salud*, estableciendo múltiples mecanismos para su implementación.

Se argumenta a favor de una democracia participativa y protagónica, permitiendo afianzar que la participación ciudadana en Salud es una noción que constituye una herramienta clave como concepto y en la práctica social de la coyuntura actual, para avanzar en los cambios que se requieren.

En concordancia con lo anterior, Calatrava (2004) en su texto sobre “La producción de conocimientos en salud bucal. Un bien escaso y costoso” plantea como propósito general resaltar la labor de los profesionales de la odontología, quienes tienen el privilegio de promover la calidad de vida al intercambiar información e ideas con sus pacientes basadas en sus propias experiencias. Pero la falta de suficiente financiamiento para la investigación en odontología se considera frecuentemente como la principal barrera para los avances futuros. Es obvio que se necesita el desarrollo de investigación a pesar de los recursos económicos limitados, de la falta de infraestructura y las necesidades y demandas de tratamiento de la población. La investigación impactará la naturaleza de la práctica, pero de manera general no es apreciada por la comunidad odontológica. Los educadores deben reconocer el valor de la producción del conocimiento y hacerla relevante para sus alumnos. Ese es el reto.

La trascendencia de esta investigación se centró en su afirmación, en cuanto a que la población en general debe adquirir los conocimientos necesarios que les permitan internalizar la importancia que tiene la salud bucal; experiencia que les ayudará a la prevención como meta originaria de todo odontólogo moderno.

Romero Uzcátegui (2003) en su investigación “Hábitos que Influyen en el Proceso Salud-Enfermedad Bucal. Estudio etnográfico en grupo de madres de la comunidad de San Isidro, estado Mérida” plantea que en el estudio del componente bucal en el proceso salud - enfermedad, se requiere la incorporación de nuevos modelos epistemológicos que permitan superar la visión reducida y biologicista

con la que tradicionalmente se aborda, estudiando las causas orgánicas, las consecuencias y el tratamiento de las enfermedades.

En los últimos años, se viene presentando una tendencia al cambio de enfoque conceptual con la realización de algunos estudios desde la práctica odontológica institucional, incorporando técnicas cualitativas de investigación y el diseño de estudios etnográficos. Los resultados obtenidos permitieron identificar el dolor dental como la situación odontológica mayormente problematizada y con mayor significado para la familia; la madre y el odontólogo son los principales actores involucrados en la búsqueda de soluciones ante el dolor dental.

Este autor analizó los comportamientos sociales y culturales que definen la significación de la salud bucal en el seno familiar. También logró identificar las principales relaciones que se tejen en el entramado social de la comunidad y que inciden en la situación de salud bucal y general de sus habitantes. Aspectos que tienen significado puntual para la presente investigación.

Para cerrar los antecedentes investigativos citaré el trabajo de Rasquin (2002), quien en los “Cambios en la valoración de la salud oral en los pacientes que acuden al Servicio Odontológico del Municipio Arismendi”, realizado en la Universidad de Carabobo, planteó la importancia de evidenciar los cambios que se han producido sobre la percepción de la importancia de la salud bucal desde hace cuatro años cuando el Servicio Odontológico de ese municipio comenzó a brindar atención odontológica. Para ello se realizaron setenta (70) entrevistas a pacientes en tratamiento durante el periodo

mayo-octubre de 2002, arrojando como resultado un cambio positivo en la concepción sobre salud oral de los pacientes, que se reflejó en los tratamientos que estos solicitaron, observándose la disminución de las actividades mutilantes y el significativo aumento de las actividades orientadas a la prevención.

Es significativo que este estudio demostró que hubo un cambio positivo en la concepción sobre salud oral de los pacientes, debido a que se percataron que era mejor prevenir que asistir a las consultas odontológicas en un nivel de rehabilitación, con tratamientos más invasivos, más dolorosos y más costosos.

## **Representación Social**

### **Teoría de las representaciones sociales**

Esta teoría surge en Europa, específicamente en Francia, dentro de la propuesta de una psicología “más” social, en contraparte con la psicología social norteamericana cuyo énfasis era fundamentalmente cognoscitivista. Es oportuno resaltar que en los años sesenta Moscovici (1988) utiliza el término de representación social en su trabajo sobre “El Psicoanálisis, su Imagen y su Público” (1979/1961), partiendo, entre otros, de la noción de representación colectiva, empleada la primera vez, por Emile Durkheim en 1912, quien designa de esta forma las producciones mentales colectivas, lo cual implica la relación entre el individuo y la colectividad, la persona y la sociedad, lo estable y lo inestable. Las representaciones además, según Durkheim son colectivas porque están arraigadas en la comunidad y sus miembros las han compartido de manera homogénea por varias generaciones, asignándoles un carácter estático.

Por su parte, Moscovici (1988), explica el término partiendo del carácter interactivo de la relación entre el individuo y la sociedad, dado que el individuo influye en la sociedad y la misma sobre él en un proceso de mutuo modelaje. Plantea las representaciones como un puente para unir al mundo individual con el social. Por ello, las denomina representaciones sociales.

Es oportuno mencionar, que existe una diferencia profunda del término entre Moscovici y Durkheim, según lo afirma Elejabarrieta (1991), por cuanto éste último sostiene que las representaciones “son concebidas como formas de conciencia que la sociedad impone a sus individuos, mientras que para Moscovici, las representaciones sociales son generadas por los sujetos” (p. 257). Esto quiere decir que en la primera definición se habla de una reproducción y en la segunda, de una producción del pensamiento social colectivamente construido. Así Moscovici (1979), afirma que:

...las representaciones sociales son entidades casi tangibles. Circulan, se cruzan y se cristalizan sin cesar en nuestro universo cotidiano a través de una palabra, un gesto, un encuentro (p. 27).  
... son un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación (p. 18).

Tal como el citado autor expresa, la representación social conlleva siempre la representación de alguna cosa para alguien en un contexto dado. Así, la realidad es aprehendida por el individuo y por el grupo, reconstruyéndola en ese proceso de apropiación de acuerdo a sus valores, su historia y el contexto social.

En concordancia con lo anterior, aporto que la representación social es la elaboración mental que hace el individuo de un objeto material o imaginario, constituyéndose en el objeto en sí, el cual puede sustituir algo que está presente. De acuerdo a Jodelet (1999) este concepto constituye uno de los aspectos fundamentales de la representación social como lo es el significado: “siempre significa algo para alguien (para uno mismo o para otra persona)” (p. 476).

En este sentido Jodelet (ob.cit) afirma que las representaciones sociales se presentan como un todo inseparable: el aspecto de imagen o figurativo y el aspecto simbólico; es decir, no hay imagen sin sentido ni sentido sin imagen. Por lo tanto, la propuesta de Moscovici redimensiona el enfoque de representaciones colectivas y abre un campo de investigación que está en pleno desarrollo, el cual cuenta con representantes en Europa, Norteamérica y América Latina (Pereira de Sá, 1999).

Jodelet (1989), señala que las representaciones son:

Modalidades de pensamiento práctico, orientadas hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal... La marca social de los contenidos o de los procesos de representación ha de referirse a las condiciones y a los contextos en los cuales surgen las representaciones, a las comunicaciones por las que circulan, a las funciones que sirven en la interacción con el mundo y con los demás (p. 7).

Se puede apreciar el carácter pragmático que según Jodelet (ob.cit) poseen las representaciones sociales, debido a las condiciones en las cuales se presenta el proceso de formación y la función de las mismas en la comunicación entre los individuos de un grupo o sociedad determinada, posición que comparto con pues en

ellas lo social interviene de varias formas, primero por contexto concreto en el cual están situados los grupos sociales; segundo por la interacción comunicativa que se instituye entre ellos, y tercero por los códigos, valores e ideologías ligados a las posiciones sociales particulares. Asimismo, Moñivas (1994), afirma que “las representaciones sociales no son sólo un medio de conocimiento, sino también un instrumento para la acción” (p.412).

En tal sentido, Ibáñez (1996) señala que las representaciones sociales conjugan en un todo integrador de las actitudes, las creencias, la información, los valores, la ideología, las imágenes que un grupo social tenga con respecto a un objeto o hecho determinado. En este ámbito imagen no se refiere sólo a la representación icónica del objeto. Este autor hace la salvedad de que el individuo no se limita a reproducir la visión del objeto que circula en el medio social, sino que produce su propia visión, tal como resalta en esta afirmación:

...Ni construimos representaciones ni representamos construcciones, sino que construimos activamente los objetos que constituyen nuestra realidad. ...Nuestras producciones discursivas y nuestras construcciones “mentales” se asientan sobre un conjunto de operaciones que están relacionadas con nuestras acciones, nuestras prácticas, con nuestras producciones culturales de todo tipo (pp.141-2).

Comparto la opinión de Ibáñez, quien sostiene que el ser humano es un actor activo en la dinámica social, él vive y construye realidades, conocimientos y teorías. Asimismo, Rodríguez (1998), siguiendo la propuesta de Moscovici, señala el carácter dual de la Teoría de las Representaciones Sociales, expresando que:

...es una teoría general porque las representaciones sociales coadyuvan a la construcción de lazos y acciones comunes, y es particular porque analiza las formas colectivas del pensamiento, de las creencias y de la comunicación bajo el apremio de la sociedad (p. 289).

Igualmente, Banchs (2001) señala que las representaciones sociales son a la vez un enfoque y una teoría. El enfoque se refiere a “las formas de abordaje o más precisamente de apropiación de los contenidos teóricos” (p.124), relacionados con los propósitos del investigador y el enfoque que se pretende dar a la investigación. Como teoría ha brindado un amplio campo, dentro de la Psicología Social, para el desarrollo de investigaciones empíricas referidas a la comprensión de los modos de conocimiento del ser humano.

Dentro de este orden de ideas, Moscovici (1979) enfatiza la necesidad de diferenciar las representaciones sociales de otras formas de conocimiento debido al carácter específico que éstas tienen y que es “propio de nuestra sociedad” (p. 30). De tal forma que, las representaciones sociales no son mitos porque no constituyen como en las sociedades ágrafas, la única forma de acercarse, captar o explicar el mundo concreto. Por el contrario, su contenido es dinámico porque van incorporando el conocimiento que se produce en la sociedad relacionada con el objeto de la representación, mientras que el contenido del mito se mantiene en el tiempo como una aproximación primigenia que intenta explicar fenómenos inexplicables por otras vías.

Otro punto donde hay disparidad dentro de las representaciones sociales referente a la ideología. No cabe la duda que ambos términos están relacionados pero no son sinónimos, como muchas personas sostienen, porque las primeras se refieren siempre a objetos

específicos de un grupo particular. Por su lado, la ideología es “como un código interpretativo...sin que esté anclado en un objeto en particular” (Ibáñez, 1988:59) y abarca de esta forma una amplia gama de discursos y prácticas sociales provenientes de diversas instituciones.

En concordancia con esto, el conocimiento científico es otro tipo de conocimiento del cual se distinguen las representaciones sociales. El primero se basa en criterios de demostración y de rigor, mientras que las representaciones sociales son una forma de conocimiento de sentido común socialmente elaborado y compartido, en el cual no se utilizan estos criterios. Aunque en su formación participan todos los tipos de conocimientos existentes en la sociedad, ellas no son sólo una suma de diferentes elementos, sino una nueva forma de conocimiento con una lógica y estructura propia. Para Moscovici, según Moñivas (1994), “la representación social es un proceso que hace que el concepto y la percepción de algún modo sean intercambiables porque se engendran recíprocamente” (p. 413).

Tal como se ha expuesto, existen diferentes definiciones de representaciones sociales; de acuerdo con Pereira de Sá (1994) la siguiente definición, propuesta por Jodelet, y que ha logrado crear el consenso entre los estudiosos del campo, es la asumida en el presente estudio: “Las representaciones sociales son una forma de conocimiento, socialmente elaborado, tienen una visión práctica y contribuyen a la construcción de una realidad común a un grupo social” (p. 32).

## **Estructura de las representaciones sociales**

En este sentido, Moscovici (1979) señala que las mismas se conforman alrededor de tres ejes centrales: la actitud, la información y el campo de representación. La primera indica la orientación o disposición general, favorable o desfavorable, de la persona hacia el objeto de la representación. De acuerdo con Ibáñez (1988), ésta es una orientación evaluativa del objeto representado y ello le da carácter dinámico a la misma.

Esta información se refiere a los conocimientos que tiene un grupo sobre un objeto social, posición asumida en la presente tesis doctoral; además a que la cantidad y calidad de la información puede variar de un grupo a otro de acuerdo al origen y acceso que tenga a la misma. El campo de representación se refiere a la imagen global que indica cómo se organizan los diferentes elementos de la representación alrededor de un núcleo figurativo. Este núcleo es la parte más estable de la representación y se forma a través del proceso de objetivación y anclaje.

Es prudente mencionar que en el proceso de objetivación la persona o el grupo convierten las abstracciones o conceptos en imágenes concretas. Para ello, los grupos y sus individuos seleccionan del conjunto de saberes e informaciones existentes sobre un objeto dado, algunos elementos y rechazan otros. Los aspectos seleccionados sufren un proceso de transformación antes de ser incorporados a las estructuras mentales de los individuos. Luego, estos elementos son organizados para conformar una imagen coherente o esquema figurativo del objeto. Posteriormente se da la

naturalización del esquema figurativo al tomársele como una expresión de la realidad. Pereira de Sá (1999), al interpretar la propuesta de Moscovici señala que “las representaciones sociales por su poder convencional y prescriptivo sobre la realidad, terminan por constituir el pensamiento en un ambiente verdadero donde se desenvuelve la vida cotidiana” (p. 26).

En concordancia con esto, el anclaje como parte del proceso consiste en incorporar las innovaciones u objetos desconocidos al sistema de pensamiento ya existente en el individuo, atribuyéndole significados que se corresponden con el núcleo figurativo de la representación, este proceso es necesario para hacer de las representaciones sociales un medio efectivo de la participación comunitaria en la salud bucal.

Esta atribución dependerá de la jerarquía de valores que el grupo y el individuo utilizan para ubicar el objeto, así que los actores en el proceso de adecuación de estructuras sociales juegan un papel fundamental para que la participación comunitaria se dé en el área de la salud bucal, pero para ello debe existir un proceso previo de comprensión de las estructuras sociales. De acuerdo con Banchs (1986) “Estos significados cumplen una función: nos permiten utilizar la representación como sistema interpretativo que guía nuestra conducta” (p.38), facilita la interrelación entre los miembros de un mismo grupo y entre éstos y su medio al crear un puente entre lo desconocido y lo familiar (Jodelet, 1999).

Asimismo, el elemento nuevo o desconocido al ser incorporado a la red de significados es modificado o remodelado, de esta forma los

actores asumen el proceso de participación comunitaria a través de las representaciones sociales dentro de una significación innovadora pero comprendida que busca remodelar sus esquemas de participación. Ese hecho de confrontar lo nuevo con lo pre-existente, evoca los conceptos de innovación y rigidez, así como los de proceso, interacción, reconstrucción. Cabe aclarar que la objetivación y el anclaje no son procesos separados, sino que se dan estrechamente unidos, tal como el fondo a la figura y la figura al fondo. La objetivación corresponde a la faz figurativa de la representación y el anclaje a la faz simbólica (Banchs, 1986).

Por otro lado, Moscovici y Marková (2000), se refieren a polifasia cognitiva al plantear que “las personas usan diferentes formas de pensar y de representaciones de acuerdo al grupo y al contexto en el cual se desenvuelven” (p. 18). Ellas emplean conocimiento científico en unos casos y en otros, creencias religiosas, representaciones sociales o pensamiento mítico. Ninguno de estos tipos de conocimiento es mejor que el otro, son simplemente distintos y todos se utilizan en las interacciones sociales a través de las representaciones sociales, por ello se incluyen dentro del proceso de participación comunitaria de la salud bucal como proceso colectivo, es decir, coexisten a pesar de la contradicción que pueda darse entre ellos.

Los profesionales de la salud, sostiene Sosa (2006) deben efectuar en todos los niveles una medicina defensiva para que eviten las demandas jurídicas, pero además para fortalecer la salud y bienestar de los pacientes. En las comunidades deben instituirse una

serie de procesos que permitan a éstos fortalecer sus conocimientos y por ende la prevención en salud para su comunidad.

### **Enlaces en la cotidianidad**

Teniendo en cuenta que toda persona posee la facultad de pensamiento y, obviamente, está predispuesta a la afectación y a la reflexión, debe estar claro que filosofar sobre la cotidianidad es asunto de todos, por cuanto todos poseemos capacidades para construir una visión de mundo y para comprender la que han construido los grandes pensadores. Todos disponen del arsenal suficiente para aventurarse en el mundo de la filosofía y trasegar los caminos del conocimiento. Y qué manera mejor de iniciarlo, sino reflexionando sobre lo que un gran filósofo nos dice en relación con el tema trabajado en esta actividad.

Tal como señala Russel (2011)

El hombre que no tiene ningún barniz de filosofía va por la vida prisionero de los prejuicios que derivan del sentido común, de las creencias habituales en su tiempo y en su país, y de las que se han desarrollado en su espíritu sin la cooperación ni el consentimiento deliberado de la razón ... (p. 3).

Por ende, la cotidianidad que se presenta no se debe analizar exclusivamente como una filosofía de vida, sino que ésta debe ser estudiada de forma más amplia, eliminando las limitaciones que impone el análisis de las respuestas concretas a los problemas que plantea, puesto que, por lo general, ninguna respuesta precisa puede ser conocida como verdadera, sino más bien éstas deben ser analizadas considerando el valor de los problemas mismos; porque estos problemas amplían nuestra concepción de lo posible, enriquecen

nuestra imaginación intelectual y disminuyen la seguridad dogmática que cierra el espíritu a la investigación; pero; ante todo, porque ante la grandeza del universo que la filosofía contempla, el espíritu se hace a su vez grande, y llega a ser capaz de la unión con el universo que constituye su supremo bien.

En este sentido, Schütz (1974), señala que el mundo cotidiano es el ámbito donde aplica la teoría de la acción, es decir, sus anotaciones apuntan las relaciones intersubjetivas que realizan los actores sociales; de esta forma, como observadora y analista de los procesos inherentes a la problemática estudiada en este tesis doctoral es necesario que observe y ocupe recursos analíticos a la vida cotidiana de los grupos sociales que interactúan en la participación comunitaria en torno a la salud bucal, pues de esta manera estoy considerando un estudio sociológico de la conciencia del actor que vive en ese mundo.

El “mundo cotidiano”, dice Schütz,

“(…) nos es común a todos y, en él, cada uno vive y actúa como un hombre entre sus semejantes, un mundo que se concibe como el campo de acción y orientaciones posibles, organizado alrededor de su persona según el esquema específico de sus planes y las significatividades que derivan de ellos (...) Este mundo siempre me está dado desde el comienzo como un mundo organizado” (1974:22).

Teniendo en cuenta la opinión de Pérez (2011) y los aporte de Berger y Luckmann (2005), es conveniente resaltar la importancia del doble carácter de la sociedad como facticidad objetiva y, como representaciones sociales en la que el ser humano con los elementos

que le son propios a su unidad compleja, se sumerge en la intersubjetividad de la vida cotidiana donde el escenario central es la escuela con sus realidades cercanas.

De allí que, se hace necesario para el hombre el reflejar lo social cual espejo de agua porque las ideas que se forma son representaciones mediante las cuales percibe o conceptualiza lo real, por ende, las ideas son integraciones de lo real. Asimismo, los precitados autores parten de preguntarse cómo el mundo social llega a tener significados para las personas.

De principio, esta cuestión implica un supuesto básico: la realidad se construye en la vida cotidiana. En este orden de ideas, "...entre las múltiples realidades existe una que se presenta como la realidad por excelencia..."esa es "...la realidad de la vida cotidiana..." (p. 37), la cual es imposible ignorar porque se experimenta en plena vigilia, por ser la condición natural del existir y conocer.

De esta manera el lenguaje marca las coordenadas de la vida en la sociedad y llena esa vida de objetos significativos. Por lo cual, se puede deducir con sincera simpleza que, la vida cotidiana está impregnada de presencias inmediatas, presentes en aquí y ahora, y fenómenos que no están presentes. Esto significa que el profesional en su hacer diario, experimenta la vida cotidiana presentada entre proximidad y alejamiento, por ende sería tanto espacial como temporal.

Para González (2005), la medicina moderna tiene una meta única: la curación, ésta se considera limitadamente dentro de un enfoque mecanicista-funcionalista, dejando de lado los aspectos

sociales y simbólicos que se relacionan con la salud y la enfermedad y que representan alternativas viables para el uso de herramientas eficaces de interacción social.

Es típico pensar que, lo más próximo al profesional de la salud en su vida cotidiana contiene el mundo en el que actúa y trabaja, es decir, que este mundo está definido por lo que ha hecho o lo que piensa hacer. De allí que, en su accionar en la escuela se siente impactado por el grupo de objetos y personas que intervienen en su realidad diaria.

Pérez (2011) expone que la vida cotidiana se presenta además como un mundo intersubjetivo, que se comparte con otros. Esta intersubjetividad establece una diferencia importante entre la vida cotidiana y otras realidades de las que tiene conciencia el ser humano, de ahí que la vida cotidiana sea tan real, para los otros como para mí. En realidad ninguna persona puede existir en la vida cotidiana sin interactuar y comunicarse continuamente con los otros. También es cierto, que todos tienen de este mundo común una perspectiva que no es idéntica a la de otro.

Cabe resaltar la opinión de Pérez (ob.cit.) cuando afirma que la ética profesional también va de la mano con la cotidianidad, por cuanto existe la necesidad de establecer estándares de la conducta humana frente a determinadas situaciones, en las que el individuo se encuentra expuesto a transformaciones socio-políticas y a fenómenos económicos.

Por lo cual, el profesional del área de la salud, particularmente, es además un ente social, de allí que el ser humano forma su

conducta moral en el intercambio con el entorno y todas las relaciones que se generan en éste. Asimismo, los deberes morales y éticos constituyen un eslabón fundamental en la formación individual de todo profesional. Ésta ética, sin embargo, no puede valorarse como un elemento singular y aislado, sino que debe apreciarse como el resultado de la suma de una serie de procesos en los que se destaca la interacción de diferentes éticas individuales.

De allí que, de manera tradicional la ética en la cotidianidad del profesional del área de salud, siempre ha sido un aspecto tratado con profundidad por los investigadores en el campo de las disciplinas filosóficas, psicológicas, sociológicas, debido a su importancia en la interacción: comunidad-individuo-conocimiento. Producto de la necesidad de adquirir una consciencia en el contacto directo y constante entre los hombres, se generaron diferentes códigos de ética, que se establecieron con el propósito de armonizar y viabilizar las relaciones humanas.

### **Devenir de las representaciones sociales**

La idea de que el enfoque de las representaciones sociales responde a una necesidad profunda de inteligibilidad de los fenómenos que se desarrollan en nuestras sociedades contemporáneas, surge de las mujeres del entorno social analizado, que son personas serias, emprendedoras y muy organizadas, características esenciales para que exista una verdadera representación social.

En tal sentido, dichas representaciones son una manera de tejer la realidad del entorno, además de sellar socialmente los conocimientos y el acontecer del entorno en donde se relacionan todos

los involucrados en el acontecer diario. Asimismo y aunado a la función fundamental de las representaciones sociales, se hace necesario indicar los elementos que contribuyeron a la obtención de datos a través de las entrevistas a las líderes de las comunidades de Las Brisas, Impacto I, Impacto II, Las Flores y La Antena; y que al ser procesados permitieron ahondar sobre la participación comunitaria en cuanto a la prevención y promoción de la salud bucal.

Al respecto, Jodelet (2011) expone que:

...los individuos son actores sociales que tienen que estar tomados dentro de la consideración de la producción del saber de sentido común. Partir del modelo francés encontramos el núcleo central y la idea de que una representación está estructurada. Ahora hay que aislar el núcleo central de la representación porque se buscan los elementos que son comunes a una unidad social, sea un grupo, una profesión, una sociedad, etc., y de ahí puede salir una cierta verificación pero también debe volverse al sistema completo del modelo.

Partiendo de ello, se pudo conocer y dilucidar sobre quienes eran eje fundamental para el proceso investigativo acá pautado. Esta precitada autora expone que la conceptualización el concepto de representación social designa una forma de conocimiento específico, el saber de sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados. En sentido más amplio, designa una forma de pensamiento social. Las representaciones sociales constituyen modalidades de pensamiento práctico orientados hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal.

En tal sentido, las representaciones sociales surgen como un proceso de elaboración y planificación netamente mental, en el que se

debe considerar la historia y los aspectos trascendentales de todos los involucrados, de manera de estructurar de forma idónea, los sistemas donde se desenvuelven. Por cuanto, sostiene Jodelet (2011), no puede ser el duplicado de lo real ni de lo ideal, mucho menos la parte subjetiva del objeto ni la objetiva del sujeto, sino una creación diferente en cada ocasión y ajustadas a la necesidad del momento.

De allí se desprende, que las representaciones sociales corresponden al conocimiento particular, aunado al sentido común, que debe ser flexible y ocupar una posición intermedia entre el concepto que alcanza la conceptualización real y la imagen que la persona edifica para sí. Además es un proceso y producto de la construcción de la realidad del entorno en un contexto social e histórico determinado.

Además opinan Moscovici y Hewstone (1986) que las representaciones

...están inscritas en los pliegues del cuerpo, en las disposiciones que tenemos y en los gestos que realizamos. Forman la sustancia de ese habitus del que hablaban los antiguos, que transforma una masa de instintos y órganos en un universo ordenado, en un microcosmos humano del macrocosmos físico, hasta el punto de hacer que nuestra biología aparezca como una sociología y una psicología, nuestra naturaleza como una obra de la cultura. Enraizada así en el cuerpo, la vida de las representaciones se revela como una vida de memoria (p.708-709).

Por ende, la representación no es así un simple reflejo de la realidad, sino una organización significativa. Esta significación depende de a la vez de factores contingentes tales como: naturaleza y obligaciones de la situación, contexto inmediato, finalidad de la situación de los factores más generales que rebasan la situación

misma. Ya para finalizar este contexto, se acepta que toda representación social posee los siguientes rasgos (Jodelet, 1986: 478):

- Siempre es la representación de un objeto.
- Tiene un carácter de imagen y la propiedad de poder intercambiar lo sensible y la idea, la percepción y el concepto.
- Tiene un carácter simbólico y significativo.
- Tiene un carácter constructivo.
- Tiene un carácter autónomo y creativo.

### **El discurso de la participación**

#### **Participación social en salud**

Los procesos de participación comunitaria en salud emergen actualmente con una argumentación sólida y técnicamente elaborada, en un momento político y social en el que predomina el debate sobre la legitimidad de las instituciones, las propuestas y los líderes públicos del país. Coinciden, además, con el proceso de modificación del sistema de seguridad social para hacerlo universal, coherente y eficiente.

La participación social de la salud es definida por Zárraga (2005) como “participación comunitaria, y ésta como participación popular de salud” (p. 106). Este mismo autor refiere que la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1955, ha destacado la importancia de la

participación comunitaria como elemento esencial en el progreso de la salud.

De igual forma, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma-Ata en 1978 declaró que “el pueblo tiene el derecho y deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención en salud” (s/p), siendo este planteamiento ratificado nuevamente en mayo de 2003. A partir de 1981 los planes venezolanos de salud, establecidos por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (M.S.A.S.) recogen como política central la participación comunitaria, siendo luego resaltada en la constitución de 1999 y llevada a cabo en la actualidad por el Ministerio del Poder Popular para la Salud.

En este sentido, la participación social en salud radica en la acción efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, toma de decisiones y puesta en marcha de estrategias para alcanzar un mejor nivel de salud; acción diferenciada de la iniciativa gubernamental. Asimismo, la fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y control que tenga sobre sus propios empeños.

Dentro de ese orden de ideas, el desarrollo de la comunidad se basa en los recursos humanos, materiales y organizativos con que cuenta la comunidad misma para estimular la independencia y el apoyo social, así como para desarrollar sistemas flexibles que refuercen la participación y control de la salud pública. Esto requiere un total y constante acceso a la información y a la educación, así como ayuda financiera.

Al asumir que las condiciones de salud de la población dependen directamente de: determinantes sociales y condiciones de vida, hábitos y estilos de vida, y la acción de los servicios de salud, se deriva que la participación comunitaria en salud ya va dirigida a esas tres dimensiones que la enmarcan, tal como lo expresa Zárraga (2005): “Algunas experiencias desarrollan programas de promoción integral para el progreso global de la comunidad, incidiendo en el mejoramiento de las condiciones de vida” (p. 109). Pero en otras, se desarrollan programas de prevención específica donde la educación y cultivar hábitos saludables juegan un papel central en la programación de sus actividades, y otras intervienen en la gestión de centros y servicios de salud, ya sea de la red ambulatoria especializada u hospitalaria.

En estos contextos, la comunidad asume progresivamente el control al apropiarse de los procesos y esfuerzos para mejorar las condiciones de bienestar de los individuos, de los grupos sociales y de los servicios sanitarios. Estas estrategias de participación comunitaria se demuestran cuando los individuos y comunidades están en condiciones de:

- Ejercer un mayor control sobre los determinantes de salud.
- Identificar y reforzar aspectos de la vida cotidiana, la cultura y la política que promueven la salud.
- Asumir la responsabilidad en cuanto a su propia salud.
- Luchar por modificar la estructura socio-política y económica que perpetúa la pobreza y desigualdad.

- Ayudar a la población más desfavorecida a organizarse.

Es así como la participación comunitaria está basada en:

- La intervención voluntaria y en una actitud de responsabilidad.
- El traspaso de autoridades y poder hacia el sector social.
- La descentralización de la facultad decisoria y la asignación de recursos.

### **Cultura participativa**

La participación es el único proceso garante de la legitimidad y transparencia de la reestructuración del sector público de salud, asumida no como simple delegación de responsabilidades a entes o individuos carentes de vinculación orgánica. Tal como lo afirma Zárraga (2005), se entiende por participación la “vinculación orgánica que implica descentralización y desconcentración de la estructura y el desarrollo de una cultura participativa, de la noción de lo público como propio, donde la externalidad de la institución sea suplantada por un sentimiento de pertenencia e identificación” (p. 122).

De allí que, mientras el Estado promueve, apoya y financia actualmente la participación comunitaria en salud en el modelo de atención de salud pública en Venezuela, también en el conjunto de la sociedad se identifican otras organizaciones flexibles, con atención médica abierta a las más variadas formas de participación provenientes de gobiernos regionales o locales, sector privado, asociaciones no lucrativas, municipios, trabajadores, y profesionales y otras organizaciones de la sociedad civil y de carácter comunitario.

En tal sentido, sostiene Sanabria (2004) que “la participación del usuario como receptor de los servicios, aseguraría con su presencia activa la transparencia y vigilancia en los procesos administrativos y en calidad de la gestión” (p.104). Por lo cual, sería necesario plantear la necesidad de que todos los ciudadanos contribuyan significativamente con su bienestar y solidariamente con el de aquellos que poseen menores recursos o limitaciones. La pregunta que surge es obvia: ¿Cómo financiar los cambios en salud con una población empobrecida y necesitada de mejoras?

Las respuestas rondan las acciones que potencian la responsabilidad de un Estado que no claudica en su papel rector; todo lo contrario. Pero, por otra parte, para completar el circuito de eficiencia de la práctica de la salud bucal, se necesita a gritos la participación directa de la comunidad en la construcción de un nuevo sistema. Asimismo, la estabilidad que hoy se alcance a construir implica una sociedad que logre desarrollar solidaridades mínimas, sentido de participación y proyecto común, todos ellos pilares de una cultura de participación.

En otras palabras, la incorporación de la sociedad civil en el ejercicio y ejecución de programas de salud permite lograr con mayor eficacia la transparencia y efectividad de los recursos invertidos. La premura de nuevos actores permite ir superando los escasos recursos económicos y sociales, las insuficientes redes institucionales y la débil capacidad general del sector público. Al promover y establecer una gama de nuevas relaciones con diferentes sectores de la sociedad civil, estos sectores entran en un nuevo nivel de relaciones, entre otras razones por:

- La agudización de los problemas en sus respectivas comunidades.
- Tener acceso a recursos que mitigan los problemas.
- La posibilidad de trascender.

Esta red de relaciones forma la variedad que favorece la participación. Ésta humaniza, desarrolla y genera realidades sociales y organizacionales exitosas que configuran escuelas y espacios comunes de una nueva forma de actuar, con nuevos criterios y conductas, las cuales enriquecen una verdadera cultura de la participación como un ejercicio cotidiano vital.

### **Participación y tejido social**

La dimensión social de la participación comunitaria abarca aspectos del territorio y de la población, de los problemas y los recursos colectivos. De ahí que asume también los conflictos y contradicciones de los barrios y sectores populares en los que se implanta. El surgimiento de una nueva marginalidad, la violencia y la inseguridad en las ciudades agregan un elemento desintegrado en las comunidades que advierten este fenómeno como una amenaza a sus condiciones de vida y a su situación social. Según la óptica de Mendoza (2004) “la mayoría de las experiencias surgen en áreas periféricas de grandes ciudades” (p. 97). Esto no es casual, ya que es en estas áreas donde se presentan las mayores contradicciones del actual proceso económico y social del país.

En la actualidad, se está en presencia de un proceso relativamente nuevo, en experimentación, con avances más lentos que

los deseables, por las resistencias que enfrentan y por los incompletos esfuerzos oficiales. En estas circunstancias de recrudecimiento de la exclusión y marginación social, así como de las resistencias desintegradas, la participación comunitaria cumple una función de regeneración y restitución del tejido social.

Por tales razones, los protagonistas de la participación comunitaria entendida como tejido social (o lo que es igual, un entramado de actores de un mismo proceso) son:

1. Gobierno (administración pública: nivel nacional, regional y local; marco legal, financiación pública, dotación de infraestructura y otros recursos).
2. ONG's (organizaciones no gubernamentales, asociaciones comunitarias, cooperativas, organizaciones ciudadanas).
3. Población (vecinos y habitantes).

Sería impensable un proceso de participación social sin una clara relación con los gobiernos regionales y locales. Todo ello ha implicado una serie de pasos políticos, administrativos y metodológicos importante. La participación de los profesionales de la salud (como miembros del Estado, de las ONG's, de la población) es indispensable también para una acción comunitaria globalmente entendida.

Se trata de que los servicios de salud y personal de las instituciones representen importantes aportes (funcional y técnicamente) en las intervenciones sectoriales. Esta vía ha puesto de relieve la necesidad de incorporar al personal de salud en todos los

procesos de cambio. La comunidad, entendida como el tejido social de la población, establece grupos formales e informales y constituye asociaciones así como la promoción de liderazgo. En los procesos comunitarios se ha requerido del fortalecimiento y desarrollo de los grupos y asociaciones existentes.

Igualmente, se necesita facilitar momentos de encuentro y colaboración entre las diferentes organizaciones y estructuras comunitarias, respetando la autonomía, facilitando el intercambio y el pluralismo entre ellas. Esta colaboración surge en momentos concretos y en programas comunes. Es este tejido social el que facilita la información, la formación del grupo comunitario y el fomento de la capacitación de líderes locales.

### **Democracia participativa**

La actual Carta Magna del país (1999) especifica lo que es una democracia participativa y protagónica, a través del Título III, De los derechos humanos y garantías, y de los deberes, en prácticamente todo el capítulo I, cuando expone que el Estado brindará un

Sistema de gobierno en el que los ciudadanos son sujetos activos y protagonistas de su propio destino, lo que garantiza que la acción de los Poderes Públicos esté a su servicio. Es igualmente una nueva forma de relación entre el Estado y los ciudadanos, en la que la democracia de los partidos es sustituida por la participación protagónica de la ciudadanía.

Partiendo de este paradigma, se plantea la necesidad de elaborar una propuesta teórica sobre la importancia de las representaciones sociales del odontólogo en la participación

comunitaria en programas de promoción en salud, que es el eje central del actual estudio.

El término participación implica copropiedad, coposesión e intervención, donde todos son corresponsables porque pueden y deben participar en la ejecución de la gerencia e instrumentación de los programas de salud, entre otros.

Según bibliografía relevante sobre esta materia, los años de transición democrática, característicos de muchas sociedades de la región en los años 80 y 90, fueron posibles gracias a una negociación entre factores de poder autoritarios y actores sociopolíticos democráticos, alrededor del respeto a una democracia formal, mínima o procedimental.

Estos cambios en la cultura política no fueron vividos de la misma forma por la sociedad venezolana. En este caso, nunca se produjo un colapso de la democracia representativa por excesivas demandas de la sociedad al Estado. Lo que sucedió fue un deterioro de la democracia representativa y sus actores hegemónicos, al mostrarse éstos incapaces de remontar la crisis de la deuda de los primeros años ochenta, al negarse a aprobar reformas estatales de profundización de la democracia, exigidas crecientemente por diversos sectores sociales y políticos, y al implementar, a pesar del expreso rechazo del electorado, planes de ajuste y reformas económicas de orientación neoliberal.

Por ello, a diferencia de países con un pasado reciente de dictadura, la valoración de la democracia formal o procedimental, no goza de significativa estima en Venezuela. Para los venezolanos, su

experiencia más bien les indica que con ella no se alcanza progresivamente una sociedad más equitativa e incluyente. Al contrario, ante las dificultades, lo formal de la democracia facilita y puede llegar a legitimar la exclusión económica, social y política de porciones significativas de la población.

Esta diferencia en la experiencia política reciente, contribuye a explicar, tanto la búsqueda temprana en Venezuela (en relación a otros países de la región) de una opción más sustantiva de democracia que la procedimental, como también, paradójicamente, por qué permanecen entre los actores sociopolíticos venezolanos, incluyendo partidos y organizaciones políticas de izquierda, rasgos autoritarios que reflejan poca estima por lo procedimental de la democracia. Ambos rasgos han convivido en esta cultura política como resultado de su particular experiencia con la democracia.

### **Participar, deber ciudadano**

En ninguna otra época como en la actual se ha hablado tanto de la participación y el papel que toca desempeñar a los ciudadanos en la vida pública de los municipios y del país. Ahora, arguye Torres (2004) que es común escuchar el reclamo de las comunidades y los grupos organizados para ser tomados en cuenta a la hora en que los funcionarios de los gobiernos municipales o nacionales adoptan alguna decisión. Si bien la participación no es nada nuevo, lo cierto es que la forma en que se realiza sí ha variado en los últimos años.

Antiguamente, la participación tenía que ver más bien con la obligación de todo buen ciudadano para acudir al llamado cuando la comunidad o la patria requerían su presencia. En la práctica, la

participación así entendida resultaba limitada y hasta excluyente ya que casi siempre tenía que ver con elecciones o partidos políticos, lo que no era del agrado de muchas personas por considerarle inútil para resolver los problemas que diariamente te afectaban y hasta peligrosa para su vida (Torres, 2004: 54).

Con el tiempo, la participación ciudadana ha tomado otros rumbos hasta ser entendida no como obligación sino como acto voluntario, es decir, un derecho que toda persona puede usar de acuerdo a sus intereses y necesidades. Ese cambio de actitud implica que la sociedad empiece a movilizarse desde sus comunidades más pequeñas, mediante individuos que establecen metas comunes y asumen compromisos para hacerlas realidad; es decir, un vínculo de cada ciudadano con su conciencia y los problemas colectivos.

En tal sentido, si las sociedades actuales están transformándose, producto de la rapidez con que ocurren las cosas y la velocidad con que cualquier individuo puede estar informado de dichos sucesos, sin importar el lugar donde vive, aún más importante es el aumento de las demandas para que el poder se descentralice. Las instituciones políticas han sufrido cambios que pretenden instaurar mecanismos de democracia directa para permitir a los ciudadanos tener cierto control sobre lo que hacen sus gobernantes.

De allí que Torres (2004) sostiene que el mayor involucramiento de los ciudadanos no tiene sentido, si se queda simplemente en mayor participación numérica, es decir, sólo asistir a reuniones, escuchar informes, entre otras actividades, y no se traduce en presión pública dirigida con particular interés a la actuación de los funcionarios

públicos. Es igualmente necesario que la presión sirva para que gradualmente la sociedad desarrolle un verdadero juicio crítico, paso previo a la obtención social del consenso.

### **La Municipalidad: espacio natural para ejercer el poder local**

La participación ciudadana, afirma Sanabria (2004), afecta inevitablemente las estructuras de poder que existen en el municipio. Vale la pena recordar que el poder es la capacidad de una persona o grupos de personas, para imponer su voluntad sobre otros, de manera legítima o no. Una especie de *tensión* en el cual algunos miembros de la sociedad logran el predominio de sus intereses o ideas por encima de otros que puedan existir.

Dentro de ese orden de ideas, ejercer el poder y aspirar a poseerlo es una actitud normal entre los seres humanos, por cuanto se busca hacer realidad las inquietudes que tienen las personas. Por tanto, no es de extrañar, ni nada fuera de lo común, que se presenten disputas permanentes por el poder en la nación, la familia, las instituciones, las empresas, el Municipio, entre otras instituciones u organizaciones.

Algo diferente es la forma como se obtiene y se utiliza el poder, debido a que hay maneras impositivas y autoritarias así como otras son un verdadero ejemplo democrático. Lo que queda claro, expone Sanabria (2004), es que la lucha por el poder supone una interacción constante entre fuerzas, intereses e ideas que compiten entre sí por alcanzar el control sobre los otros, a veces de manera abierta y frontal o bien mediante disputas cerradas y ocultas.

Se debe precisar que el reconocimiento de estos hechos, como algo normal, permite que a nivel municipal se desarrolle un proceso social y político que contribuya a construir el poder local que todos desean: participativo equilibrado, descentralizado y especialmente legítimo, es decir, que se emplee con el consentimiento de la mayoría de involucrados.

Por lo tanto, el poder local viene a ser el conjunto de relaciones (económicas, sociales, políticas y culturales) que se establecen entre gran variedad de grupos que pueden o no tener necesidades comunes, pero que comparten tanto el espacio físico como vínculos familiares, rasgos culturales, intereses económicos, entre otros aspectos.

En los municipios existen formas de poder propias de las comunidades que conviven con otras que se originan fuera, tal el caso de las iglesias, las entidades del gobierno, la municipalidad, los comerciantes, entre otros. A juicio de Sanabria (2004), algunas perjudican y obstruyen, mientras otras cooperan en beneficio de la colectividad. En síntesis, el poder local es útil en la medida que cierto grupo puede interpretar y satisfacer las necesidades de los diferentes sectores que conviven en el municipio haciendo uso del diálogo y la negociación antes que de la imposición o la confrontación.

Dentro de este orden de ideas, de las municipalidades se dice que son los estamentos del Estado más próximos y accesibles a los ciudadanos, el lugar donde es posible que se materialice la democracia como forma de vida y que cuando son conducidas adecuadamente pueden constituirse en espacios concretos de

participación ciudadana. Por su proximidad con la población son más sensibles a las demandas sociales (Sanabria, 2004).

Dentro de esta perspectiva, la municipalidad es el espacio natural para ejercer el poder local; es un instrumento que se puede usar a favor o en contra de las comunidades, en aprovechamiento particular o para promover una vida mejor de todos. Alcanzar esa meta depende en gran medida del nivel organizativo de las comunidades, de su capacidad de gestión, de la claridad de sus planteamientos y de la disposición para asumir compromisos.

Entonces, los ciudadanos no deben ver a las municipalidades únicamente como instrumento a su servicio sino como un lugar de encuentro con los demás factores de poder, para favorecer relaciones que, sin ser necesariamente armoniosas, si pueden ser provechosas.

En todo caso, la participación directa y activa de los ciudadanos en la vida de las municipalidades tampoco puede entenderse como estorbo para el trabajo de las autoridades edilicias; por falta de experiencia y capacitación a veces los vecinos actúan de manera violenta y poco tolerante, pero si se les toma en cuenta se convierten en factor de apoyo y motor de los cambios que los municipios necesitan.

### **Logros de la participación**

Según lo expuesto por Salcedo (2004), la participación ciudadana en el quehacer de cualquier alcaldía, es un proceso que encuentra su razón de ser o utilidad en varias acciones concretas:

1. Descubrir valores e intereses comunes.

2. Dar a conocer necesidades y aspiraciones.
3. Encontrar soluciones conjuntas.
4. Priorizar el uso de los recursos existentes.
5. Establecer formas de colaboración.

En tal sentido, la participación ciudadana es un proceso a través del cual los miembros de una localidad (los ciudadanos), establecen relaciones con el poder local para contribuir en la solución de los problemas básicos de la comunidad. Para lograrlo, la información es una condición básica e indispensable, pues la experiencia demuestra que su desconocimiento es el primer obstáculo que encuentra el ciudadano en su vinculación con la municipalidad, lo que se traduce en temor, desconfianza e incredulidad.

Este mismo autor señala que con la participación ciudadana se puede establecer una relación estrecha entre las comunidades y las autoridades municipales, permitiendo que la población informe sobre sus necesidades, demandas y sugerencias respecto a temas como los servicios públicos, la ejecución de proyectos, entre otros. Asimismo, es posible ahorrar recursos en la realización de obras porque la comunidad está más consciente de la importancia de dar su propio aporte.

En síntesis, se producen numerosas ventajas al darse una relación estrecha entre el gobierno local y los ciudadanos:

- Las mismas comunidades identifican su situación, la analizan y buscan alternativas de solución.

- Hay un cambio respecto a la actitud tradicional de la alcaldía proveedora.
- Los recursos se usan de forma más racional.
- Disminuyen los conflictos y fricciones, pues se establece responsabilidad compartida en los aciertos y errores que se cometan.

### **Reglas generales para la participación**

O'Donnel (2004) explica que una verdadera participación ciudadana requiere establecer, desde el inicio, ciertas condiciones o reglas indispensables de respetar siempre. Estas deben ser como normas de conducta que garanticen la honestidad de la relación. Entre ellas se tienen:

#### *Representatividad*

Se refiere a que todos los sectores del municipio sean tomados en cuenta, sin excepción, en el proceso, bien sean de carácter territorial (comunidades rurales [particularmente, la Parroquia Objeto del estudio] y núcleos urbanos) o institucional (organizaciones públicas y privadas). Resulta de vital importancia para que los acuerdos que se establezcan sean respetados por todos y mantengan vigencia en el tiempo. Obtener legítima representatividad es, a todas luces, un aspecto crucial.

#### *Voluntad*

Significa deseo real de apertura, de compartir y abrir espacios tanto por parte de los ciudadanos como del gobierno local, para

involucrarse y trabajar de forma conjunta, con madurez y responsabilidad. La voluntad tiene que ver con compartir puntos de vista, respetar las diferencias y buscar lo que une por encima de lo que divide.

### *Transparencia*

Constituye un elemento crucial para producir resultados concretos. Se refiere a compartir información exacta y verdadera sobre el manejo administrativo, técnico y financiero de la gestión municipal. La ausencia de información provoca desconfianza mientras que compartirla es indicativo de la verdadera voluntad existente para establecer una relación participativa con los ciudadanos. Asevera O'Donnell (2004) que la transparencia es clave para convencer a los ciudadanos de que no se les pretende manipular políticamente o utilizar para encubrir actos ilegales

### **Construyendo la participación**

Montero (2004) expone que ningún gobierno será realmente bueno y eficiente si no es capaz de tomar y sostener decisiones trascendentales que vayan más allá de la tradicional administración de servicios. Es por ello que los gobiernos necesitan apoyo amplio si pretenden actuar con visión de largo plazo, lo que necesariamente representa tener un espacio común, es decir, un acuerdo mínimo sobre la naturaleza de los problemas y lo que puede hacerse para solucionarlos, aunque ello no implica en forma automática la existencia de un acuerdo.

De allí que los entes gubernamentales pueden construir carreteras, pero no espacio común. Los gobiernos, además de adhesión, requieren colaboración de la gente en sus acciones, la cual no puede ser generada por la simple acción de los funcionarios públicos, sino que debe involucrar conscientemente a los ciudadanos.

Por su lado, a la ciudadanía corresponde la tarea de pasar de personas particulares, interesadas nada más en sus propios asuntos, a ciudadanos comprometidos, interesados en la vida colectiva y por tanto, activos actores políticos. La presencia de una ciudadanía informada, preocupada y dispuesta a colaborar potencializa la capacidad de acción de los gobiernos.

Dentro de este orden de ideas, Montero (2004) sostiene que desafortunadamente ha existido una brecha de comprensión entre los ciudadanos y funcionarios públicos, que dificulta la posibilidad de una positiva interacción. En tanto que, para los ciudadanos, los funcionarios públicos están preocupados solamente en la conservación de sus cargos y son insensibles a las necesidades de la ciudadanía.

Los funcionarios, por su parte, consideran a la ciudadanía irresponsable e inmadura; conciben dos opciones en su relación: o los ciudadanos no interfieren con los funcionarios y los dejan en libertad de acción, o bien la ciudadanía asume directamente las funciones públicas. Casi nunca existe experiencia ni actitud hacia una tercera opción, la de una relación de colaboración entre funcionarios públicos y ciudadanos.

En este contexto, tampoco puede negarse que muchas veces la acción de los funcionarios públicos se limita a seguir sugerencias o

presiones de los sectores más poderosos de la nación o del municipio. Esto no pasa inadvertido y es captado por la ciudadanía, que confirma sus sospechas acerca de la arbitrariedad con que se manejan, generando un marco de desconfianza e irritación mutua, grandes tensiones, inútiles discusiones y acusaciones de todo tipo.

La solución para esta situación, de doble desconfianza, es la creación de una nueva relación entre ciudadanos y funcionarios. Ello requiere una visión de los problemas que supere la polarización, la fragmentación y estrechez de la política tradicional; esto lleva necesariamente al diálogo como primer paso que permita crear un espacio común para la acción.

Existen algunos aspectos que son considerados como limitantes, tal como arguye Montero (2004:121), que no en todas las situaciones pueden trabajar juntos ciudadanos y funcionarios; problemas técnicos relacionados con el funcionamiento o la ejecución de determinados procedimientos, sujetos a reglas formales, no requieren de una ciudadanía activa para llevarse a cabo.

Asimismo, algunos pueden no necesitar el involucramiento ciudadano y ser resueltos con facilidad. Otros son de fondo y afectan a toda la comunidad, por ejemplo, los educativos; mejorar la educación no es posible si no se tratan problemas de salud, familia, valores, situación económica, entre otros. Este tipo de problemas requiere del esfuerzo de todos los miembros de la comunidad.

De allí que, algunos problemas pueden ser manejados por una sola institución, persona o grupo de personas mientras otros están

más allá del poder o la capacidad de un solo actor social. Estos últimos involucran la acción ciudadana.

En concordancia con esto, hay problemas que pueden ser delegados y otros no. Reparar un derrumbe en una carretera puede ser delegado, en tanto requiere una solución inmediata y técnica. Temas complejos que afectan la vida de la colectividad, como conservar el ambiente, deben involucrar a la ciudadanía en su solución.

Entonces surge una interrogante ¿qué corresponde a los ciudadanos?, para encontrar respuesta a ésta, dice Montero (2004) que la gente tiene que dialogar, escucharse unos a otros, hablar de las distintas formas de ver los problemas, valorar pros y contras de los diferentes enfoques que puedan existir. Pero no solamente hablar por hablar; lo que realmente cuenta es lo que la ciudadanía habla y cómo lo habla. Para ello se requiere una ciudadanía bien informada, responsable y comprometida. Los ciudadanos no nacen, se hacen trabajando como ciudadanos.

Vista en este marco, la ciudadanía puede estar convencida de que un problema es serio y merece su esfuerzo, pero no iniciará ninguna acción a no ser que encuentre una forma clara de actuar. Cuando empieza a trabajar con personas de su confianza, la disposición a involucrarse se ve intensificada. Sólo hay compromiso cuando ve que hay otros dispuestos a hacer lo mismo, porque el esfuerzo es mancomunado, de todos.

Las opciones deben ser sólidas: dirección, forma y visión son la clase de cosas que los ciudadanos pueden crear de manera conjunta

porque implica moverse hacia una perspectiva común que pasa de lo individual a lo social, de lo privado a lo público. En ese momento es posible darse cuenta que los problemas no pueden plantearse en términos de blanco y negro, sino que existen múltiples matices. Debe aprenderse a examinar todas las opciones, revisar perspectivas diferentes, encontrar lo coincidente más que tratar de ganar disputas y valorar, cuidadosamente, los sacrificios que cada decisión implica.

### **Deliberación: factor clave para el Consenso**

Montero (2003) expone que es común escuchar que muchas veces el diálogo resulta estéril y sin trascendencia, entre los ciudadanos, por cuanto predomina la opinión de unos pocos, los expertos o los más influyentes. Eso suele suceder cuando se desarrollan procesos de trabajo conjunto entre el gobierno municipal y las comunidades; por ejemplo, al elaborarse el plan de desarrollo local no siempre se logra plasmar toda la problemática sino que se da énfasis a los temas de infraestructura (agua, luz, alcantarillado, caminos), que son más bien de naturaleza técnica y donde la opinión ciudadana cuenta muy poco.

Es por ello que, se necesita desarrollar mecanismos o fórmulas que permitan ir más allá del simple intercambio de opiniones y dar paso a lo que se ha dado en llamar una verdadera deliberación. Para que ésta tenga lugar, se requiere definir los problemas en términos públicos, es decir, plantearlos de modo que la gente se sienta involucrada en la forma de verlos y en las posibles soluciones. Para obtener esa definición se requiere, en primer lugar, delimitarlos.

Por lo tanto, la delimitación es una técnica que permite ordenar y esquematizar la discusión de temas de interés público. Para ello es indispensable tomar en cuenta la opinión de la población y no sólo la de los expertos, ya que se pretende que la descripción y las opciones reflejen lo que la gente común piensa (Montero, 2003, p.223).

Se busca que las personas descubran que toda acción tiene un costo, por lo que habrá opiniones a favor y en contra; así se va formando conciencia sobre las implicaciones que tiene la vida comunitaria y social. Vale la pena preguntarse qué sentido tiene un proceso de este tipo; algunas respuestas son:

- Estimular a la ciudadanía para que conozca mejor los problemas y los costos que pueden implicar las opciones de solución.
- Identificar y entender los intereses profundos que muchas veces subyacen alrededor de un problema y que no siempre salen a luz.
- Buscar algo más que una simple respuesta de sí o no.
- Asegurar que las discusiones reflejen un amplio espectro de puntos de vista.

Pero la delimitación también permite establecer en qué tipo de temas la participación ciudadana cobra un sentido verdaderamente útil y no se queda en simple retórica intrascendente y frustrante. Hay muchos problemas de tipo técnico en los cuales es poco lo que el ciudadano corriente puede decir y donde la opinión experta es valiosa y muy necesaria; en otros casos, la visión técnica tiene que ser posterior a que una comunidad haya decidido un rumbo de acción y

tiene el propósito de traducir esa voluntad colectiva en acciones concretas.

En concordancia con esto, la delimitación de los temas de interés ciudadano es un procedimiento muy sencillo que requiere nada más *pensar con sentido común*, tal como lo hacen las personas comunes y corrientes.

### **Construccionismo social, esfera de poder y participación**

Para ahondar en el construccionismo social, se analizarán las siete esferas de poder de Foucault (2002). Este autor identifica siete esferas de poder claves en una sociedad, respecto a las cuales todos los ciudadanos debieran tener un grado adecuado de participación-inclusión, para poder participar de manera efectiva en la democracia. En torno a estas esferas de poder el autor articula los derechos que deberían ostentar los ciudadanos, en el ámbito de dominio del derecho público democrático.

En tal sentido, la idea del reconocimiento de grados de participación de los ciudadanos, a juicio de quienes ostentan el poder, es evitar una situación social de autonomía, la que ha sido descrita por el autor como cualquier pauta socialmente condicionada de perspectivas de vida asimétricas, que impone límites artificiales sobre la creación de una estructura común de acción política.

De este modo los derechos en las distintas esferas sociales buscan hacer frente a situaciones inequitativas que tienen por efecto minar la posibilidad de influencia sobre el sistema político de la comunidad. Por consiguiente, la búsqueda de mejoras en las

condiciones de vida de los ciudadanos no se busca *per se*, sino que esta mejora es deseable, sólo en cuanto contribuya a la plena participación política de parte de los ciudadanos, verdadero fin en sí mismo. En lo que sigue, se presenta cada esfera y las consecuencias sociales atribuidas a cada una de ellas.

1. La primera esfera es la del cuerpo que se refiere a la organización de la salud física y emocional a través de redes y medios institucionales específicos, formales e informales, a lo largo de espacios sociales en los que se cruzan lo local y lo internacional. En este contexto va a existir una autonomía toda vez que las personas carezcan de los recursos necesarios nutricionales, de vivienda y financieros, que les permitirían una adecuada participación pública y normal calidad de vida en la esfera privada.

Derechos que les debieran corresponder a los ciudadanos en el ámbito de esta esfera son: a) bienestar físico y emocional, b) ambiente limpio, no tóxico, sostenible, y c) control de la fertilidad.

2. Una segunda esfera de poder es aquella identificada como de bienestar, definida por Foucault (2002) como “la organización del dominio de bienes y servicios que facilitan la transición del ciudadano desde la posición de persona privada a la de miembro pleno de la comunidad” (p. 64).

Para compensar la amplitud de la definición, se debe precisar que este dominio comprendería los derechos sociales de a) Cuidado infantil universal, b) Educación universal y c) Servicios comunitarios. En este espectro sería donde se encuentra ubicada la presente investigación, con el propósito de elaborar una propuesta teórica de

importancia en términos de las representaciones sociales del odontólogo en la participación comunitaria dentro de programas de promoción en salud.

3. La tercera esfera es la de la cultura, que de acuerdo al autor “comprende los reinos de actividad social donde se pueden discutir las cuestiones de identidad e interés público, donde es posible examinar las diferencias de opinión, y donde se pueden evaluar las costumbres y dogmas locales”. Es decir, este orden supone el acceso a la interiorización y discusión de la agenda pública y de los marcos interpretativos de la realidad que prevalecen en una sociedad, en un tiempo y lugar determinados, comprendiendo la libertad para sostener y expresar una cosmovisión particular.

Los derechos habilitados en el marco de esta esfera serían: a) libertad de pensamiento y culto, b) de expresión y c) el derecho/deber de tolerancia.

4. La cuarta esfera de poder estaría comprendida por la de las asociaciones cívicas, íntimamente relacionada con el concepto de sociedad civil, explorado en el marco de la gobernabilidad mundial por autores como Foucault (2002). Sin embargo, el concepto de sociedad civil más amplio es el de asociaciones cívicas, similar al de “cuerpos intermedios de la sociedad” en la voz del legislador constitucional, ya que este último concepto connota un específico campo de acción dentro de la esfera de la sociedad civil, encontrándose así estos conceptos en una relación de género a especie.

Se comprende que el reino de las asociaciones cívicas está referido “a la configuración de instituciones y organizaciones mediante

las cuales los individuos y los grupos pueden promover sus propios proyectos independientemente de la intervención directa del Estado o de colectividades económicas como corporaciones o sindicatos” (p. 68). La autonomía en esta esfera se presenta cuando no existe la posibilidad de acceso a estas organizaciones, o cuando éstas se desvían de sus propósitos originales, favoreciendo a determinados grupos en desmedro de otros.

Los derechos reconocidos en este campo son: a) Libertad de unirse o formar asociaciones autónomas, b) Pertenencia activa a las asociaciones cívicas y c) Libertad de información.

5. Una quinta dimensión, o esfera de poder que el autor identifica, está constituida por el ámbito de la economía, que comprendería la organización colectiva de la protección, la distribución, el intercambio y el consumo de bienes y servicios. Cabe destacar que, como bien puntualiza el autor, esta esfera es una de las principales fuentes de estratificación y autonomía, lo que es correcto si abarcamos las economías nacionales de corte neoliberal. La restricción impuesta por la economía neoliberal no abarca sólo a los individuos, sino también a los Estados, que enfrentan enormes presiones para excluir la intervención política en esta esfera.

De acuerdo al autor, en esta esfera los ciudadanos debieran ostentar al menos los siguientes derechos: a) Ingreso mínimo garantizado, b) Diversas formas de consumo y propiedad productiva y c) Acceso a los flujos de recursos productivos y financieros.

6. La sexta esfera que el autor identifica es aquella relacionada con la organización de la violencia y de las relaciones coercitivas en una

sociedad. De esta forma en una sociedad la violencia puede estar presente en menor o mayor magnitud o con mayor o menor concentración. En este sentido, recordemos que el Estado necesita el monopolio del uso de la fuerza, ya para subsistir como tal, o para terminar con la violencia arbitraria privada.

Los derechos mínimos que debieran ostentar las personas en este ámbito son: a) Coexistencia pacífica, b) Política exterior legal y c) Responsabilidad de los líderes políticos por delitos civiles o criminales.

7. Por último, la séptima esfera es la que el autor identifica como de las instituciones administrativas o legales, que son aquellas de las cuales se vale un Estado para regular, ejercer sus fines sobre un territorio y población determinados. Para Foucault (2002), en esta esfera se pueden consolidar procesos y estructuras autonómicas por varias razones, ya por restricción al acceso de los ciudadanos a integrar estas instituciones o por medidas restrictivas hacia estos - restricción de libertades de empresa y opinión por ejemplo-.

Asimismo, estas instituciones pueden contribuir al mantenimiento de estructuras autonómicas, por el simple hecho de reproducir este tipo de estructuras sociales en su seno, de modo que no basta que el poder público no contribuya a acrecentar estas diferencias, sino que debe precisamente plantearse de forma tal que no consolide este tipo de estructuras por inacción.

Los derechos que corresponderían a los ciudadanos en este ámbito son: a) Debido proceso e Igualdad ante la ley, b) Oportunidades adecuadas y equitativas de deliberación y, c) Participación directa o por representación.

## **¿Por qué potenciar las comunidades?**

Cuando se utilizan palabras, sostiene Feo (2003), a menudo se transmiten significados que no son los pretendidos, o que no se sabe a ciencia cierta que son transmitidos. Hay emociones y suposiciones asociadas a las palabras que se utilizan. Por ejemplo, la palabra «pobreza». En el campo del desarrollo comunitario, con frecuencia los ciudadanos se consideran soldados de la denominada guerra contra la pobreza. La pobreza es lo que se quiere vencer. Pero ¿qué es lo contrario de pobreza?, obviamente que la riqueza.

En tal sentido, expresa este autor que lo realmente cierto es que no es sensato o agradable pensar que los ciudadanos son «soldados de la guerra en favor de la riqueza». ¿Por qué? Porque aunque pobreza y riqueza son técnicamente contrarias, hay muchas presunciones, emociones y valores ocultos ligados a ambas palabras, y todas ellas se transmiten también, además de sus significados manifiestos.

Así que es moralmente correcto ayudar a la gente pobre, pero no siempre se pretende pensar conscientemente en qué sentido se le está ayudando, que al final no es más que a obtener riqueza. Resulta más aceptable cuando es denominado «generación de ingresos» que si se afirma que es «generación de riqueza», aunque «riqueza» es un término económicamente más exacto. Este autor señala que el término «riqueza» tiene un bagaje emocional que implica un significado de grandes riquezas o riquezas mal obtenidas. La pobreza es un problema porque hay disparidad en la riqueza: unos tienen más que otros.

Entonces, si la igualdad real fuera posible la pobreza no sería un problema. Estrechamente asociados con «riqueza» están los conceptos de «poder» y «capacidad». Las comunidades (y las personas) que tienen mucho de uno de ellos, normalmente tienen mucho de los tres, y viceversa (los que no tienen riqueza, normalmente tienen poco poder y poca capacidad).

En este orden de ideas, cuando se pretende mejorar las condiciones de la gente en las comunidades con bajos ingresos, comunidades pobres o marginadas, lo que realmente se quiere es que aumenten su riqueza, poder y capacidad. Pero no demasiado, Feo (2003), expone que es “agradable ayudar a los pobres, pero no se quiere que se hagan ricos, o por lo menos no tan ricos como los que son potentados” (p. 91). Y la sociedad no es capaz de admitirlo.

Otra de las palabras cargadas de emociones, expone Feo (2003) es «democracia». Todo el mundo está a favor de ella... ¿Pero, realmente es así? Cuando se estudia con atención el significado de democracia, resulta que no siempre se está a favor de ella, sobre todo si significa ceder parte del poder de cada quien. Muchos de los que dicen estar a favor de la democracia están realmente a favor de un conjunto de instituciones que permitan a la gente votar por unos candidatos y colocar en el poder a los que obtengan más votos para que representen a la gente.

En este sentido, el proceso de votar por los representantes le quita poder a la gente y se lo da a los que obtienen más votos. Cuando este autor afirma que se quiere potenciar una comunidad, se pretende realmente decir que se quiere democratizarla. Esto no

significa necesariamente que puedan votar para elegir a sus representantes. Significa que se pretende que la gente (no sólo algunas personas) en su conjunto (colectivamente) tengan poder.

Por lo tanto, las comunidades que más merecen la ayuda de los ciudadanos, son las que tienen menos poder, riqueza y capacidad. Por ende, se debe ser conscientes de todos esos deseos secretos de mantenerlos pobres, sin poder ni capacidad, para que se pueda seguir proporcionándoles caridad.

Si realmente se quisiera potenciarles, se debe hacer de forma que se hagan independientes de la caridad, que se vuelvan autosuficientes, que puedan sostener su propio desarrollo sin la ayuda de otros. Sin embargo, en el deseo de ayudar a la gente pobre y sin poder, se debe tener presente que no hay que hacerlo de forma que, a largo plazo, continúen pobres y sin poder, y dependiendo de esa ayuda.

### **El Empoderamiento**

Tal como sostiene Dieterich (2003) se debe distinguir entre el ámbito social y el individual, en el análisis, las observaciones, y las intervenciones. Una comunidad es una organización social, no un individuo. Es mucho más que un simple conjunto de individuos. Es una entidad, a veces descrita como «superorganismo», que trasciende los individuos que la componen en un momento determinado.

Es fácil ver y relacionarse con un individuo. Una «comunidad», por el contrario, es un modelo científico, como un átomo o un sistema

solar, que como mucho, sólo puede verse parcialmente cada vez, pero nunca puede verse completo (Dieterich, 2003, p. 57).

Entonces, se puede afirmar que una comunidad no se comporta como un individuo. A veces se convierte en antropomórfica (se piensa y se habla de ella como si fuera un ser humano) pero se parece más a una ameba social que a un ser humano, por cuanto se puede hacer más fuertes a los individuos (físicamente, psicológicamente) y se puede hacer lo mismo con las comunidades (capacidad, riqueza, poder). No es lo mismo.

En el trabajo de promover a las comunidades a la participación, se debe tener cuidado en hacer predicciones y suposiciones sobre las mismas, como si fueran seres humanos individuales y pensantes. Es fácil caer en este tipo de pensamiento, pero no es el correcto. Aunque se pueden ver a las personas trabajar con personas, su meta es la comunidad, una organización social que no se puede percibir en su totalidad y con la que tiene que trabajar indirectamente.

Por lo tanto, arguye Dieterich (2003), para tener éxito en la potenciación de la comunidad, es necesario que se entienda la naturaleza de las organizaciones sociales, del ámbito social, de la sociedad. También es necesario que se conozca algo sobre la relación entre un individuo o individuos, y la comunidad y la sociedad.

No obstante, se debe tener presente que la sociología no puede ser muy precisa ni profética, como por ejemplo, la química o la astronomía, porque los factores que afectan al cambio social son demasiado numerosos. Aún se hace más difícil, porque una

organización social como una comunidad, está siempre en construcción, es un modelo que no se puede percibir directamente.

En cualquier caso, se tiene que determinar la meta de aprender más sobre la perspectiva social, y desarrollar conocimientos para entender los elementos sociales que revelan los indicadores que se pueden percibir, tales como: el comportamiento de las personas, estadísticas sociales y económicas, ciertos acontecimientos y datos demográficos.

### **¿Por qué participación?**

Para potenciar a una comunidad, explica Doval (2004), no es algo que se pueda hacer sólo con planificarlo sin tomar en cuenta a los integrantes de la comunidad. Puesto que el proceso de potenciación, o de desarrollo de la capacidad, es un proceso social, es algo que la propia comunidad debe llevar a cabo.

Más adelante, asevera este autor, que incluso los miembros de una comunidad, individualmente, no pueden desarrollar su comunidad. Es un proceso del conjunto de la comunidad, interno, como organismo (superorganismo u organismo social). Intentar forzar el crecimiento, intentar forzar el cambio social se denomina ingeniería social, y tiene sus efectos, pero estos efectos son habitualmente muy distintos a los que se buscan.

Es por ello que al llevar a cabo un proyecto, la comunidad se hará más poderosa, desarrollará mayor capacidad. La acción que precisa es su ejercicio para hacerse más fuerte. Ya por todos es sabido, afirma Doval (2004), que la gente debe esforzarse para

fortalecerse. El método básico de un promotor comunitario es primero determinar lo que quiere el conjunto de la comunidad, y después guiarla en su esfuerzo para conseguirlo.

Asimismo, son los miembros de la comunidad quienes tienen que acordar lo que todos prefieren. Esta es la primera de las muchas razones por las que tienen que participar en la toma de decisiones: esta participación es necesaria, primero, para determinar lo que prefieren. Cuando se hace uso de las “tormentas de ideas” de forma correcta, contribuye al proceso que determina una elección comunal, no la de unos pocos, o la de una fracción dominante.

En tal sentido, después hay que decidir la estrategia, o qué camino seguir para alcanzar la meta prioritaria. De nuevo, hay diferentes formas de elegir una estrategia, pero cuanto más represente el deseo del conjunto de los miembros de la comunidad, más válida será. La participación entonces, es vital para el éxito. Sea cual sea el proyecto, tendrá sus aportaciones y sus rendimientos. Las aportaciones son los recursos que se dedican al proyecto. Un rendimiento es un objetivo o meta que se ha realizado.

Doval (2004) y Castellanos (2004) coinciden en afirmar que aunque algunas de las aportaciones pueden venir de donantes externos, incluido el gobierno, la propia comunidad, sus miembros, deben hacer también algunos sacrificios. Además de la participación en la toma de decisiones debe hacerse con contribuciones de recursos, como aportaciones.

## Comunidad

Realmente el término comunidad, tal como explica Becerra y otros (2002) proviene del antiguo latín *comoine*, que significaba conjuntamente, en común. *Commune* significaba comunidad. *Communis* (en latín arcaico *commonis*) es palabra compuesta de *com* + *munis* que significa corresponsable; cooperante, que colabora en realizar una tarea. *Munis*, *mune* significa en latín servicial, cumplidor de su deber. De ahí que *in-munis* signifique exento de toda obligación, libre.

*Munis* se deriva de la antigua palabra latina *munia* (arcaico *moenia*) oficios, obligaciones, tareas públicas. Del latín *muni-ceps* (de *munus*: oficio, obligación, tarea, y *capere* (tomar) viene la palabra española *municipio*. En latín *municipium* eran las ciudades autónomas del Lacio que tenían frente a Roma las mismas *munia*, los mismos derechos y deberes que los ciudadanos romanos.

*Communitas* era, pues, la agrupación de personas vinculadas entre sí por el cumplimiento de obligaciones comunes y recíprocas.

De allí se puede deducir lo que significa organización comunitaria, tal como sostiene Becerra y otros (2002, p. 147):

Es la agrupación de personas que se asocian bajo principios, objetivos y metas comunes, reconocidas y aceptadas como tales por todos sus miembros. De esta manera, las organizaciones comunitarias no son exclusivas de un determinado grupo o sector de la población; estas pueden ser constituidas por todas las personas.

Se puede afirmar que las organizaciones comunitarias son formas de agrupación de personas que buscan enfrentar problemas

que les afectan y mejorar su situación. Entre ellas se encuentran: sindicatos, cámaras de la producción, ligas deportivas, comités barriales, cabildos, gremios profesionales y artesanales, clubes, asociaciones de jóvenes, de mujeres, de minorías étnicas, entre otras.

Dentro de este orden de ideas, las organizaciones comunitarias son autónomas e independientes del Estado; tienen como fin último el beneficio y bienestar de sus miembros. Para alcanzar este propósito establecen de manera implícita o explícita una serie de normas y reglas reconocidas y aceptadas por todos sus miembros.

Este elemento las diferencia de las llamadas organizaciones no gubernamentales que si bien son organizaciones que tienen autonomía del estado y un conjunto de normas que regulan su vida, éstas no tienen como fin último el beneficio de sus miembros sino de terceros.

Es importante mencionar, señalan Becerra y otros (2002) que la agrupación de las personas está garantizada por el derecho de libertad de asociación y reunión, reconocido en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999). Este derecho sólo podrá ser limitado o suspendido por el Presidente de la República en situaciones en las que se decreta Estado de Emergencia.

## **Epidemiología comunitaria**

Durante los últimos veinte años se ha visto el crecimiento rápido y extenso de investigaciones y conocimientos que ponen en relación los datos de salud y enfermedad, el rol de la medicina, los éxitos y fracasos de las intervenciones en salud pública, con los factores más

*cualitativos* de la microsociología, de la antropología o de la psicología. Se ha planteado, con evidencias crecientes y resultados muy sugestivos, que las intervenciones en salud deben tomar en cuenta con más cuidado las características culturales y de ecología psico-social de los distintos grupos humanos.

A pesar de sus contribuciones importantes, Klisberg (2001) expresa que principalmente a una concepción de la medicina menos rígida y cerrada en horizontes biologicistas las técnicas y los métodos de análisis e intervención utilizados tradicionalmente presentan característica que los hacen por lo menos insuficientes y ambiguos:

- En la mayoría de los casos son intervenciones aisladas, venidas desde afuera, que se proponen ocasionalmente,
- Aunque se desarrollan las técnicas “participativas”, tiene como protagonistas principales a expertos externos, los cuales no son las comunidades.
- Requieren de tiempos largos y recursos importantes difícilmente compartibles con las condiciones reales de inestabilidad e informalidad de la mayoría de comunidades afectadas.

En cambio, se propone una marcada presencia y aplicación de la epidemiología comunitaria como una herramienta para construir propuestas de salud desde la lógica y organizaciones de las comunidades. Se radica e interesa de manera privilegiada en las situaciones de vidas marginales, desfavorecidas y periféricas con respecto a la estratificación social, económica y a los recursos sanitarios.

Francisco (2003), sostiene que es “vital hacer epidemiología con los grupos comunitarios, desde proyectos de salud que miran a transformar su anonimato y fragmentos en algo más próximo a una identidad colectiva” (p. 303). A través de la epidemiología comunitaria se trabaja dentro de objetivos promoción y desarrollo de culturas, prácticas y actitudes que favorezcan las búsquedas participadas de equidad en las condiciones de vida.

Lo importante en esta práctica es el reconocimiento de las especificaciones de las comunidades y de su facultad para traducir su experiencia en un saber de conciencia mediante la investigación científica local y la creación autónoma y propia del conocimiento desde los sujetos en sus escenarios naturales donde suceden los fenómenos de salud-enfermedad.

Las diferentes metodologías y técnicas desde el enfoque de salud y epidemiología comunitarias son muy útiles para el aprendizaje. Destacan entre éstas el trabajo de terreno y redes practicadas mediante proyectos. Las características del proceso de epidemiología comunitaria se pueden resumir de la siguiente manera:

- Intervenciones integrales e integradas que parten desde el interior de la población sujeto.
- Los protagonistas principales son los miembros de la comunidad y los trabajadores de salud de los centros locales.
- Los tiempos y recursos están adaptados a la situación de inestabilidad y cambios constantes de las dinámicas comunitarias.

De este modo, se recupera la ciencia de las pequeñas comunidades, se privilegia lo cotidiano y lo particular como fuente de reconocimiento y alternativas de superación y recreación, otro de los componentes básicos de la epidemiología comunitaria en los diagnósticos de salud local que se convierte en un diagnóstico colectivo participativo. Feo (2003) sostiene que el “sólo hecho de constatar a través de la sociología, el perfil epidemiológico que presenta una comunidad determinada, no presupone automáticamente una modificación sustancial de las pautas de acción en los centros de salud” (p. 89). Todo lo demás puede servir para suministrar información al gobierno o a las fuerzas sociales para que intervengan.

Sin embargo, la meta esencial es convertir un contenido profesional en el mecanismo por el que se llega a identificar la naturaleza, características y condiciones que presentan los factores sociales ligados al desencadenamiento de la enfermedad colectiva. El centro de salud deja de ser la actuación individual de profesionales y se convierte en un diagnóstico de la comunidad. Todo ello para lograr el objetivo de promover una conducta colectiva terapéutica y de prevención sin marginar a la asistencia individual.

Estos diagnósticos de salud no se pueden convertir como generalmente ocurre en planteamientos teorizantes y tecnocráticos inútiles; más bien constituyen una vivencia y una herramienta operativa para modificar la realidad concreta y promover conductas globales y cotidianas mediante intervenciones coherentes y eficaces.

Se parte de esta lógica: si la pretensión de diagnóstico de la comunidad es modificar las condiciones que causan mayores factores

de patogenicidad, al ser sociales esas condiciones, en el sentido amplio, será necesario (para su modificación positiva) que los protagonistas sociales intervengan. La práctica nos demuestra que sólo cuando los miembros de una comunidad conocen y comprenden la naturaleza de sus problemas, tienen voluntad y motivación y son dotados de una organización; actúan adecuadamente para resolverlos.

Por eso, el proceso de elaboración de un diagnóstico de salud ha de ser colectivo, compartido por los profesionales del centro de salud y las organizaciones ciudadanas de la zona aledaña. Asimismo, estos proyectos de salud alcanzan un recorrido en el largo tránsito desde el paternalismo de la asimétrica relación médico-enfermo, hacia el diálogo entre iguales: profesionales ciudadanos. El diagnóstico de salud realizado con una metodología positivista no participativa es superado al intentar que sea el resultado de aplicar una metodología crítica y emancipadora.

En tal sentido, Sanabria (2004) expresa:

...(el) carácter participativo de la elaboración de estos diagnósticos de salud con esta metodología, tiende a convertir la experiencia cotidiana (de los profesionales de salud y de las organizaciones comunitarias del área) en conciencia científica creciente, sobre la naturaleza social subyacente en cada proyecto o problema de salud y sobre el mecanismo social de sus posibles soluciones (p. 125).

Además, ha sido útil para interpretar el perfil de motivos de consulta al centro de servicio, el perfil de causas de emergencia, hospitalizaciones, de morbilidad y mortalidad, de acuerdo con las circunstancias específicas presentes en la vida cotidiana de cada zona. En conciencia, los ensayos de epidemiología comunitaria y

diagnóstico colectivo permiten que el propio proceso social puesto en marcha en la identificación de la naturaleza de los problemas, lleve aparejada una creciente organización y movilización de planes de intervenciones para modificar o eliminar los problemas.

Con ello no sólo se logra afectar las causas y efectos (medidos con indicadores de todo tipo), sino se desarrolla la dimensión de la conciencia solidaria, y en definitiva una calidad de vida superior. Generalmente y aún más agudizadas en los últimos veinte años, las comunidades de áreas periféricas y rurales de nuestro país han ido conquistando la instalación y estructuración de diferentes servicios de salud con dos graves inconvenientes:

Primero, surgen cuando ya la demanda es crítica y casi nunca con una óptica preventiva sino inevitablemente asistencial (lo urgente desplaza lo importante). Y en segundo caso, no proceden de lógica programática ni planificación social, sino de diferentes ámbitos administrativos muy parcializados e inconexos entre sí. (Ministerio de Infraestructura, Ministerio de Salud, Alcaldía, Gobernación). En consecuencia, casi todos los programas llegan fragmentados a la comunidad, bien por el tipo reduccionista de la demanda, por el ámbito de las intervenciones, por competencia (o incompetencia) burocráticas y administrativas o por los destinatarios y usuarios.

La intervención de ambos fenómenos produce una investigación social muy fragmentada, faltando además cualquier intento serio de coordinación e integración. Este panorama es el mismo que denota la génesis de los establecimientos de salud en Venezuela en el pasado y en el presente. Es precisamente en este proceso en el cual la

epidemiología comunitaria ejerce un gran papel de conductor y unificador de las necesidades de la comunidad y las estructurará en un proyecto sistémico de acción, planificado con visión de futuro e integrando los recursos disponibles.

En este sentido, es urgente ir desarrollando poco a poco una epidemiología comunitaria que a partir de un diagnóstico participativo y un reconocimiento en terreno de actores y procesos, facilite la integración de:

1. Comunidades,
2. Entes gubernamentales y
3. Profesionales de la salud.

Todo ello se lograría anticipando de alguna manera el desencadenamiento crítico de los problemas, previendo mecanismos permanentes de nexos e implementando soluciones desde una perspectiva de desarrollo y sostenibilidad. En esta epidemiología de la responsabilidad y la dialéctica, la utilización de los recursos asignados no es algo pacífico ni obvio; porque estos recursos frente a las necesidades suelen ser escasos y limitados.

En concordancia con lo expuesto, la toma de decisiones por ser participativa y no impositiva exige una determinada capacidad de conocimiento y priorización ante la realidad, mediante diálogo y discusiones, no sólo sobre ideas, sino sobre hechos y datos concretos. Y estas decisiones, a su vez, exigen experimentación y compromiso, flexibilidad y ajuste progresivos.

Bajo este enfoque hay experiencias comunitarias que son testigos y dan testimonio de compromisos que exaltan y dan especial preeminencia al terreno de la acción. Más que preocuparse, se ocupan: de la protesta llegan a la necesaria protesta. El campo de la investigación, el conocimiento y la construcción intelectual son pertinentes cuando están inmersos en el campo de la experimentación, orientada desde el reto y la responsabilidad, a la transformación real de los escenarios locales en los que participan.

Esa es la gran diferencia entre quienes se dedican a hablar y criticar y quienes deciden aportar desde la contundencia de la praxis y del trabajo constante. Todo el rigor y la creatividad de las organizaciones se acrecientan al encontrar un mínimo de condiciones favorables. Ese mínimo potenciador lo aportan los actores comunitarios y también los profesionales de salud desde sus diferentes servicios médicos. Esto es posible cuando se colocan los profesionales de la salud en la verdadera posición de ser “servidores públicos” en beneficio de la población.

En todos los aspectos, se tiene que reconocer la condición de los sujetos como los verdaderos protagonistas de sus propias reivindicaciones y alcances, con el propósito de ubicar al profesional de salud en su correcto papel, que implica la labor sanitaria. Esto no significa posponer o desplazar al profesional de salud, sino más bien ubicarlo en la sociedad como un eficaz colaborador de la gente y teniendo el privilegio de promover el cambio a favor de la equidad y la justicia social.

Cuando se reconoce a las poblaciones, no por las estrategias médicas sino por convencimiento, se puede afirmar que es así como se combate la pobreza, cuyas expresiones más vulnerables son las enfermedades, allí está el verdadero cambio necesario y fundamental a través de la participación comunitaria.

## **Construcción social de la salud**

### **Determinación social de la salud**

Bernal (2003) critica la expresión “determinantes sociales”, esto basándose en que el término implicaría la existencia de una lógica social preponderante que determinaría la acción de los actores sociales perdiendo éstos su capacidad de transformación colectiva y de busca de su identidad.

Surge la expresión “determinación social” del proceso salud-enfermedad la cual parece poseer una potencia explicativa fuerte y ofrece elementos estratégicos para la comprensión de la salud como construcción social y de la necesidad de cambio social para su desarrollo. Existe también una polémica acerca de las expresiones “determinantes de salud” y “determinantes de la inequidad en salud”, para algunos la primera expresión equivaldría a los “factores de riesgo” de la epidemiología clásica; al diferenciarla de la primera se le otorga a la segunda expresión un carácter más transformador, considerando que conduciría más hacia la senda para comprender las injustas jerarquías de estructuras sociales, revelando la verdadera “causa de las causas” de la inequidad en salud.

En este debate que está lejos de estar cerrado, el proceso que se empieza a transitar permitirá comprender la riqueza y la polisemia del concepto “determinantes sociales de la salud”, a la vez que se evidencia la necesidad de encontrar un lenguaje mejor elaborado y compartido que favorezca la acción política más articulada.

Es oportuno mencionar, la afirmación de Bernal (2003) sobre como las condiciones sociales en que vive una persona influyen sobremanera en su estado de salud. En efecto, circunstancias como la pobreza, la escasa escolarización, la inseguridad alimentaria, la exclusión, la discriminación social, la mala calidad de la vivienda, las condiciones de falta de higiene en los primeros años de vida y la escasa calificación laboral constituyen factores determinantes de buena parte de las desigualdades que existen tanto entre los distintos países como dentro de ellos mismos, en lo que respecta al estado de salud, las enfermedades y la mortalidad de sus habitantes.

Para mejorar la salud de las poblaciones del mundo y fomentar la equidad sanitaria se precisan nuevas estrategias de acción que tengan en cuenta esos factores sociales que influyen en la salud. Ello no significa que los sistemas de salud equitativos dejen de tener importancia. Pero debe reconocerse que, muchas veces, los sistemas de salud son parte misma del problema y que ellos y las nuevas estrategias son imprescindibles para abatir las inequidades en salud.

No sólo las circunstancias sociales –estratificación social y posición social– determinan las inequidades sociales (en el nivel poblacional) sino que también operan a través de determinantes intermedios generando inequidades en salud. Los marcos

institucionales socioeconómicos y macroeconómicos, el conjunto de valores sociales aplicados por una determinada sociedad y las políticas públicas inequitativas son factores de fundamental importancia en la conformación de las inequidades sociales. Las personas y grupos sociales que están más abajo en la escala social, poseen dos veces más riesgo de contraer enfermedades graves y de fallecer prematuramente. Las causas materiales y psicológicas, contribuyen con estos riesgos y sus efectos se extienden a casi todas las causas de enfermedades y muerte y a todos los grupos sociales. Las desventajas sociales pueden manifestarse en forma absoluta o relativa, y la tendencia es a concentrarse en los mismos grupos sociales, sus efectos en la salud se acumulan durante toda la vida.

### **DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD**



**Fuente:** Bernal (2003)

No solamente se encuentran desigualdades entre distintos países, sino también dentro de un mismo país podemos observar diferencias extremas. Estas diferencias de salud ocurren a lo largo de la estratificación social, incluyendo los ejes socioeconómicos,

políticos, culturales y geográficos. Un modo de describir la magnitud de estas inequidades es la distancia entre el tope y la base de la escala social. No obstante a lo largo de todo el gradiente social hay diferencias injustas que pueden ser evitadas.

La influencia de los determinantes sociales no sólo se evidencia cuando comparamos la distancia entre el tope y la base de la estratificación social, sino también cuando analizamos los indicadores de salud en relación con otras variables a lo largo de toda la estratificación social. En Bangladesh y en Tailandia, las jóvenes pobres con educación secundaria tienen mejores indicadores de salud que otras jóvenes que no tienen escolarización o que sólo alcanzan la educación básica.

En este orden de ideas, la tarea pendiente es el sostener la capacidad de promoción de forma permanente mediante la incorporación de profesionales competentes con liderazgo efectivo y una base científica sólida, con herramientas para monitorizar, con organización y estructura adecuadas, y con los recursos mínimos necesarios.

Las estrategias que ejecutan las agencias de salud pública (entes descentralizados de salud a nivel estatal) se pueden resumir en funciones de apoyo en los siguientes ámbitos:

1. Técnicos:
  - Sistemas de información
  - Función del conocimiento

- Investigación
2. Relaciones:
- Con las instituciones políticas
  - Con otras entidades públicas
  - Con la comunidad
3. Gestión:
- Recursos humanos
  - Planificación de programas y proyectos
  - Evaluación de resultados

El proceso de cambio se caracteriza por su acción intersectorial y apoyo de alianzas. Consecuentemente, los programas de promoción de la salud también se encuentran inscritos en estas coordenadas. La implementación de dichos programas requiere de responsabilidad social, el incremento de financiamiento público para estos, las alianzas y redes como bases arquitectónicas sociales y el apoderamiento comunitario. La Cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, celebrada en Yakarta en julio de 1997, identifica esas prioridades:

- Promover la responsabilidad social por la salud.
- Aumentar las inversiones para el desarrollo de la salud.
- Consolidar y expandir las alianzas por la salud.

- Incrementar la capacidad de las comunidades y el poder ciudadano.
- Asegurar una infraestructura para la promoción de la salud.

Es satisfactorio reconocer cómo experiencias de salud local y pertenecientes a contextos muy concretos de la geografía venezolana como innovadoras precoces, de forma anticipada y casi profética comenzaron a describirse con su testimonio vital y organizacional propuestas centrales para la promoción de la salud, que muchos años más tarde iban a ser ratificados y consagrados por la Organización Mundial de la Salud en Yakarta.

En el terreno de la práctica, sostiene Klisberg (2001) se han aplicado diversas formas como estrategias de promoción, a saber:

#### *Prevención de la enfermedad*

Acciones de prevención primaria dirigidas a personas susceptibles; prevención secundaria: para diagnosticar y tratar de forma precoz, y prevención terciaria: para evitar la incapacidad y secuelas en los enfermos.

#### *Estrategias de alto riesgo*

Dirigidas a un grupo de sujetos específicos en función de un factor de riesgo. Esta estrategia aparece en los centros ambulatorios predominantemente como método secundario.

#### *Estrategia poblacional*

Dirigida al conjunto de la población, independientemente de que posean o no un factor de riesgo. Las ventajas observadas es que

dichas estrategias intentan ir a la raíz del problema general, en beneficio acumulado sobre la población, y que la adopción de nuevas conductas tiene un efecto permanente.

Estas intervenciones tienen dos ámbitos, uno sobre el medio ambiente y otro sobre los individuos, que contienen educación para la salud y medicina preventiva. La promoción de la salud se experimenta como un proceso colectivo de cambio social que se debe incorporar a toda la sociedad. Este proceso capacita a las personas para el control de los factores que determinan su salud y la incrementan. Esta línea conceptual es sistematizada por Jake Epp (Ministro Federal de Salud de Canadá, a mediados de los años 80) quien identificó tres problemas de salud de actualidad:

- La desigualdad entre grupos.
- La persistencia de enfermedades evitables.
- La imposibilidad de llevar a una vida dirigida y llena de significado.

Dentro de ese marco, la promoción de la salud, como proceso, ofrece abordajes globales, que toman en cuenta el ciclo vital de las personas y los ambientes en los que viven, con eficiencia, efectividad y equidad, facilitando el desarrollo de la participación comunitaria mediante la comunicación, educación e información. En esta perspectiva y desde la praxis cotidiana real se experimenta la salud con un concepto positivo y multidimensional, como un recurso para mejorar la calidad de vida, sobre todo de aquellos estratos sociales que han sufrido de exclusiones históricas y estructurales, tales como la forma de reparto de la sociedad Venezolana.

La promoción de la salud genera responsabilidad de numerosos agentes e impulsa la implementación de políticas que consideran los determinantes amplios de salud y el papel de cada uno de los implicados en crear y desarrollar la salud; donde la comunidad como conjunto de personas que comparten intereses y/o espacios afines, ofrece un punto de conexión entre la salud de la población y la promoción de la salud.

En cuanto a los modelos en promoción de la salud, Mendoza (2004) plantea la existencia de tres conceptos de salud:

- **Un concepto médico:** basado en la ausencia de enfermedad, cuyo modelo de interacción sería la medicina preventiva.
- **Un concepto de resultado:** basado en los estilos de vida, siendo sus intervenciones en la educación (general y para la salud), desarrollado de auto-cuidados y la ayuda mutua.
- **Un concepto holístico:** basado en estructuras sociales, que plantea sus intervenciones mediante las políticas saludables y el desarrollo comunitario.

Por otra parte, se podrían definir cuatro modelos en promoción de la salud:

1. Modelo médico preventivo: enfocado a la detección precoz de enfermedades.
2. Modelos de estilos/ conductas de vida: su objetivo es modificar las conductas y generar hábitos saludables.

3. Modelo de los entornos: intenta garantizar que los ambientes en los que viven las personas sean saludables (escuelas, trabajo, familia).
4. Modelo socio ambiental: dirigido a subvertir los denominados determinantes amplios de salud con política de desarrollo global.

Un sistema de salud debería integrar todas las acciones posibles para mejorar y desarrollar la salud. En la aplicación de los programas de promoción se identifican componentes de estos cuatro modelos que se imbrican unos a los otros. Algunos ejemplos específicos de prácticas de promoción de la salud se pueden señalar a continuación:

1. **Modelo médico preventivo:**

- Red cardiovascular y diabetes
- Lucha contra el cáncer

2. **Modelo estilos saludables:**

- Abordaje población
- Auto cuidado y ayuda mutua
- Salud infantil

3. **Modelos entornos saludables:**

- Municipio saludable
- Escuela para padres

- Psiquiatras comunitarios
- Cárceles saludables
- Vigías ecológicas comunitarias
- Familias saludables

#### **4. Modelo socio-ambiental**

- Desarrollo comunitario
- Desarrollo indígena, agrícola y autogestión

Las estrategias que se asocian con el abordaje socio ambiental de promoción de la salud se dirigen a la reducción y prevención de condiciones de riesgo, al contrario de los otros modelos cuyos propósitos son: individuos sanos, enfermos y grupos de alto riesgo. Como es lógico, los centros ambulatorios desde la atención primaria de salud ejercen un liderazgo más prominente en este modelo de promoción de la salud, mientras que los hospitales desarrollan mucho más que los primeros modelos antes señalados.

Otro aspecto importante es la evaluación de los programas de promoción de la salud. Uno de los inconvenientes observados es que indicadores tales como mortalidad, morbilidad o calidad de vida, no reflejan adecuadamente el efecto de las acciones de promoción de la salud. Klisberg (2001) afirma que esto se debe al largo tiempo que lleva de las intervenciones a los cambios de los resultados o impacto social en la salud. Es preciso medir, por ello, no sólo el resultado final

sino los percusores del cambio, como los progresos en política, productos, conocimientos o interés.

A menudo, el impacto de los programas y política de promoción de la salud es indirecto y no específico de enfermedades cuyo resultado es un aumento de la capacidad de las comunidades y organizaciones para apoyar la salud. Por esto, el modelo de política de salud construido a partir de la promoción de la salud debe incorporar estrategias de efectividad probada y estimular la acción social. La promoción de la salud cataliza así las acciones de los diversos implicados en el proceso de mejorarla.

### **Promoción de la salud**

En 1974 aparece el informe Lalonde, Canadá, el cual sostiene que las condiciones ambientales y los estilos de vida eran más importantes para la salud de los canadienses que la asistencia médica; sin embargo, los recursos existentes se dirigían a la asistencia médica y no a los cambios en los determinantes.

Este aporte es considerado para los profesionales del área de la salud como un pilar fundamental que conlleva al avance de la promoción de la salud en el mundo occidental. El éxito real de éste informe radicó en que se involucró a varios sectores cuyos programas nunca habían sido considerados como de salud; esto supone un antecedente importante sobre la consideración de grupos sociales como entes activos dentro del proceso de salud en ejercicio de la participación comunitaria, abriendo las puertas para la inclusión de grupos de análisis conformados por representantes de diferentes disciplinas y que participen en el proceso de formas diversas.

En este sentido, la OMS (1998:10) señala que la promoción de la salud es “el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.” De esta forma se configura como un proceso político y social global que comprende las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, y también aquellas dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de atenuar su impacto en la salud pública e individual.

En este sentido, 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 prioritarias, contempladas en la Carta de Ottawa para la promoción de la salud:

1. Establecer una política pública saludable
2. Crear entornos que apoyen la salud
3. Fortalecer la acción comunitaria para la salud
4. Desarrollar las habilidades personales, y
5. Reorientar los servicios sanitarios

Cada una de estas estrategias y áreas de acción se define con mayor detalle en el glosario. En el mismo orden de ideas, la Declaración de Yakarta sobre la manera de guiar la promoción de la salud hacia el siglo XXI, 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.

Así pues, los escenarios para la salud ofrecen oportunidades prácticas para la aplicación de estrategias globales donde 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.

Consecutivamente, 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.

En este orden de ideas, la Declaración de Yakarta identifica cinco prioridades de cara a la promoción de la salud en el siglo XXI:

1. Promover la responsabilidad social para la salud
2. Incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud
3. Expandir la colaboración para la promoción de la salud
4. Incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos

5. Garantizar una infraestructura para la promoción de la salud

6. 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.

Por otra parte, Francisco (2003) afirma que los programas de promoción exigen un sitio central en cada proyecto de salud. En general las propuestas integrales de promoción han de preceder a la asistencia y luego insertarse en el desarrollo general de la institución. En la práctica concreta desarrollada en contextos muy diversos podemos identificar con claridad los medios utilizados para conseguir la promoción de salud, los cuales coinciden plenamente con las acciones propuestas en la carta de Ottawa (1986):

- Establecer políticas saludables.
- Reorientar los servicios de salud.
- Crear un entorno que favorezca la salud.
- Reforzar la acción comunitaria.
- Desarrollar aptitudes y recursos individuales.

Estas acciones son implementadas mediante tres funciones básicas:

- **Evaluación:** Sistematización de información sobre la comunidad, necesidades de salud comunitarias y estudios epidemiológicos.

- **Desarrollo de Políticas:** Programas de salud integrados con una visión estratégica, a partir de la valoración del proceso democrático.
- **Garantía de Servicios:** ofreciendo un conjunto mínimo de servicios de forma directa con un consenso amplio entre autoridades sanitarias y comunidad.

Finalmente, es importante destacar que la educación para la salud viene dada por un proceso permanente y reflexivo de cambios favorables en los conocimientos, actitudes y prácticas de individuos, que busca desarrollar un óptimo nivel en el estilo de vida y el mantenimiento autogestionario de la salud personal, familiar y comunitaria. (Ministerio de Salud, Departamento de Educación para la Salud; 1987)

Ésta es una herramienta proporciona insumos para el desarrollo de las diferentes líneas de acción de la promoción de la salud y encuentra su desarrollo en los espacios de la educación tanto formal como no formal; esto implica emplear métodos y técnicas novedosas para promover eficientemente el desarrollo de las potencialidades de los individuos y sus comunidades además de dotarlos de herramientas que le permitan ejercer sus derechos y su papel protagónico en la construcción de una sociedad saludable.

Como herramienta, aporta métodos e instrumentos novedosos y efectivos, especialmente en procesos donde se requiere no sólo personas informadas sino con importantes avances en cambios de actitudes y prácticas. Es decir, donde no solamente dispongan de información sino que vivan realmente un proceso de enseñanza-aprendizaje.

## **Participación ciudadana y salud**

Según Anzola (2007), el proceso salud-enfermedad, con más fuerza cada día, emerge como uno de los aspectos medulares de las luchas de clases que se concretan en la relación entre el Estado y la sociedad, así como en la generación de experiencias alternativas frente al gran flagelo que sacude a la humanidad, la pobreza. La concepción de la salud más allá de las implicaciones teóricas, orienta la toma de decisiones y las acciones que deben ser emprendidas para lograr la equidad y la justicia social.

Desde el punto de vista epidemiológico, Breilh (1982, citado por Anzola 2007) define la salud, como la síntesis de un conjunto de determinaciones que operan en una sociedad concreta y que producen en los diferentes grupos, la aparición de riesgos o potencialidades características, los cuales a su vez se manifiestan en forma de perfiles o patrones de enfermedad o de salud.

Comenzando el nuevo milenio parece haber coincidencia en afirmaciones como, por ejemplo, que la democracia moderna debe construir ciudadanía -ya que es su fundamento-. Asimismo, se afirma que la construcción de ciudadanía conduce a la democracia plena y que sin participación no hay ciudadanía ni democracia.

Estamos en una nueva encrucijada histórica: en el proceso de entender y hacer la democracia. Las nociones, conceptos y categorías en las ciencias sociales no son históricos. En cada situación, contexto histórico, político, social y cultural, el uso de cada término tiene connotaciones diferentes. ¿De qué democracia se habla?, ¿De qué ciudadanía?, ¿Qué es participación? ¿Y salud?

Una vasta literatura se ha escrito sobre estos temas, de manera que es obligante centrar la discusión en cuanto al objeto de esta investigación: el diseño de un plan de participación de la comunidad en programas de promoción de salud bucal en Venezuela. Se debe revisar la posición de los diversos autores y las corrientes de pensamiento sobre el asunto e intentar asumir una aproximación acorde con los propósitos esenciales de nuestra investigación.

### **Aproximación al concepto de salud**

Buena parte de los errores que se cometen en las prácticas, individuales y colectivas, en relación a la salud, incluyendo la participación social, tienen que ver con el concepto que se ha aprendido en relación a ella. Dieterich (2003) afirma que se asocia salud a no estar enfermo, se habla de política de salud como referida a médicos, medicinas, hospitales y enfermedades.

También la participación de la comunidad en salud tendría que ver con la manera como las personas intervienen en relación a los centros asistenciales (ambulatorios u hospitales), o en el mejor de los casos, a tareas relacionadas con prevención de enfermedades o promoción de la salud. Para intentar responder estas interrogantes haremos un breve bosquejo de la historia del concepto de salud desde la perspectiva del pensamiento médico.

En ese sentido, el reto que está planteado hoy, parte de entender el problema de la salud y la enfermedad como un proceso social. Esto implica darle un nuevo papel a las ciencias sociales en salud, integradas desde la perspectiva de la aproximación histórica al estudio

de los problemas. Se trata de una concepción de la historia que implica un nuevo espacio para la integración de las ciencias sociales.

Ahora bien, la reconstrucción de los procesos generales desde la historia estructural a partir de la interacción con las demás ciencias sociales, nos permitirá quizás comprender el proceso social e histórico de la salud de una nación así como en el contexto de las relaciones internacionales, es decir, en el contexto de una economía-mundo concreta. Feo (2003) enfoca que se trata de construir una epidemiología histórico-social, y una nueva semiología que supere el signo físico-químico para pasar al signo como realidad social y cultural, que permita reconocer en el individuo los signos de ese proceso de materialización.

Se trata de entender cómo cada individuo pertenece a un proceso de historia local concreta y de qué manera en ella se establece una forma determinada de andar por la vida en el contexto general de una economía-mundo (Francisco, 2003). Estos planteamientos conducen a repensar la concepción de la salud que hemos venido asumiendo. Aún hoy, en escenarios de importante nivel académico, se sigue repitiendo (como paradigma de supuesto pensamiento avanzado) que la salud es *“el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones”*, según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su *Carta Constitucional* de 1946.

En otras palabras, la ruptura epistemológica que también en este campo se ha producido lleva a incorporar propuestas de cambio radical en los conceptos tradicionales. La discusión sobre salud lleva a

concebirla hoy no como un *estado* sino como un *proceso*, y se incorporan los componentes histórico, político, cultural y ambiental a su definición (Klisberg, 2001). Todo ello conduce a afirmaciones como, por ejemplo, que la salud no está en la Medicina. Lo que hoy conocemos como Medicina es apenas una forma más de aproximación a la comprensión del proceso salud-enfermedad. El saber médico occidental es un saber entre otros; no es el conocimiento, es una manera más de conocer (Mendoza, 2004).

El debate continúa. Desde la perspectiva de la Teoría de la Complejidad (Sanabria, 2004), se propone una nueva ruptura epistemológica en relación al abordaje positivista convencional; o desde la física, la noción de “fractales” parece valiosa para la comprensión de la producción del conocimiento científico en salud. El “orden a partir del caos” o el engendramiento de lo “radicalmente nuevo” (Dieterich, 2003) apuntan en la manera de pensar cómo la realidad concreta se estructura de modo discontinuo.

En resumen, del modelo naturalista biomédico, que evolucionó de la magia hacia la religión, y luego a la Filosofía, haciendo del ser humano doliente una máquina a reparar, o luego simplemente un desequilibrio funcional, se han estado produciendo secuencialmente rupturas epistemológicas considerables en diversos campos del saber, apuntando hoy a ubicar lo que entendemos por salud en una perspectiva social, histórico-cultural y de recuperación de la condición humana perdida.

## **Salud como proyecto de vida**

La salud, íntimamente ligada a la calidad de la vida, tiene un sentido histórico y un carácter social, relacionado con la experiencia de pertenecer a determinada clase social, etnia, ciclo vital, condición humana, o vivir una situación y unas expectativas poblacionales. Como concepto y como noción, además ha tenido referentes que han evolucionado según las ideas filosóficas y las corrientes de pensamiento de cada época. Pero además por tener un extraordinario sentido vivencial, subjetivo, es parte de un proyecto filosófico de vida.

Este sentido, lo podemos sintetizar haciendo referencia a la construcción teórica que hace Sosa (2006), al concebir la salud como noción y dimensión que requiere ser entendida en un plano de construcción social, y como tesoro que cultivar y defender (p.210):

...la salud concebida como valor sociocultural y filosófico esencial de la vida, en relación recíproca con un ser, estar, hacer y convivir en armonía. Como categorías no negociables, que implican una concepción no excluyente de los significados contenidos en la expresión ser humano; en sus planos de relación con la vida, con la muerte y con los otros. En las dimensiones y valores que de allí surgen, en un sentido de inmanencia y trascendencia, al considerar la existencia del hombre como cuerpo, alma y espíritu. (p.239).

## **Perspectiva de salud colectiva**

Mientras la Salud Pública tradicional y la Medicina Social, han priorizado la razón instrumental y la norma estatal para aproximarse a la salud de las poblaciones, administrando las instituciones y los recursos, la visión de Salud Colectiva “requiere visualizar en primer término la vida, la ética y la política con fines y medios capaces de

movilizar voluntades, culturas y conocimientos dirigidos hacia el logro de la salud y la equidad” Granda (2009. Pp148, 149). Esto implica el compromiso con los diversos actores, la ampliación y diversificación de acciones y responsabilidades, con un sentido de solidaridad, y de promoción de la participación que empodera a los colectivos.

La Salud Colectiva está constituida por la epidemiología y algunos bloques de disciplinas relacionadas, para la investigación y monitoreo de determinantes de condiciones de salud poblacional y el estudio de formas de prevención social, la aplicación de acciones de defensa contra procesos destructivos y la promoción de aspectos beneficiosos de la vida social. El conocimiento de las formas de saber en salud, su reproducción y difusión (saber en salud, epistemología, antropología, pedagogía y afines), las prácticas organizacionales y posibilidades de integración de prácticas y saberes del pueblo, Breilh (1993.Pp 23, 24).

### **Salud bucal**

Dentro de los principales problemas de salud de una comunidad se encuentran los relacionados con la salud bucal, que tienen una alta incidencia y prevalencia en la población, por lo que el trabajo del profesional en el área debe estar orientado a lograr el mantenimiento de un estado de salud bucal óptimo durante el mayor tiempo posible.

En este sentido, es necesario que la salud pública bucal oriente sus funciones hacia la promoción, prevención, recuperación-curación y la rehabilitación, contando con el espacio de atención primaria de salud como su principal escenario, a partir del cual se inserten en la comunidad a través de representaciones sociales los aspectos inherentes a la promoción de salud bucal considerando como uno de

sus elementos integrantes la educación para la salud, la cuál resulta esencial para el perfeccionamiento de las funciones de salud pública y que a largo plazo dejará notar los efectos positivos sobre la salud de la haciéndolos más estables.

Para realizar los cambios necesarios en aras de optimizar la calidad de salud bucal de la población, es necesario en primer lugar diagnosticar para ejercer controles conocimiento a fondo los procesos que integran la problemática, de esta forma, se obtiene un conocimiento exacto de la situación de la salud en una comunidad por ende de la familia y el individuo. Rodríguez (1997), señala que el diagnóstico de salud se basa en un análisis de los hallazgos con enfoque clínico – biológico, higiénico – epidemiológico y social, para la identificación de los problemas de salud.

Ahora bien, es fundamental conocer también el nivel de conocimientos que maneja la comunidad sobre la salud bucal, ya que según los problemas detectados lo ideal es configurar un esquema educativo para propagar a través de representaciones sociales un programa educativo que se enfoque en las necesidad específicas de cada comunidad, para ello, se requiere la participación activa de todos los ciudadanos que hacen vida en la comunidad.

Es importante destacar que la configuración de las formas de transmisión de conocimientos a la comunidad tienen el propósito fundamental de crear conciencia en los miembros de sus propios problemas, mostrar las formas de estructurar las soluciones e implementarlas en conjunción con el equipo de profesionales especialistas en salud bucal.

Es necesario resaltar que la labor educativa en pequeños grupos comunitarios a través de representaciones sociales trae consigo resultados asociados a modificaciones en las actitudes y conducta de la población en relación con la salud bucal, lo cual se traduce en una mejor calidad de vida de la población que asimile los cambios.

### **Bases legales y políticas**

En el preámbulo de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), se establece que el fin supremo de la misma es crear una sociedad democrática, participativa y protagónica. De esta manera se otorga rango constitucional a la participación ciudadana, despejando de una vez todos aquellos obstáculos que sin ningún fundamento prohibían la actuación de los ciudadanos en los asuntos públicos, de carácter trascendental, que los afectaban de manera directa.

Entre los principios fundamentales que establece la Constitución Nacional, se puede tomar en cuenta que el artículo 6 propone de manera general la forma de gobierno de la República y de sus entidades, dejando claro que el mismo debe ser democrático, participativo, electivo, descentralizado, alternativo, entre otros aspectos. Todo esto obliga a aquellos que dirigen al Poder Ejecutivo del Estado a reformular la relación con los ciudadanos, que hasta entonces se encontraba totalmente desvinculada de lo que verdaderamente se puede denominar participación ciudadana.

El marco jurídico para la participación local en Venezuela obtiene su fundamento de manera explícita en dicha Constitución específicamente en el Título III (de los Deberes, Derechos Humanos y

Garantías), en el Capítulo IV (De los Derechos Políticos y del Referendo Popular), Sección Primera: De los Derechos Políticos, artículos 62, 66 y 70, que consagran la participación de la población en la formulación, ejecución y control de la gestión pública. También establece la obligación de crear mecanismos legales, abiertos y flexibles para descentralizar hasta el nivel parroquial y promover la participación de las comunidades a través de mecanismos autogestionarios y cogestionarios. Asimismo se les otorga a los ciudadanos el derecho de exigir a sus representantes la entrega de cuentas de la gestión pública.

A través del Título III -De los Deberes, Derechos Humanos y Garantías-, en su Capítulo X -De los Deberes- instituye en su artículo 132, el deber que tiene toda persona de participar solidariamente en los asuntos de la vida política, civil y comunitaria del país. Una vez más se ratifica la necesidad de aproximación de los ciudadanos al poder. En la medida en que el ciudadano participa integralmente en los asuntos públicos, bajo el sello del interés común, se puede construir un consenso activo en tomo a la acción social y gubernamental. Tal participación es la base de la legitimidad y la gobernabilidad, y es este consenso sociocultural la justificación ético-política del gobernante.

En el Título IV -Del Poder Público-, Capítulo I -De las Disposiciones Fundamentales-, Sección Primera: De la Administración Pública, el artículo 141 impone de manera taxativa el servicio de la administración pública hacia los ciudadanos, y es por ello que la mejor manera de determinar y mejorar los servicios que el Estado presta a los ciudadanos es través de la honestidad, participación, celeridad,

eficacia, eficiencia, transparencia, rendición de cuentas y responsabilidad en el ejercicio de la función pública, que exige este marco legal.

Una mención importante que se debe resaltar es la establecida en el Título IV -Del Poder Público-, Capítulo II -De la Competencia del Poder Público Nacional-, más específicamente en el artículo 158, se constituye la descentralización como política nacional y a la vez se establecen los fines de la misma, enfatizando el acercamiento del poder a los ciudadanos. con el propósito de satisfacer sus cometidos. De esta manera se logra unir de manera constitucional, algo que ya estaba perfectamente unido: la participación ciudadana en el proceso descentralizador.

El artículo 166 de la Constitución (1999) se localiza en el Título IV -Del Poder Público-, Capítulo III -Del Poder Público Estatal- garantiza la participación ciudadana en los llamados Consejo de Planificación y Coordinación de Políticas Públicas, cuya función es planificar y coordinar las políticas públicas estatales, ratificando de esta manera la importancia que tienen las comunidades en las definiciones de las políticas y prioridades públicas.

También el artículo 168 (Título IV -Del Poder Público), Capítulo IV -Del Poder Público Municipal- plantea que las actuaciones del gobierno local se cumplirán incorporando la Participación Ciudadana al proceso de función y ejecución de la gestión pública y al control y evaluación de sus resultados. Es quizás éste el artículo más importante del presente estudio, por cuanto otorga fuerza y rango constitucional en el área que tratamos a la participación ciudadana,

obligación establecida de manera declarada e irreversible porque la Carta Magna no puede ser objeto de modificación alguna por parte de cualquier persona, bien sea natural o jurídica.

Particular importancia merece el artículo 182, contenido en el Título IV -Del Poder Público-, Capítulo IV -Del Poder Público Municipal-, siendo este postulado el que establece constitucionalmente la creación de los Consejos Locales de Planificación Pública, otorgando la particular importancia que le corresponde a las comunidades y los ciudadanos en la vida de su comunidad, requisito indispensable para su desarrollo.

En el artículo 184 se establecen de forma clara y expedita las obligaciones del Poder Público Municipal, en cuanto a la descentralización y transferencia a las comunidades y grupos vecinales organizados de los servicios que estos gestionen, previa capacidad de los mismos para la prestación del servicio; pero también en su ordinal segundo se interpreta en forma clara la participación de las comunidades y ciudadanos, a través de las organizaciones vecinales y organizaciones no gubernamentales, en la formulación de propuestas de inversión ante las autoridades estatales y municipales encargadas de la elaboración de los respectivos planes de inversión, así como en la ejecución, evaluación y control de obras, programas sociales y servicios públicos en su jurisdicción.

Mejor no ha podido establecer el legislador el alcance de la participación ciudadana, ya que de esta manera no deja ningún tipo de dudas en tomo a la inserción del pueblo en la gestión pública. Y en los diversos ordinales restantes de este artículo, se constata el amplio

margen de acción de las comunidades en los diversos ámbitos de la vida pública local.

También se establecen en los artículos restantes de nuestra Constitución las formas y maneras generales de insertar la participación ciudadana en las distintas esferas de la vida pública nacional, regional o municipal, sea cual fuere el organismo ejecutor, confirmando así una vez más la política que debe asumir el Estado en esta materia.

Ahora bien, la Constitución establece los principios o preceptos fundamentales que rigen la vida nacional. Es por ello que la presente investigación se remite a otras figuras jurídicas que establecen de manera directa la participación ciudadana: Ley Orgánica de Participación Popular, Ciudadana y Comunitaria (2001), Ley Orgánica de Descentralización, Delimitación y Transferencia de Competencias del Poder Público (1992), Ley Orgánica de Elecciones y Participación Política (1999) y Ley Orgánica de Régimen Municipal (1993), siendo la última la que reviste mayor importancia en el análisis y desarrollo de esta investigación.

## ENTRELAZADO METÓDICO

El epígrafe que presento a continuación conlleva a especificar la metódica empleada para dar cumplimiento a las directrices que guían la intencionalidad de esta investigación, planteando un análisis enmarcado en el paradigma cualitativo, bajo la premisa del rescate de lo subjetivo, para ello, parto de la afirmación de que el ser humano engendra su propia cultura la cual va evolucionando empujada por los descubrimientos que producen conocimiento sobre ellos mismos y sobre el entorno en el que se desarrollan; así, el ser humano, como actor social, es el único que tiene la potestad de validar el avance de los procesos que él mismo ha creado y el método por excelencia para este proceso de comprobación es la investigación.

Entendiendo lo anterior, conviene entonces mencionar que las representaciones sociales no escapan a este proceso creador de conocimientos, en el que el ser humano es el principal protagonista, y que en función de motivar los cambios que necesita para mejorar su calidad de vida, recrea escenarios como la participación comunitaria; que dinamizan el ciclo de creación de conocimiento y lo que es más importante, lo adaptan a la necesidad colectiva. Es el caso de la salud bucal, como proceso intrínseco comunitario, una vez que ha sido adoptado como herramienta de mejora de la calidad de vida, se inicia un proceso retrospectivo en el interior de la comunidad y motivado por sus actores sociales que a través de las representaciones sociales esquematiza los modelos y métodos necesarios para llevar a cabo los objetivos que se trazan en colectivo.

De esta forma, y siendo el ser humano el único y principal actor constituido como autoridad para determinar qué, cómo y cuándo se

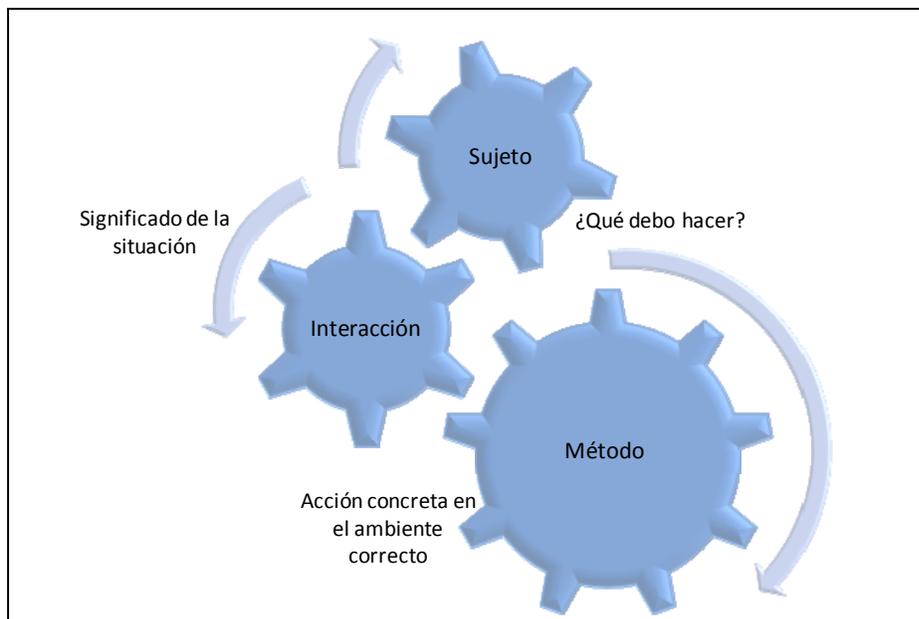
produce un conocimiento y cuál es el alcance del mismo, el entrelazado metódico de esta tesis doctoral inequívocamente está orientado a esbozar y sustentar el conocimiento creado bajo el paradigma cualitativo y que emana del análisis de las representaciones sociales en un proceso social: la participación comunitaria en la salud bucal.

En este sentido, los actores que intervienen como informantes y fuentes de ésta investigación son el origen del conocimiento, enfocado éste en una verdadera creencia justificada y validada por ellos mismos, pues como ya he apuntado, son los que crean el conocimiento a partir del rescate de la visión que tienen del mundo comunitario y a través del decir, pensar y hacer profundo, que es expresado tácitamente por el actor social en sus representaciones sociales y que vive su vida cotidiana desde la perspectiva de la participación comunitaria, validando, de este modo, a quién trata de explicitar este proceso, que no es otra que ésta investigadora, ya en mi papel de observante más que de actora del proceso.

Como se ha comentado, ésta investigación centra su atención en participación comunitaria en salud bucal y las representaciones sociales creadas por los actores sociales en el contexto de la Venezuela contemporánea, partiendo del análisis sistemático y puntual de información que procede en primer lugar de los autores medulares comentados en discurso teórico y segundo del aporte directo de informantes claves que hacen vida en la comunidad de la Parroquia Miguel Peña del Municipio Valencia en el Estado Carabobo y que forman parte del proceso de participación comunitaria en dicha comunidad.

Hora bien, el trabajo que conlleva la realización de este constructo analítico viene dado por la metodología fenomenológica hermenéutica, he considerado para ello el interés práctico que reviste el abordaje del fenómeno observado y que consonante con el enfoque metódico que menciono, pues orienta las directrices de la investigación a comprender el entorno comunitario para que los actores sociales interactúen en él y produzcan representaciones sociales que se traduzcan en participación comunitaria en la salud bucal; lo anterior se explica gráficamente en la siguiente figura.

### ABORDAJE FENOMENOLÓGICO



Fuente: Elaboración propia

Al respecto Habermas, citado por Mardones y Ursúa (2003), menciona que este abordaje hermenéutico logra sus conocimientos a través de un marco metodológico donde la validez de los enunciados en la comprensión del sentido de los hechos y la verificación sistemática de la interpretación de los textos. En este sentido, el planteamiento de esta tesis doctoral puntualiza su estudio en la información suministrada por los actores sociales enmarcándola dentro de la literatura consultada al respecto de las representaciones sociales para comprender su devenir en la participación comunitaria en el área de la salud bucal.

De esta forma, se engrana el saber relacionado con la comprensión juzgado en la medida en que el significado interpretado ayude elaborar juicios respecto a las representaciones sociales, ejerciendo una acción subjetiva; para ello, como autora de éste trabajo me sitúo en el contexto de la participación comunitaria como observante analítica para comprender la verdadera interacción de los actores sociales en los procesos de salud bucal; esta comprensión abarca la situación real y la proyección de la situación deseada, la más opima, en función de mejorar la calidad de vida de las comunidades, y las englobo a todas, porque este estudio es extensivo, pues lo que se discierne a partir de la interacción con los individuos de la Parroquia Miguel Peña bien puede adaptarse al contexto de cualquier otra comunidad donde las representaciones sociales apliquen para el desarrollo de la participación comunitaria en el área de la salud.

La interacción que menciono, desde la perspectiva hermenéutica se desarrolla en acción con el ambiente, lejos de enmarcarse en un ambiente previamente objetivado, esto precisamente es lo que generara ese conocimiento subjetivo de la participación comunitaria y las representaciones sociales como sujeto y no como objeto. En el mismo orden de ideas, se aplica la inferencia práctica, donde la primera premisa viene dada por la tendencia de los actores sociales hacia alcanzar un estado optimo de participación comunitaria en el proceso de salud bucal y la segunda premisa está constituida por el cómo lo lograrán, apareciendo entonces la figura de las representaciones sociales como la conclusión objetivada que impulsa la tendencia ya existente a la acción.

De esta manera, el enfoque epistemológico metodológico elegido para la comprensión del fenómeno observado determino puntualmente las técnicas e instrumentos que usaron en esta investigación, además de la naturaleza y valor de las contribuciones que construyo en promoción de las representaciones sociales, la participación comunitaria y la salud bucal como medio para mejorar la calidad de vida.

Desde lo cualitativo la realidad epistémica requirió para su calaje en ésta investigación de un sujeto cognoscente (actores sociales) influidos por una cultura (participación comunitaria) y unas relaciones sociales particulares (representaciones sociales), éstos elementos determinaron que dicha realidad dependiera para su esquematización, comprensión y estudio, del conocimiento de las formas de percibir, pensar, sentir y actuar, propias de esos sujetos cognoscentes. Es importante mencionar a este respecto que La subjetividad es para

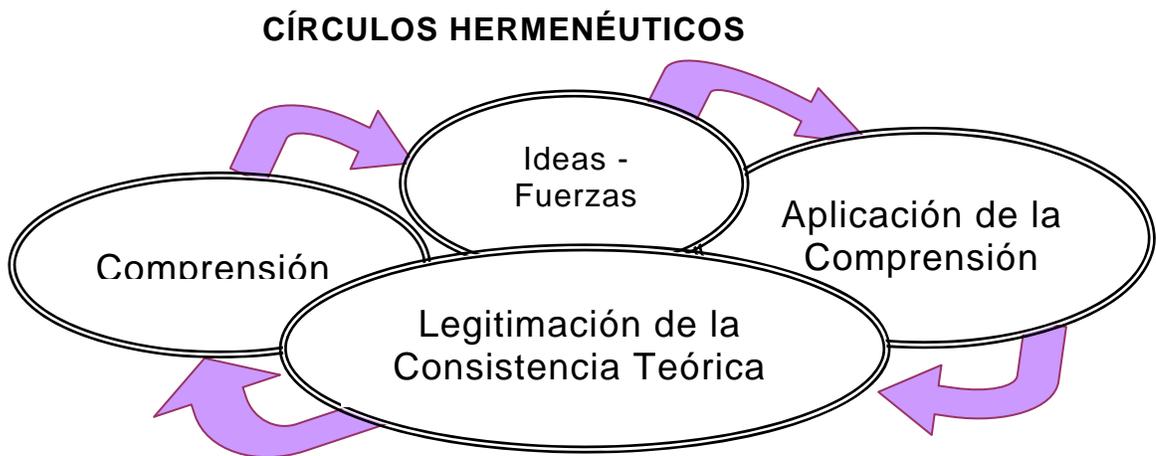
ésta investigación un medio, un instrumento para develar las realidades de la comunidad a través de los actores sociales, pasando por un proceso de construcción de conocimiento que se fundó en los hallazgos que se encontraron durante el transcurso de ésta investigación, es decir, sobre la plena marcha, de ésta.

Al respecto de lo anterior, comenta Briones (1996) que la validación de las conclusiones obtenidas se hace a través del diálogo, la interacción y la vivencia, las que se van concretando mediante consensos nacidos del ejercicio sostenido de los procesos de observación, reflexión, diálogo, construcción de sentido compartido y sistematización.

Por otra parte, la fenomenología adopta en ésta tesis doctoral como método una manera de observar el mundo inmerso en la participación comunitaria desde la perspectiva de la salud bucal. Para ello, en el devenir del proceso de construcción de conocimiento, elimino todo aquello que no fue inmediato y originaria, apuntando hacia una suspensión de juicio de todo lo supuesto como cierto para proceder a identificar la realidad en el caso concreto que se observar, aquí la hermenéutica entra a representar la interpretación y el entendimiento del devenir comunitario y de las representaciones sociales poniendo énfasis en la experiencia, la expresión y la comprensión de los hechos.

En consecuencia, se puede afirmar que, de acuerdo con la naturaleza del problema, el estudio corresponde a una investigación enmarcada en la modalidad de investigación fenomenológica–hermenéutica a partir de lo descriptivo, que ha sido definido por la UPEL (2006), como aquél “análisis sistemático de problemas de la realidad, con el propósito bien sea de describirlos, interpretarlos, entender su naturaleza y factores constituyentes...” (p. 14).

El siguiente gráfico representa los círculos hermenéuticos, planteados por Rodríguez (2006) donde se evidencian más claramente las vertientes del enfoque metodológico hermenéutico que asume en este trabajo de investigación.



**Fuente:** Rodríguez Noriega (2006).

De esta forma, en un primer nivel de abordaje hermenéutico se intenta la búsqueda de sentidos, para luego avanzar en la profundización del análisis de las representaciones sociales mediante la reflexión teórica, que posibilite una aproximación a la comprensión interpretativa de la participación comunitaria, sus interacciones y

significaciones en el ámbito salud bucal y sociedad. Radica en esta imagen la esencia de esta investigación, a objeto de analizar las representaciones sociales en la participación comunitaria de los programas de promoción en salud bucal.

Es oportuno aclarar, que al seleccionar la hermenéutica como eje central para el logro de los propósitos planteados, siempre se mantiene presente un enfoque cualitativo, puesto que se realizan registros narrativos de la participación comunitaria en salud bucal y las representaciones sociales. De esta manera, busco identificar la naturaleza profunda de la realidad estudiada y su sistema de relaciones.

En ese orden de ideas, el referencial teórico de las representaciones sociales corresponde al abordaje procesual en la búsqueda de su descubrimiento, y de la comprensión de su impacto en la participación en salud. De allí que, las representaciones como estructuras cognitivo-afectivas, sirven para procesarla e interpretar la información del mundo social. En consecuencia, orientan la forma como se planifican las conductas sociales.

Parece seguir las exigencias básicas de la Ciencia Moderna pero de una manera bastante heterodoxa: riqueza de fuentes bibliográficas, apoyo sobre autores de la tradición clásica, enfoque pluridisciplinar, combinación de técnicas de recolección y análisis de datos tanto cuantitativas como cualitativas, uso de un lenguaje metafórico y, no pocas veces, poético, reconocimiento de la relatividad de la objetividad científica, es decir, de la participación del autor en la construcción del

objeto de estudio, método, técnicas y textos, postura crítica, entre otros.

A efectos de clarificar lo que se comprende como enfoque procesual, citaremos nuevamente a Banchs (2000): lo que podría llamar el polo de lo procesual, sería el que va, más allá del Interaccionismo Simbólico, hacia una postura socio construccionista, ciertamente originada a partir de los postulados interaccionistas y claramente influenciada por la literatura foucaultiana, sobre todo en términos de análisis del discurso. Al respecto Mary Jane Spink da cuenta del carácter procesual del enfoque: “es la actividad de reinterpretación continua que emerge del proceso de elaboración de las representaciones en el espacio de interacción, lo que constituye, en nuestro modo de ver, el real objeto de estudio de las representaciones sociales en la perspectiva psicosocial (Spink, 1994, p.121)”.

En este sentido, como ya se ha explicado, la metódica a desarrollar, se ubica entonces en el enfoque procesual de las representaciones sociales en los procesos de participación comunitaria orientado a la salud bucal de la Venezuela contemporánea, el cual parte de un abordaje hermenéutico del discurso, donde se contempla el análisis de los signos, los símbolos, el lenguaje y el significado de todos ellos.

Por otra parte, se debe tomar en cuenta cómo las representaciones sociales en torno a la participación comunitaria contribuyen a la prevención - promoción en salud bucal desde la perspectiva de integración de los actores sociales en el proceso de

creación de conocimiento a través del cual se impulsa la mejora en la calidad de vida de los individuos que hacen vida en la comunidad. El análisis de los contenidos de las representaciones sociales en cuestión se realiza mediante la adecuación a la investigación de los postulados de la investigación hermenéutica, la cual permite a su vez el estudio holístico de los fenómenos.

Ahora bien, conviene esbozar en esta parte, los métodos que se utilizaron para obtener información, en este sentido, las entrevistas a profundidad jugaron un papel importante en el desarrollo de esta investigación, tal como lo expone Martínez Miguélez (1997), cuando afirma que:

La meta-comunicación y la auto-referencia, colocan al frente una riqueza del espíritu humano que parece ilimitado por su capacidad crítica y cuestionadora, aún de sus propias bases y fundamentos, por su poder creador, por su habilidad para ascender a un segundo y tercer nivel de conocimiento y por su aptitud para comunicar a sus semejantes el fruto de ese conocimiento (p. 123).

...que es lo pretendido a través de las entrevistas, para que en conjunto con la observación subjetiva se pueda finalmente completar el proceso de construcción de conocimiento que explicaba en los primeros párrafos de éste epígrafe. Finalmente expresa Martínez:

Lo más claro que emerge de todo este panorama es que en sentido tradicional restringido de comprobación empírica, tendremos que concluir que esa entrevista nos serviría muy poco en el estudio de un gran volumen de realidades que hoy constituyen nuestro mundo. Pero si queremos abarcar ese amplio panorama de intereses, ese vasto radio de lo cognoscible, entonces tenemos que extender la misma, y también de su lógica, hasta comprender todo lo que nuestra mente logra a través de un procedimiento riguroso, sistemático y crítico, y que, a su vez, es consciente de los postulados que asume (p. 124).

Cabe resaltar que el tono con el que se enfocaron las entrevistas a profundidad fue del tipo coloquial y sencillo, con el fin de hacer sentir a los participantes en dicho proceso investigativo, en igualdad de condiciones académicas y estructurales, para propiciar la mayor empatía y obtener respuestas claras y concretas.

### **El itinerario propuesto**

- Se efectuaron entrevistas a profundidad, de forma individual y con las siguientes características: flexibles, dinámicas y abiertas; es decir, siguiendo un modelo intersubjetivo, de conversaciones entre iguales.
- Las entrevistas a profundidad fueron realizadas bajo la perspectiva del propósito general de esta investigación y estuvieron dirigidas a un líder de cada una de las cinco comunidades, seleccionadas entre aquellas que conforman la Parroquia Miguel Peña del Municipio Valencia en el estado Carabobo, Venezuela:
  - ✓ Las Brisas
  - ✓ Impacto I
  - ✓ Impacto II
  - ✓ Las Flores
  - ✓ La Antena
- Las entrevistas a profundidad (Ver apéndice A) tuvieron como objetivos orientadores:

- ✓ Identificar las relaciones de poder que hacen de la Odontología un saber dominado y una profesión subsidiaria.
- ✓ Distinguir los rasgos de identidad profesional en odontología y su papel como profesionales en ámbitos de poder político, académico, social o económico, tanto en la esfera local como nacional.

### **Otras actividades**

Para el buen desarrollo de esta tesis doctoral se realizaron actividades que permitieron obtener, analizar y presentar la información requerida para el logro del propósito general, éstas se enmarcaron en las siguientes acciones:

- La revisión de los documentos y referenciales bibliográficos que conforman el discurso teórico y los aspectos legales, políticos y normativos que como discurso de la práctica orientan la participación de las comunidades y los actores sociales en los programas de promoción de salud bucal en Venezuela.
- La construcción de un marco referencial de tipo teórico y la sistematización de la información aportada desde lo experiencial vivido por los actores en la participación, posibilita la lectura hermenéutica de la cuestión investigada y la concreción de una síntesis teórica en el documento final de tesis doctoral, destacando elementos que nos aproximan al enriquecimiento de esta temática, tanto en su pertinencia social como en sus vías de análisis y reflexión.

Finalmente, es importante mencionar que todas las actividades que se desarrollaron para obtener información de los actores sociales se enmarcaron bajo la perspectiva del consentimiento informado, con la finalidad de crear un espacio comunicativo para generar la información precisa; es necesario mencionar que como receptora de la información pase a convertirme en participante del proceso, donde en todo momento privo una real colaboración y beneficio en pro de la sociedad. En este proceso confluyeron instancias sociales, científicas, y personales, convirtiéndose así el consentimiento informado en una herramienta proactiva para esta investigación. (Ver apéndice B).

### **De los informantes**

Para la recolección de información fueron seleccionados cinco personas pertenecientes a las comunidades mencionadas anteriormente, específicamente una por cada comunidad; el criterio de selección de estos informantes radico en que ejercieran papel de liderazgo en la comunidad donde hacen vida, las edades de las informantes oscilan entre 28 y 50 años y todas son de sexo femenino.

A estos informantes les conduje por proceso comunicativo por el cual logre extraer informaciones relativas a la participación comunitaria y el devenir de los actores sociales en el proceso de salud bucal; considerando las a experiencias y acontecimientos vividos por ellos y que atienden a las necesidades de las directrices de ésta investigación.

Como ya se menciona, el medio de obtención de información fue la entrevista en profundidad a través de un dialogo semi estructurado a través del cual se fue guiando a los informantes hacia los temas

pautados, caracterizándose por intervenciones pequeñas de mi parte para facilitar la profundidad de las respuestas y para impedir, en lo posible, el desvío de la conversación hacia puntos de no interés para ésta tesis doctoral. De acuerdo al nivel de cobertura de los entrevistados, la entrevista se desarrollo de forma individual y directa. Es importante mencionar que la guía utilizada para la entrevista fue la misma en todos los casos (Ver apéndice A).

## **ANÁLISIS INTERPRETATIVO**

El proceso de interpretación de la información obtenida mediante los encuentros sucesivos para realizar entrevistas a profundidad a cinco líderes de las comunidades siguientes: Las Brisas, Impacto I, Impacto II, Las Flores y La Antena, permitió recabar información, la cual se utilizó para indagar las representaciones sociales construidas por los actores sobre la participación comunitaria en cuanto a la prevención y promoción de la salud bucal, teniendo como centro de interés las comunidades de escasos recursos de la ciudad de Valencia.

La información que se recopiló fue producto de un proceso de revisión y análisis de fuentes documentales para comprender todos los aspectos inherentes a la participación de estas comunidades y sus habitantes en cuanto a salud bucal, y qué medidas están aplicando para alcanzar la meta de lograr alcanzar la plena prevención y promoción de la salud bucal.

Consecutivamente, se procedió a organizar la información que consideré relevante a través de un proceso de organización metódica para proceder a enmarcar cada aporte documental en la intencionalidad de esta investigación y elaborar los discursos que componen el cuerpo teórico de la misma.

Seguidamente, se proceso y reviso la información contenida en las entrevistas, de las cuales se extrajeron los aspectos más resaltantes de las mismas, a fin de clasificarlas e interpretarlas acertadamente, considerando para ello las preguntas efectuadas a los

líderes de las comunidades objeto de estudio para luego ajustar la matriz categorial.

De esta manera, se configuraron los criterios sobre la transparencia en las respuestas obtenidas, mediante el aporte del enfoque que conlleva develar la situación inicialmente detectada, en la fase preliminar de la investigación. Se presentó cada pregunta efectuada a las entrevistadas, y la opinión que los informantes, actores sociales de la comunidad, aportaron al respecto de cada una.

### Matriz Categorial

Eje Temático	Categoría de Análisis	Teoría Emergente desde lo Referencial	Síntesis Interpretativa
Salud Preventiva	Inicial y básico de conocimiento esencial	Zárraga (2005) Sostiene que la asistencia sanitaria es esencial. Debe estar basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan	No conocen los conceptos básicos para el manejo acertado de la salud preventiva en sus comunidades.

Eje Temático	Categoría de Análisis	Teoría Emergente desde lo Referencial	Síntesis Interpretativa
<b>Promoción y Servicio de Salud Bucal</b>	Actividades y conocimiento de promoción y servicio salud bucal	<p>soportar. Sanabria (2004), expresa al respecto que la Promoción de la Salud fue descrita hace más de cinco décadas como <i>salud se promueve mediante condiciones y estándares decentes de vida...</i> Por lo tanto, la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino algo positivo, una actitud optimista frente a la vida y la aceptación de las responsabilidades. Así debe ser considerada por cada integrante de cada comunidad venezolana.</p>	<p>En cuanto al conocimiento de los procesos efectuados para la promoción y servicio de la salud bucal; manejan conceptos básicos esenciales por cuanto han recibido información por parte del Estado. Además algunos de estos entrevistados se encuentran interesados en enterarse lo máximo de cada paso para brindar mejor servicio.</p>
<b>Promoción y Servicio Salud Bucal en su comunidad</b>	Trabajos efectuados en promoción de salud bucal en su comunidad	<p>Torres (2004) expone que la estrategia medular de la promoción de la salud debe considerar a los sujetos conscientes, para contar con gente que sepa de sus derechos y de sus</p>	<p>Opinan que debe ser fortalecida la participación de la comunidad para promover acertadamente la salud bucal en su comunidad.</p>

Eje Temático	Categoría de Análisis	Teoría Emergente desde lo Referencial	Síntesis Interpretativa
<b>Papel del Odontólogo</b>	Labor del profesional de salud bucal y conocimiento de los participantes del estudio	deberes, de sus relaciones con el estado. Graham (2006) expone que existen causas muy claras por lo que la Odontología ha ido redefiniendo sus objetivos en relación con la formación de recursos humanos, los cuales deben ser capaces de desarrollar acciones necesarias para prevenir y promover la salud buco – dental. Además se debe considerar que la comunidad tiene necesidades de salud, y es función del profesional responder a esas demandas. La construcción de un perfil profesional diferente le ayudará a tomar contacto con la realidad cada vez más cambiante.	Sostienen los participantes que los profesionales de salud bucal no se identifican con las verdaderas necesidades de la comunidad en cuanto a la salud bucal.
<b>Aporte del</b>	Conocimiento	Ministerio de Salud	La totalidad de

<b>Eje Temático</b>	<b>Categoría de Análisis</b>	<b>Teoría Emergente desde lo Referencial</b>	<b>Síntesis Interpretativa</b>
<b>Estado e Instituciones</b>	sobre el aporte del Estado	y Desarrollo Social (MSDS) (2004). A través de los planes de Misión Barrio Adentro, está colaborando con las comunidades más humildes para verter sobre éstos lo necesario para solventar debilidades en salud bucal.	participantes en el estudio coinciden en afirmar que existe la necesidad de incentivar económicamente a todos los planteamientos del gobierno para mejorar la calidad de salud bucal.
<b>Participación Personal en la salud bucal</b>	Participa en la solución de problemas	Provea (2003) sostiene que es esencial que cada integrante de las comunidades sea colaborador directo en la solución de los problemas de su zona donde vive	Inician la participación activa en proyectos que luego abandonan al no verter de inmediato medios económicos para complementar las mejoras en los medios de salud.
<b>Consejo Comunal</b>	Integración consejo comunal	Mendoza (2004) expone que es esencial poder contar con los líderes de las comunidades que se integren en la planificación para garantizar la salud bucal en su entorno.	Todos incorporados indirectamente, por cuanto no salen en listas ni en los procesos contables al respecto; pero siempre se cuentan con ellos

Fuente: Elaboración propia.

## **Análisis interpretativo por preguntas guías en los encuentros y las entrevistas a profundidad.**

En cuanto a la primera pregunta: “¿Sabe algo sobre la salud preventiva?”, las entrevistadas opinaron, por cuanto están ya liderizando las estrategias para la promoción de salud en su comunidad a través de los consejos comunales, que quieren llevar a toda la población planes y proyectos de salud integral, donde no puede faltar la salud bucal. Sin embargo, dos de los actores afirmaron que manejan poco o de forma somera el concepto en sí de salud preventiva.

Otros dos, sostuvieron que no dominan los conceptos, pero sin embargo, están siguiendo las instrucciones y efectuando todos los planes y recomendaciones que reciben para los consejos comunales. Uno solo de los actores entrevistados, ofreció claras y concretas respuestas sobre el conocimiento que ha adquirido sobre la salud preventiva y su deseo de implementarlas en su comunidad, reconociendo además que hace muy poco tiempo que maneja tal conocimiento.

No es de extrañar el resultado de esta indagación, puesto que, aunque en los últimos años en Venezuela toda la estructura de programas de salud del gobierno nacional ha alcanzado con niveles de eficiencia que aún están por evaluarse, tener presencia en todos los rincones de la geografía nacional que se consideraban impenetrables, queda por delante mucho por trabajar en cuanto al cambio socio cultural, no solamente por parte de las instituciones y demás organismos de las diferentes instancias del poder público nacional,

sino, precisamente, del lado de quienes constituyen los sujetos objeto de estudio de la presente investigación: las comunidades.

A partir de esta primera pregunta, tenemos entonces una primera aproximación al problema: sólo un uno de los actores admite conocer lo que significa la salud preventiva, al mencionar *“domino ampliamente el concepto de salud preventiva, es por ello que se ha querido implementar en nuestra comunidad de manera de poner en práctica todo lo que conlleva salud preventiva. La comunidad requiere planes de prevención en todos los aspectos de bienestar y salud para todos los ciudadanos.”*

Seguidamente, se le preguntó *“¿Qué tipo de asistencia en materia de salud bucal conoce usted en su comunidad y/o en otras comunidades?”*; en este caso en concreto, se detectaron comentarios negativos tales como: *“He visto que existen algunos dispensarios en la zona donde vivo, pero o no están abiertos o en algunos se paga caro o no tienen material para atender y uno pierde su tiempo haciendo la cola y al final sigue igualito con su dolor de muela”...*, lo cual refleja cómo la comunidad requiere de centros de atención en salud bucal eficientes.

Además, el tipo de respuestas obtenidas denotan cómo los líderes en su comunidad establecen tácitamente que los requerimientos de salud están presentes en las comunidades, pero a su vez destacan que no existen los recursos económicos adecuados para la atención primaria básica a los habitantes del sector.

Se puede afirmar, también a partir de las respuestas obtenidas, que la participación comunitaria debe fortalecerse en su alcance, ya

que se cuenta con líderes que quieren trabajar para brindar a las comunidades los beneficios de poseer centros asistenciales, pero sin la aparente capacidad de hacer contraloría social. Además, los entrevistados manifestaron que ellos se comprometerían a motivar a otros vecinos del sector, en pro de lograr los beneficios de la atención en salud, y específicamente en la salud bucal, pudiendo reflejar que frente a la disposición de participación, aún existen fallas en la organización de los movimientos sociales.

En la entrevista a profundidad se indaga abiertamente acerca de, si los actores consideran suficiente la promoción y el servicio de salud bucal que se presta en las comunidades. En esa temática, de los líderes de la comunidad que participaron en el estudio, tres expusieron que no existe suficiente promoción y servicio de salud bucal en las comunidades. Uno de los actores opinó que sí existe promoción pero las personas no lo saben o no acceden a ella. Otro centró sus opiniones en que la promoción y el servicio para la atención de las necesidades de cada comunidad o vecinos del sector son muy escasos.

Comentarios ampliados dentro de la entrevista a profundidad denotan que, aunque los actores conocen la problemática, no ven cercanas las posibilidades de mejorar esas debilidades en su comunidad aunque quieren trabajar por la salud bucal de sus familiares. Los razonamientos estuvieron por estos linderos: *“...es de poca calidad, nunca hay nada y no conozco mucho de qué es la promoción”*; *“a veces han venido estudiantes de la universidad y han dado unas charlas a los niños y yo las he oído y si se aprende, pero me gustaría que fueran más seguidos y que nos enseñaran a nosotros*

*para estar continuamente enseñando a nuestros hijos y a toda la familia. Me gustaría ayudar”.*

Tercera pregunta efectuada, *“¿Cree usted que es eficiente la promoción y el servicio de salud bucal que se presta en las comunidades?”*, los actores respondieron: *“tratan, pero es insuficiente. Hay muchas caries y pocos centros de atención. Me gustaría poder ayudar para formar parte de un grupo de personas que se encargaran de educar en salud bucal al resto de la gente y que con los concejos municipales pudiéramos mantener a esos centros de odontología funcionando y atendiendo a todos los del sector...”*.

Cuatro de los actores afirmaron que no existe una promoción eficiente en el servicio de salud bucal que se presta en las comunidades. Si concatenamos estas respuestas con las de la pregunta anterior, se llega razonablemente a interpretar que: si cuatro de los actores admiten que existe muy poca o ninguna promoción para la prevención y tratamiento de la salud bucal, obviamente no se puede hablar de parámetros que permitan calificar de "eficiente" a un subsistema cuyas acciones se perciben por los líderes que representar el sentir de los usuarios, como escasas o inexistentes.

En cuanto a la cuarta pregunta orientada en torno a: *“¿Cuál es el papel que debe tener el odontólogo que presta sus servicios a las comunidades?”*. Los actores enfatizan que: *“Deben ser buena gente y preocuparse de verdad por los problemas de nuestra comunidad, porque así podemos ayudarlos nosotros...”*; de igual forma aseveran que *“... a través de una cooperativa o de otra forma debería conseguirse mantener el centro de odontología abierto y*

*funcionando... y nosotros podemos ayudar a mantener el consultorio limpio y ordenado...”*

Estas afirmaciones respaldan lo afirmado anteriormente en cuanto a las necesidades de la comunidad y el verdadero interés de promover que allí se instale un centro de salud bucal, refleja además que ellos conocen que la necesidad existe y estarían prestos a contribuir significativamente con la permanencia de condiciones operativas e higiénicas y necesarias para un consultorio odontológico. El sentido que parece asignársele a la participación, se orienta más a la parte “colaborativa” de apoyo funcional, posiblemente como un reflejo de la concepción que se reproduce desde los modelos tradicionales de participación. Posiblemente nos señala un horizonte de necesidad de formación ciudadana para la participación como acción generadora, constructiva y controladora de la acción y la gestión del Estado, los profesionales, las instituciones y la comunidad misma, en una sinergia de construcción en la perspectiva de la salud colectiva.

En relación a estas respuestas se puede interpretar que: de existir una eficiente promoción de la salud bucal en sus barrios, de existir la infraestructura y los equipos necesarios para prestar la asistencia en forma sostenida y permanente, la participación comunitaria se movilizaría con el apoyo de sus líderes para lograr una promoción eficiente y una efectiva asistencia de la ciudadanía que requiera los servicios del odontólogo bajo las mejores condiciones posibles. El alcance de estos esfuerzos, estaría condicionado además por la riqueza de la concepción de la participación comunitaria y la integralidad que se logre en cuanto a la visión en salud bucal.

En cuanto a la quinta pregunta efectuada, la cual expresaba: *¿Qué cree usted que deben aportar el Estado y las instituciones, en general, para hacer efectiva y eficiente la promoción, gestión y servicio de salud bucal en las comunidades?*, se obtuvo una misma tendencia en cuanto la opinión de la totalidad de entrevistados.

La totalidad de los actores coincidieron en afirmar que lo que requieren es “*plata*” -término utilizado por ellos de manera muy diáfana-, por cuanto lo que necesitan es el capital para poseer un centro asistencial adecuado. De igual forma, afirman que necesitan personas capacitadas en materia de salud bucal para atender a la población en general. Insistieron en su disposición para contribuir directamente con todo el proceso, desde las diligencias para la obtención de los recursos, pasando por la promoción eficiente, una administración expedita y el apoyo efectivo al o los profesionales de la Odontología que sean destacados para prestar el servicio, así como en el mantenimiento y adecuación del centro para la asistencia en materia de salud.

Ahora bien, en cuanto a la sexta pregunta: *¿Participa usted en la solución de los problemas de su comunidad activamente?*, a partir de esta pregunta, las respuestas se extendieron a contar las veces que han colaborado con la Alcaldía en hacer censo de necesidades, y a iniciar posibles proyectos, que luego se quedan congelados. Este tipo de situación les preocupa y les aleja de colaborar por cuanto creen que es una pérdida de tiempo el hecho de plantear las debilidades de la comunidad y vivir solamente con la esperanza de las posibles soluciones.

Asimismo, afirmaron que ahora colaboran “...*muy poco, pero no porque no quiera, sino que a veces vienen para acá, las alcaldías o la universidad y después ya no siguen y uno se queda con las ganas de trabajar para mejorar todo y que vivamos mejor...*”, resaltando el interés de mejorar su calidad de vida y el del entorno pero con proyectos que se interesen realmente en ser aplicados dentro de la comunidad. Esto refleja también, el riesgo de efectos negativos a la participación, cuando se defraudan las expectativas de los grupos sociales por la falta de continuidad e impacto en la acción social de profesionales, técnicos y estudiantes comprometidos.

Para finalizar con aspectos de la séptima pregunta: *¿Está usted incorporado (a) al Consejo Comunal?*, manifestaron que pese a no estar incorporados directamente al consejo comunal, sí han demostrado a lo largo de la entrevista su interés por trabajar en pro de la comunidad y para el resguardo de la salud de sus integrantes. Siempre manifiestan interés en lo que representa el estudio que se efectúa, porque afirman que de esta manera, al conocer la comunidad, puede iniciarse un verdadero proyecto que tenga los cimientos necesarios para permanecer en la zona donde se desarrolle.

Un aspecto muy importante a destacar, es el reconocimiento de la existencia de líderes naturales en las comunidades, pero con una falta de integración en organizaciones sociales comunitarias en torno a intereses comunes. Este hecho limita la acción y la fuerza de los movimientos sociales organizados y puede reflejar un desafío de impulsar procesos de construcción de ciudadanía, de promoción de una conciencia de solidaridad y responsabilidad social compartida. La necesidad de impulsar investigaciones y acciones para construir

propuestas que se identifiquen con la construcción de una cultura participativa, para el logro del “empoderamiento” o la “potenciación” en el desarrollo de las potencialidades reales y las disposiciones que se identifica existen en las comunidades; una opción para el desarrollo de la salud colectiva y el mejoramiento de la calidad de la vida.

## **REFLEXIONES GENERALES**

Este trabajo constituye solo un avance, una parte de los resultados empíricos respecto a las representaciones sociales de la participación ciudadana en el proceso de salud bucal, por lo cual, se construyen a continuación una serie de reflexiones en torno a tan importante proceso social, que deriva en los cambios necesarios para que la comunidad ejerza por sí misma y en concordancia con los actores institucionales acciones enfocadas al mejoramiento de su calidad de vida partiendo de sus propias vivencias y generando la creación de un conocimiento colectivo en torno a la solución de las necesidades que le aquejan.

En primer término, según los signos representacionales del grupo entrevistado, la participación ciudadana ha puesto en el tapete del acontecer cotidiano la necesidad de romper con los esquemas de paternalismo estatal que hasta hace pocos años predominaban en la relación Estado – Sociedad; a este respecto, es necesario reflexionar la necesidad de contar con los mecanismos eficientes que le permitan a los actores sociales recibir la preparación necesaria para auto gestionar sus proyectos en beneficio de las comunidades a las cuales asisten.

En segundo lugar, la participación ciudadana en el espacio comunitario ha adquirido un poderoso estatus que presenta sus propias formas de manifestación por demás conflictiva, sin embargo, las comunidades cuentan con un importante capital humano que se vislumbra como el motor principal de los cambios que son necesarios para mejorar su calidad de vida; esto supone un independencia del

Estado, que si bien no es financiera, enmarca una serie de procesos creadores que dibujan la realidad que la propia comunidad identifica como necesaria e ideal. En este sentido, la idea de participación comunitaria en la salud bucal a través de representaciones sociales se estratifica en torno a valores como la constancia, la motivación, la voluntad, la solidaridad y la esperanza para lograr los objetivos colectivos que los miembros de la comunidad se han trazado.

Por otra parte, la prosecución de esta tesis doctoral, me permitió avanzar en la comprensión de las prácticas en salud bucal, como formas de ejercer la razón moderna instrumental y de institucionalización de principios de organización de las prácticas socio sanitarias, que adoptan formas de intervención del Estado, con limitadas funciones sociales. Permitiendo establecer que la visión funcionalista impacta la conciencia social que ya posee la comunidad de forma empírica, carente en parte de guía en el logro de sus prioridades vitales; minimizándose las acciones en salud.

El análisis hermenéutico de la racionalidad, la legitimidad y la pertinencia social de la participación comunitaria me permitió visualizar por una parte, elementos que reflejan la existencia de una crisis objetiva y subjetiva (las expectativas) en salud pública, por otra parte la existencia de claras opciones en el contexto social, en lo normativo y en la actitud de las comunidades, para engendrar salud comunitaria mediante formas de acción y participación más activas, impulsadas por procesos de aprendizaje social, concebidos a crear una conciencia social; dando campo a la problematización y la generación de procesos de inclusión y formación de quienes promueven la salud; en este caso, la salud bucal.

El abordaje de las representaciones sociales y la sistematización de la experiencias tanto propias como las de los actores sociales de las comunidades que formaron parte de esta tesis doctoral, permite suponer razonablemente, que aquellas personas a quienes vaya dirigida esta promoción de la participación comunitaria en salud bucal, requieren partir de una orientación vinculante de la noción de *salud integral bucal*, por cuanto estas comunidades necesitan apoderarse tanto de los procesos que competen al cultivo del sano vivir y convivir, como de los aspectos básicos de las técnicas de higiene oral como la profilaxis básicas y generales. Teniendo como norte la concepción que, la experiencia del diario vivir, deambular y participar de las poblaciones genera salud y no sólo el descuento de la enfermedad dental.

Dentro de este orden de ideas, otro aspecto esencial por apoyar en estas comunidades, es propiciar un proceso de construcción de conocimiento a partir de la necesidad de cuidar sus bocas como parte integral de la salud general, es decir, que mantener protegida la boca podría beneficiar la salud de todo el cuerpo; esta enseñanza requiere transmitirse y difundirse a estas comunidades a través de los vecinos y líderes comunitarios de esas mismas zonas, como una genuina preocupación al comprender que se comparte la necesidad de sus compañeros de comunidad.

De esta forma, se identifica en el devenir conversatorio de las entrevistas y contactos con los actores sociales de las comunidades que resulta imperante modelar un criterio adecuado al respecto de la salud bucal con la finalidad de dar a conocer aspectos importantes que inciden en el mejor desarrollo de su calidad de vida, por ejemplo el

hecho de conocer que la boca es una de las partes del cuerpo con mayor concentración de bacterias, donde se pueden encontrar alrededor de setecientos (700) tipos. De igual forma, que transmitan de forma sencilla lo importante que es mantener una buena salud bucal, por cuanto de este modo colaboran para que las bacterias de la boca no proliferen formando la placa dento-bacteriana, que es una de las causas principales de las enfermedades bucales.

Específicamente, aspectos básicos pero relevantes, como por ejemplo la gingivitis: fase inicial de enfermedad de las encías, que consiste en la inflamación de éstas causada por la acumulación de placa y bacterias en el cuello de los dientes, pero que sin tratamiento adecuado, la gingivitis puede progresar a una periodontitis, enfermedad más seria y dañina de la infección y la inflamación bucal; siendo este proceso ignorado y descuidado por muchos ciudadanos de las comunidades sujetos-objeto de estudio; quienes usualmente solo se preocupan cuando se presenta alguna anomalía con dolor.

Finalmente se quiere destacar entre las reflexiones finales que surgen de la sistematización de las experiencias con los actores participantes, líderes pertenecientes a las comunidades identificadas, los siguientes aspectos:

1. Existe un poco conocimiento de lo que significa prevención de salud, y específicamente prevención de salud bucal.
2. Las acciones en promoción de salud bucal en esas comunidades es prácticamente inexistente.

3. La atención en salud bucal es por su parte es muy insuficiente para la magnitud del problema de salud pública existente, puesto que no existen ni la prevención ni las condiciones físicas y humanas relacionadas con el tratamiento asistencial de los problemas de salud bucal.
4. Los actores entrevistados muestran disposición para emprender las diligencias, la promoción y el apoyo a la comunidad para que se realice eficientemente todo el proceso de consecución de recursos-prevención-tratamiento relacionado con la salud bucal en sus comunidades.
5. Los actores entrevistados demuestran su disposición para colaborar con otras comunidades para la consecución de las metas relacionadas con la salud bucal.
6. Los actores entrevistados demuestran su interés en formar parte activa de los consejos comunales, asunto por demás importante en la Venezuela de hoy, cuando razones geopolíticas, económicas y sociales han sido hermanadas para que la participación protagónica de la gente se realice a través de los consejos comunales y para lo cual el Poder Legislativo, el Poder Ejecutivo y los poderes estatales y municipales se encuentran brindando apoyo sostenido y creciente a los habitantes del país.
7. En el contexto abordado predominan la concepción y los modelos de participación en salud, vista como colaboración

del pueblo en las acciones de intervención del Estado para la atención sanitaria.

8. Entendiendo la salud colectiva como una construcción social, se requiere avanzar hacia la noción de participación como verdadero empoderamiento de las comunidades en la construcción de la salud; el ejercicio de poder que impulse los procesos desde la evaluación y definición de necesidades, generación de iniciativas, el impulso de proyectos y programas, y la controlaría social de la gestión.

## REFERENCIAS

- 56ª Asamblea Mundial de la Salud (2003). *Conferencia internacional sobre atención primaria de salud*. Alma-Ata: 25º Aniversario. Disponible en: <http://www.who.int/gb/ebwha/pdffiles/WHA56/sa56r6.pdf>. Consultado Junio 18, 2007.
- Aguilar M. (2001). *La participación comunitaria en salud ¿mito o realidad?* Madrid: Díaz de Santos.
- Álvarez R. (2004). *Una interpretación de la Misión Barrio Adentro*. Maracay: IAES.
- Anzola M. (2007). *Promoción del manejo de riesgo en comunidades rurales*. Fermentum Mérida – Venezuela. N° 48. 181-209
- Arias F. (2006). *El Proyecto de Investigación. Guía para su elaboración*. 3era Ed. Venezuela: Editorial Episteme Oriol.
- Arteaga Y. (2000). *Aprendiendo a construir el poder local*. Revista. SIC. Vol 2.
- Avilán Rovira, J. (2005). *Investigación cualitativa en salud pública*. Disponible en: [http://64.233.169.104/search?q=cache:PJC72IQder0J:www.anm.org.ve/FTPANM/online/Gaceta%2520medica%25202005%2520Julio-septiembre/01.%2520Editorial%2520\(301-303\).pdf+Priscilla+R.+Ulin,+Priscilla+R+Ulin+Elizabeth+informantes+y+participantes&hl=es&ct=clnk&cd=2&gl=ve&lr=lang\\_es](http://64.233.169.104/search?q=cache:PJC72IQder0J:www.anm.org.ve/FTPANM/online/Gaceta%2520medica%25202005%2520Julio-septiembre/01.%2520Editorial%2520(301-303).pdf+Priscilla+R.+Ulin,+Priscilla+R+Ulin+Elizabeth+informantes+y+participantes&hl=es&ct=clnk&cd=2&gl=ve&lr=lang_es). Volumen 113. N° 3. Septiembre 2005. Consultado: Octubre 11, 2008.
- Balestrini M. (2002). *¿Cómo se elabora el Proyecto de Investigación?* 3era Edición. Venezuela: Consultores Asociados BL.
- Banchs M. (1986). *Concepto de representaciones sociales: análisis comparativo*. Revista costarricense de psicología (89). 27-40.

- Barrantes C. (2003). *Organizaciones civiles de desarrollo social y representaciones sociales en la Venezuela bolivariana*. Cuadernos del CENDES, 20 (52), 145-170.
- Barrio Adentro (2004). *Misión Barrio Adentro*. En: Coordinación Nacional de Atención Primaria. Caracas: MSDS.
- Barrio Adentro II y III (2005). *Misión Barrio Adentro II y III*. (Página web en línea). Disponible en [www.msds.gov.ve](http://www.msds.gov.ve) Consultado: Octubre 20, 2011.
- Bauman Z. (2002). *En busca de la política*. México: FCE.
- Becerra M. y otros (2002). *Descentralización y participación ciudadana en salud. Un caso de estudio*. Revista Ciencias de Gobierno, 6 (12), 51-62.
- Berger, Peter y Thomas L. (2005), *La construcción social de la realidad*, Buenos Aires, Amorrortu.
- Bernal I. (2011). *La familia en la determinación de la salud*. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol29\\_1\\_03/spu07103.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol29_1_03/spu07103.htm). Consultado Junio 8, 2011.
- Biggs A. y Kapicka C. (2003). *Investigación científica*. RIVED Perú.
- Banchs M. (2001) *Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las Representaciones Sociales*. Papers on Social Representations, 9, 1-15.
- Breilh J (1993) *Epidemiología del trabajo: reflexiones metodológicas para un avance del enfoque contrahegemónico*. Revista Salud y Trabajo N. 13. Universidad Técnica de Manabí. Ecuador.
- Briones G. (1996). *Epistemología de las ciencias sociales*. Instituto Colombiano de la Educación Superior, ICFES. Colombia.
- Calatrava O. L. (2004). *La producción de conocimientos en salud bucal: Un bien escaso y costoso*. Trabajo de Ascenso de la

Universidad del Zulia. Publicado Revista Médica Ciencia Odontológica. Vol.1, N° 2 Disponible en: <[http://www.serbi.luz.edu.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S131782452004012000004&lng=es&nrm=iso](http://www.serbi.luz.edu.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S131782452004012000004&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1317-8245. Consultado Junio 11, 2007.

Castellanos P. L. (2004). *Reflexiones sobre políticas públicas de protección social, derechos humanos y participación social en el Estado democrático contemporáneo en América Latina* (Borrador preliminar). Mimeo. Santo Domingo, República Dominicana.

Centro de Cooperación Regional para la Educación de Adultos en América Latina y El Caribe. CREFAL. (2000). *Manual para la Investigación*. Pátzcuaro, Michoacán. México.

Consalud (2001). *Consalud Participación Comunitaria*. Valencia, Venezuela: Universidad de Carabobo-MSDS.

Diccionario de Ciencias Sociales y Políticas (DCSP). (1989). Di Tella, Torcuato (editor). Buenos Aires: Puntosur.

Dieterich H. (2003). *Democracia participativa y liberación nacional*. Buenos Aires: Nuestra América.

Doval H. (2004). *El nacimiento del concepto de salud como un derecho*. Rev. Argentina de Cardiología, 72 (4): 324-327.

Elejabarrieta F. (1991) *Las representaciones sociales*. Compilado en Psicología Social Cognitiva. Editorial Desclée de Bouver. Bilbao.

Feo O. (2003). *Repensando la salud. Propuestas para salir de la crisis. Análisis de la experiencia venezolana*. Maracay: Universidad de Carabobo.

Foucault M. (2002). *Vigilar y castigar*. Editorial Siglo XXI. Buenos Aires, Argentina.

- Francisco J. (2003). *Origen y evolución de la salud pública en Venezuela*. Caracas, Venezuela: OPS/OMS.
- Gadamer Hans-Georg. (2001). *Verdad y método I*. Salamanca: Ediciones Sígueme.
- Garay J. (2001). *Comentarios a la Constitución*. 2da versión: Gaceta Oficial 5.453 Extraordinaria del 24 Marzo de 2000. Ediciones Juan Garay, Caracas, Venezuela.
- Graham B. (2006). *Odontología, ¿negocio o profesión?* Disponible en: <http://www.odontonoticias.com/detalles.asp?id=418&gid=15&pg=1&sc=index.asp>. Consultado Febrero 11, 2008.
- González M. (2005). *El discurso médico. Representaciones sociales*. Ediciones Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico. Universidad de Carabobo. Venezuela.
- Granda E. (2009). *La salud y la vida*. Ediciones: Asociación Latinoamericana de Medicina Social. ALAMES. Quito. Ecuador.
- Jodelet D. y Haas V. (1999). Pensée et mémoire sociale. En J.P. Pétard (dir.), *Psychologie Sociale*, Bréal, Rosny, 111-160.
- Jodelet, D. (1989) Représentations Sociales: un domaine en expansion. In D. Jodelet (Ed.), *Les Représentations Sociales*. Paris. 31–61.
- Habermas J. (2007). *La Lógica de las ciencias sociales*. Cuarta Edición. Madrid: Editorial Tecnos.
- Hurtado I. y Toro, J. (2001). *Paradigmas y métodos de investigación en tiempos de cambio*. Venezuela. Episteme Consultores Asociados.
- Ibáñez T. (1988) *Ideologías de la vida cotidiana. Psicología de las representaciones sociales*. Barcelona, Sendai.

- Ibañez. (1996). *La emoción. Punto de partida para el cambio en la cultura escolar*. Revista de la Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación 2: 47-58. Santiago.
- Iranzo M. (2004). *Las organizaciones de desarrollo sociocomunitario del estado Lara en la actual coyuntura política*. Cuestiones Locales.
- Jaua M. (2004). *Participación ciudadana y control de la gestión pública*. En: Contraloría Comunitaria en salud, 29-37. Maracay: IAES.
- Klisberg B. (2001). *El capital social*. Caracas: Universidad Metropolitana-Panapo.
- Laserna M. (2010). *Más allá de la disciplina odontológica la salud bucal colectiva*. Vicepresidente de la Asociación por la Salud Bucal –Latinoamérica – en: <http://usuarios.advance.com.ar/asociacionsaludbucal/Salud%20Bucal%20Colectiva.htm> Consultado Noviembre 18, 2011
- León Uzcátegui J. (2005). *Participación ciudadana en salud en Venezuela y el nuevo marco constitucional: ¿De la representatividad a la participación protagónica?* Doctorado Universidad de Carabobo.
- Magariños de Morentin J. (2008). *Semiótica cognitiva. Metodología de Investigación En Ciencias Sociales*. Disponible en: <http://www.magariños.com.ar/> Consultado: Octubre 11, 2008.
- Mardones J.M. y Ursúa N. (2003). *Filosofía de las ciencias humanas y sociales*. Coyoacán, México.
- Martín Serrano, M. (2004). *La producción social de comunicación*. Alianza Editorial. Madrid, España.
- Martínez Miguélez M. (1997). *El paradigma emergente hacia una nueva teoría de la racionalidad científica*. Edit. Trillas, México, 1997

- Moscovici, S. (1979). *El Psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Huemul.
- Moscovici, S. (1988). *Notes towards a description of social representation*. *European Journal of Social Psychology*, 18, 211-250.
- Moscovici S. y Marková I. (2000). *Ideas and Their Development: A Dialogue Between Social Representations*. G. Duveen. Cambridge: Polity Press.
- Mendoza D. (2004). *Gerencia de Promoción para la salud*. Mimeo. Cumaná: FUNDASALUD.
- Miguel R. y Martín Z. (2006). *Acta Bioética. El consentimiento informado en odontólogos residentes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de la Plata*. Profesores en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata, Argentina. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2006000100012&lng=e&nrm=iso&tlng=e](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2006000100012&lng=e&nrm=iso&tlng=e). Consultado: Febrero 11, 2008.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) (2004). *Lineamientos de política de salud: Misión Barrio Adentro. Coordinación Nacional de Atención Primaria*. Mimeo. Caracas: Ministerio de Salud y Desarrollo Social.
- Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) (1999). *Municipios hacia la salud. La Experiencia Venezolana. Una revolución silenciosa*. 2 Tomos. Caracas: SAS – OPS.
- Ministerio de salud. Departamento de educación para la salud. (1987). *Propuesta preliminar para el desarrollo de una Política Nacional de Educación para la Salud*. Costa Rica
- Mires F. (2001). *Teoría política del nuevo capitalismo*. Caracas: Nueva Sociedad.

- Montero M. (2003). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Montero M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós.
- Moñivas A. (1994). *Epistemología y Representaciones sociales: concepto y teoría*. *Psicología General y Aplicada*, 47 (4). Pp. 409-417. Madrid: Federación Española de Asociaciones de Psicología.
- Morales A. (2009). *La Salud Oral en los Estados Unidos. Informe del Cirujano General. Resumen Ejecutivo*. National Institute of Dental and Cranium Facial Research.
- ODonnel G. (2004). *Siete tesis sobre el Estado en América Latina*. En: *La democracia en América Latina: hacia una democracia de ciudadanos y ciudadanas*. Lima: PNUD.
- Oliveros J. (2001). *La formación de profesionales en Odontología*. Hipóstasis. *Revista Venezolana de Investigación en Educación*. Año 1 N° 0. Enero-Febrero.
- Organización Mundial de la Salud. (2007). *Participación Comunitaria*. Disponible en: <http://www.who.int/es/>. Consultado Junio 18, 2007.
- Organización Mundial de la Salud. (1993). *Una formación profesional más adecuada del personal sanitario. Informe de un Grupo de Estudio sobre la enseñanza orientada a la solución de problemas en las profesiones sanitarias*. España. Disponible en: <http://www.oms.org-es/oficialdoc/inter-fpr.int/es/>. Consultado Noviembre 18, 2011.
- Organización Mundial de la Salud. (1998). *Glosario promoción de la salud*. Ginebra
- Paukner F. (2005). *La práctica pedagógica en el marco de la Reforma Educacional Chilena. Una mirada desde la Pedagogía Crítica*. Tesis doctoral. Departamento de Pedagogía. Universidad de Valladolid, España.

- Pérez M. (2011). *El miedo social a la cotidianidad*. Disponible en: [http://ernestodaniel.galeon.com/revista/numero6/cotidianidad\\_3\\_6.htm](http://ernestodaniel.galeon.com/revista/numero6/cotidianidad_3_6.htm). Consultado: Mayo 11, 2011.
- Pereira De Sá C. (1999) *A construção do Objeto de Pesquisa em Representacoes Sociais*. Río de Janeiro: UERJ
- Pereira de Sá C. (1998) *A construção do Objeto de Pesquisa em Representações Sociais*. Rio de Janeiro: UERJ
- PIDH (2003). *Derecho Humano a la Seguridad Social. Plataforma Interamericana de Derechos Humanos*. Caracas: Color Grafic.
- Provea (2003). *El derecho a la salud en el proyecto bolivariano. Informe especial*. Disponible en: [www.derechos.org.ve](http://www.derechos.org.ve). Consultado Junio 18, 2007.
- Rasquin C. (2002). *Cambios en la valoración de la salud oral en los pacientes que acuden al Servicio Odontológico del Municipio Arismendi*. Maestría No Publicada. Universidad de Carabobo.
- Rodríguez Calzadilla A, Baly y Baly M. J. (1997). *Atención primaria en estomatología, su actividad con el médico de la familia*. Revista cubana de estomatología: 43 - 44.
- Rodríguez, T. (1998): *El debate de las representaciones sociales en la psicología social*. Revista Relaciones, invierno, Vol. 24, No. 93. El Colegio de Michoacán, Zamora, México.
- Rodríguez Noriega Y. (2006). *La hermenéutica aplicada a la interpretación del texto. El uso de la técnica del análisis de contenido*. Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Educación. Valencia, Venezuela
- Romero Uzcátegui (2003). *Hábitos que influyen en el proceso salud-enfermedad bucal*. Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes.

- Rovere M. (2002). *Planificación estratégica de recursos humanos en Salud*. Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 96.
- Russel B. (2011). *Los problemas de la filosofía*. Ediciones Labor. Barcelona, España. Disponible en: <http://cotidianidadyfilosofia.blogspot.com/>. Consultado: Mayo 11, 2011.
- Salamanca L. (2002). *La Constitución de 1999 y la participación de la sociedad civil en el Poder Legislativo*. En: C. Renaud (Coord.), *La participación de la sociedad civil en la Constitución de 1999*, 47-67. Caracas: ILDIS.
- Salcedo H. (2004). *El caso de Bolivia. Taller de Consulta: Participación Ciudadana en salud en el Cono Sur*. Buenos Aires, 8-9 marzo 2004. Disponible en <http://web.idrc.ca/es>.
- Sanabria G. (2004). *Participación social en el campo de la salud*. Rev. Cubana de Salud Pública: 30 (3).
- Sociedad española de odonto-estomatología preventiva comunitaria (2000). Disponible en: <http://www.infomed.es/seoepec/eadph2000red.htm>. Consultado Mayo, 2008.
- Sosa G. (2006). *Un médico más cercano al hombre y a la salud*. Clemente Editores, C.A. Valencia, Venezuela.
- Spink M. J. (1994). *Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representacoes sociais*. Textos Em Representacoes Sociais, Petrópolis, Vozes
- Tesis doctorales de economía. (2005). *Identidad colectiva y participación comunitaria*. Año: 2005. Disponible en: <http://www.eumed.net/tesis/amc/13.htm>. Consultado Junio 8, 2007.
- Torres M. (2004). *Participación comunitaria y experiencias exitosas de gestión en salud en América Latina: el caso de Bogotá*. Conferencia. Video. XI Jornadas Científicas IAES, Maracay.

Universidad Pedagógica Experimental Libertador (2.006). *Manual de Trabajos de Grado y Especialización*. Maestrías y Tesis Corporales.

Vásquez N. y Couto C. (2006). *Paradigmas de la Práctica Odontológica*. Trabajo de Ascenso Publicado. Revista Médica vol. VII, No 1, Enero - Junio 2006.

Zárraga Hernández P. (2005). *Salud Pública: Participación Comunitaria y Cambio Social*. Biblioteca de Salud Pública y Comunitaria. Universidad Yacambú. Barquisimeto, estado Lara.

## **APÉNDICE A**

### **Entrevistas en profundidad**

1.- ¿Sabes algo sobre la salud preventiva?

Informante: Mисleydy / Edad: 28 años / Comunidad: Barrio Las Flores.

Respuesta: Hay doctora, debo ser sincera con usted, manejo muy por encima estos conceptos de salud preventiva. No conozco la terminología que debe aplicarse. Pero estoy dispuesta a aprender, claro y a participar en estas cosas siempre y cuando esto permita que mis familiares y amigos puedan tener mejor salud bucal.

Informante: Zenaida / Edad: 50 años / Comunidad: Barrio Las Flores.  
Consejo Comunal Director General

Respuesta: claro que domino ampliamente el concepto de salud preventiva, es por ello que se ha querido implementar en nuestra comunidad de manera de poner en práctica todo lo que conlleva salud preventiva. La comunidad requiere planes de prevención en todos los aspectos de bienestar y salud para todos los ciudadanos.

Informante: Alura / Edad: No revelada / Comunidad: Barrio Las Flores

Respuesta: desconozco lo que significa no las palabras sino eso lleva planes y esas cosas... no es que no sé mucho, sino que no puedo dar conceptos médicos ni nada de esas cosas... me gustaría entender que eso lleva lo que estamos haciendo en pro de nuestra gente que vive cerca.

Informante: Rosmary / Edad: No revelada / Comunidad: Bella Vista I.  
Docente de ME Escuela Las Flores

Respuesta: no conozco con profundidad lo que significa pero sé que esto tiene relación directa con la necesidad de salud antes que te enfermes sobre todo en las comunidades pobres o sin recursos para tener planes que incluyan las cosas que se necesitan para estar siempre sano.

Informante: Nerva / Edad: No revelada / Comunidad: Barrio Luis Herrera

Respuesta: me gusta trabajar y estoy dispuesta a hacerlo por la comunidad y sus beneficios, si es a través de la salud, que bien... y la boca sale arreglarlo muy caro... mejor es prevenir que tener que parir real para resolverlo...

2.- ¿Qué tipo de asistencia en materia de salud bucal conoces en tú comunidad y/o en otras comunidades?

Informante: Misleidy / Edad: 28 Años / Comunidad: Barrio Las Flores.

Respuesta: He visto que existen algunos dispensarios en la zona donde vivo, pero o no están abiertos o en algunos se paga caro o no tienen material para atender y uno pierde su tiempo haciendo la cola y al final sigue igualito con su dolor de muela. Por eso creo que esto sería beneficio para todos por acá en la comunidad. Al final uno se “embroma” y sale bien la salud de los dientes y de todos los familiares.

Informante: Zenaida / Edad: 50 años / Comunidad: Barrio Las Flores.  
Consejo Comunal Director General

Respuesta: no conozco ninguno que sea bueno y que además brinde un buen servicio. A menos que sean los pagos, en donde uno va pero para nada preventivo sino cuando ya las cosas no andan bien en la boca.

Informante: Alura / Edad: No revelada / Comunidad: Barrio Las Flores

Respuesta: todo lo que se hace en la comunidad se sabe, hay un dispensario que permite la parte odontológica pero no siempre hay de todo para hacerle a una las cosas. A veces cuando uno va, es porque ya anda con dolor de muelas... no se hace una limpieza porque eso es mucho real... el que está acá en mi barrio es privado y uno no tiene presupuesto para incluir esas cosas...

Informante: Rosmary / Edad: No revelada / Comunidad: Bella Vista I.  
Docente de ME Escuela Las Flores

Respuesta: hay un par de odontólogos que vienen a hacerle a los muchachos del colegio un plan y dan como una charla en donde les dicen que hay que protegerse los dientes, con lavados de boca seguido... pero no cala eso lo suficiente para que los niños sepan que eso favorece su salud. Les gusta a los niños es que cuando vienen de la UC de la Facultad de Odontología, lo que hacen es no tener clases sino tener un rato de rochela y cero clases de aula.

Informante: Nerva / Edad: No revelada / Comunidad: Barrio Luis Herrera

Respuesta: no hay asistencia en salud bucal, por lo menos no de forma gratuita, por cuanto las personas suelen ir solamente al

odontólogo cuando el dolor de boca o muelas ya no los deja vivir tranquilo... le pagan lo que sea a la persona que si sabe de eso.. Pero no hay fijo, porque el que está en la otra barriada, a veces no va o no abre...

3.- ¿Crees que es suficiente la promoción y el servicio de salud bucal que se presta en las comunidades?

Informante: Misleydy / Edad: 28 Años. Comunidad: Barrio Las Flores.

Respuesta: no es suficiente, realmente para nada... si uno no tiene interés no se da nada de eso.

Informante: Zenaida / Edad: 50 años / Comunidad: Barrio Las Flores.  
Consejo Comunal Director General

Respuesta: de verdad que apena, porque hay gente en nuestras propias comunidades que hay que convencerlo para que entienda que debe ir a controlarse la salud en general. Se debe pensar en ellos y promover y tener siempre materiales y equipos con qué prestar servicio de salud bucal a la comunidad.

Informante: Alura / Edad: No revelada / Comunidad: Barrio Las Flores

Respuesta: por supuesto que no hay suficiente la promoción y servicio de salud bucal que se presta en las comunidades. Siempre se niega esa posibilidad por cuanto no hay espacio creado para ello, presupuesto y ganas de trabajar. En muchos sitios no se han puesto de acuerdo las comunidades para traer los beneficios de salud para toda la barriada. En general no hay ganas de trabajar por la salud sin recibir beneficios...

Informante: Rosmary / Edad: No revelada / Comunidad: Bella Vista I.  
Docente de ME Escuela Las Flores

Respuesta: si existe promoción pero las personas no lo saben. Algunas veces, me he dado cuenta que cuando un padre de acá se le aconseja que vaya a un centro a llevar a su niño luego viene para acá a quejarse que lo atendieron mal y que el sistema dental no sirve. Algunos padres dicen del servicio: "...es de poca calidad, nunca hay nada y no conozco mucho de que es la promoción".

Informante: Nerva / Edad: No revelada / Comunidad: Barrio Luis Herrera

Respuesta: claro que no existe promoción ni mucho menos el servicio como tal para la salud bucal, creo que no solo en mi barrio sino en muchos que conozco.

4.- ¿Crees que es eficiente la promoción y el servicio de salud bucal que se presta en las comunidades?

Informante: Misleydy / Edad: 28 Años. Comunidad: Barrio Las Flores.

Respuesta: creo que no es cuestión de decir si es o no eficiente. Porque casi le digo doctora, que simplemente no existe casi... la parte médica si están tratando de hacer cosas en pro de la gente, pero por la salud bucal no hay casi nada... como eso es algo que no se ve...

Informante: Zenaida / Edad: 50 años / Comunidad: Barrio Las Flores.  
Consejo Comunal Director General

Respuesta: se debe promover más, porque el gobierno trata pero no es suficiente. También hay gente que dice que el profesional les dice que hay muchas caries. Ellos mismos reconocen que hay pocos centros de atención.

Informante: Alura / Edad: No revelada / Comunidad: Barrio Las Flores

Respuesta: yo no sé si es eficiente, porque creo que no existe una verdadera promoción y servicio de salud bucal. Hablando acá de mi barriada, la conozco y no hay gente que dure tiempo queriendo hacer lo que dice uno “el punto” para que vayan los odontólogos a trabajar para evitar que los “carajitos” de uno tengan full caries.

Informante: Rosmary / Edad: No revelada / Comunidad: Bella Vista I.  
Docente de ME Escuela Las Flores

Respuesta: Muchos padres y madres me afirman que les gustaría poder ayudar para formar parte de un grupo de personas que se encargaran de educar en salud bucal al resto de la gente. En lo personal creo que los concejos municipales son quienes deberían mantener a esos centros de odontología funcionando y atendiendo a todos los del sector...

Informante: Nerva / Edad: No revelada / Comunidad: Barrio Luis Herrera

Respuesta: prácticamente puedo afirmar que casi no se promueve nada acá. Uno tiene que salir a “embromarse” para que se tengan las oportunidades que algunos “platudos” pueden tener y brindarle a sus hijos. Acá no hay promoción ni nada de nada... porque

casi ni salud tenemos, acá solo hacemos colas para medio recibir lo que el gobierno gentilmente nos manda gratis, porque nuestros recursos no nos permiten pagar cosas costosas, la boca y sus consideraciones son caras.

5.- ¿Cuál es el papel que debe tener el odontólogo que presta sus servicios a las comunidades?

Informante: Misleidy / Edad: 28 Años. Comunidad: Barrio Las Flores.

Respuesta: Deben ser buena gente y preocuparse de verdad por los problemas de nuestra comunidad, porque así podemos ayudarlo nosotros... además de cumplir con su verdadero trabajo. Porque a veces hemos vistos como los profesionales de salud bucal lo que quieren es cumplir con las pasantías o charlas pronto para poder ir a sacar real como sea.

Informante: Zenaida / Edad: 50 años / Comunidad: Barrio Las Flores.  
Consejo Comunal Director General

Respuesta: el odontólogo tiene que querer trabajar acá, porque algunos profesionales de esta área no les gusta venir para acá, porque sienten que los van a robar... su papel es enseñarle a cada paciente que tienen para que de verdad aprendan a lavar bien sus dientes y a cuidarse para nunca tener que sacarse las muelas...

Informante: Alura / Edad: No revelada / Comunidad: Barrio Las Flores

Respuesta: el dentista, debe querer su profesión y enseñarle verdaderamente todo lo necesario al paciente para que éste pueda

aprender a cuidarse la boca y así no tener necesidad de emergencias ni de andar de carreras.

Informante: ROSMARY / Edad: No revelada / Comunidad: Bella Vista I.  
Docente de ME Escuela Las Flores

Respuesta: yo en lo personal creo que a través de una cooperativa o de otra forma se consiga mantener un centro de odontología abierto y funcionando... y creo que todos podemos ayudar a mantener el consultorio limpio y ordenado... porque al final nos beneficiamos del profesional al cuidado de la boca de cada hijo.

Informante: Nerva / Edad: No revelada / Comunidad: Barrio Luis Herrera

Respuesta: el papel del odontólogo no solo es de curar y sanar lo que se tenga, sino que además este médico puede prevenir que uno caiga en emergencias con los hijos y los familiares adultos y viejos, para que todos tengan buena salud bucal.

6.- ¿Qué crees que debe aportar el Estado y las instituciones, en general, para hacer efectiva y eficiente la promoción, gestión y servicio de salud bucal en las comunidades?

Informante: Mисleydy / Edad: 28 Años. / Comunidad: Barrio Las Flores.

Respuesta: el Estado debe aportar el dinero, en vez de gastar en otros países... le debe dar al nuestro para que de verdad tengamos la oportunidad de salir de abajo. Igual... que nunca se le da una verdadera salud bucal y médica en todos los barrios para que uno no

tenga que salir a buscar real prestado para salir con las emergencias ni hacer colas en los hospitales... porque es terrible esa madrugadera.

Informante: Zenaida / Edad: 50 años / Comunidad: Barrio Las Flores.  
Consejo Comunal Director General

Respuesta: ya se está contando con la ayuda del Estado y del gobierno bolivariano para hacer efectiva y eficiente la promoción, gestión y servicio de salud bucal en las comunidades. Por ello se quiere reunir a todas las personas que quieren trabajar para darle salud tanto bucal como de tranquilidad en general en cada una de las comunidades.

Informante: Alura / Edad: No revelada / Comunidad: Barrio Las Flores

Respuesta: claro que el Estado está ayudando, porque dotan de requerimientos o del dinero para que cada barriada a través de las alcaldías y de los consejos comunales tengan todos los servicios que necesitan cada habitante del barrio y de esa manera todos puedan tener salud en todos los sentidos que necesitan las personas.

Informante: Rosmary / Edad: No revelada / Comunidad: Bella Vista I.  
Docente de ME Escuela Las Flores

Respuesta: Si se necesitan personas capacitadas en materia de salud bucal para atender a la población en general. Además, el Estado a través de las instituciones y organizaciones que tiene creadas para ello, ha estado gestionando que se pongan de acuerdo las comunidades y las personas para poder gestionar los beneficios de

tener centros de asistencia médica y odontológica en cada barriada venezolana.

Informante: Nerva / Edad: No revelada / Comunidad: Barrio Luis Herrera

Respuesta: el gobierno central, ha estado estudiando y creando en diferentes partes CDI y eso contribuye a la salud pública y en general en todas las barriadas venezolanas. Lo que pasa es que no se ponen de acuerdo todas las comunidades para alcanzar sus metas.

7.- ¿Participas en la solución de los problemas de tu comunidad activamente?

Informante: Mисleydy / Edad: 28 Años. / Comunidad: Barrio Las Flores.

Respuesta: creo que suena exagerado, pero son cientos las veces que he colaborado con la Alcaldía en hacer censo de necesidades, y a iniciar posibles proyectos, que luego se quedan congelados dichos proyectos. Porque yo he trabajado con cada gobierno del estado, con la finalidad de que la comunidad se pueda mejorar en el aspecto de salud y educación.

Informante: Zenaida / Edad: 50 años / Comunidad: Barrio Las Flores.  
Consejo Comunal Director General

Respuesta: claro que participo en la solución de los problemas de mi comunidad y de forma activa porque esa es la única manera que vamos a salir de abajo y nuestros niños van a poder tener mejores oportunidades de trabajo el día de mañana y por ende, van a tener

mejor calidad de vida al tener salud y bienestar; siendo mi deber de madre darle a mis hijos y nietos lo mejor que ellos merecen tener.

Informante: Alura / Edad: No revelada / Comunidad: Barrio Las Flores

Respuesta: yo de pana, le voy a decir la verdad... trabajo muy poco, pero no porque no quiera, sino que a veces vienen para acá, las alcaldías o la universidad y después ya no siguen y uno se queda con las ganas de trabajar para mejorar todo y que vivamos mejor... entonces cuando vea que ya están andando... trabajaré con mejor ganas de seguir dando lo mejor para mi comunidad y para mi familia que es lo que me estimula a seguir esforzándome por ellos.

Informante: Rosmary / Edad: No revelada / Comunidad: Bella Vista I.  
Docente de ME Escuela Las Flores

Respuesta: yo entre las mil cosas que me he trazado está el mejorar mi calidad de vida y el del entorno, por supuesto porque mis niños, estudiantes... son esenciales en mi vida... me gustaría tener un proyecto que se interese en ser aplicados dentro de la comunidad. De manera de participar más directamente en todos los proyectos que mejoren la calidad de vida del venezolano.

Informante: Nerva / Edad: No revelada / Comunidad: Barrio Luis Herrera

Respuesta: si participo, en lo máximo que me pidan que ayude a que la comunidad esté mejor y por ende mi entorno y bienestar será para todos... lo que yo hago es para mi familia y mis amigos y

conocidos... pero a la larga todos se van a ver mejor, a tener una mejor calidad de vida. En fin van a tener salud y vida.

8.- ¿Estás incorporado (a) al Consejo Comunal?

Informante: Mисleydy / Edad: 28 Años. / Comunidad: Barrio Las Flores.

Respuesta: No, pero tengo verdadero interés en trabajar en pro de la comunidad y para el resguardo de la salud de sus integrantes. Además eso siempre trae aspectos positivos para la familia en general.

Informante: Zenaida / Edad: 50 años / Comunidad: Barrio Las Flores.  
Consejo Comunal Director General

Respuesta: si pertenezco... pero siempre hay cosas que se puedan hacer para mejorar la calidad de vida y de salud de todos los conocidos.

Informante: Alura / Edad: No revelada / Comunidad: Barrio Las Flores

Respuesta: no pertenezco pero no me da miedo a trabajar por la comunidad.

Informante: Rosmary / Edad: No revelada / Comunidad: Bella Vista I.  
Docente de ME Escuela Las Flores

Respuesta: no pertenezco, pero me ha enseñado al hablar con usted... la comunidad y esto puede permitir el iniciar un verdadero proyecto que tenga los cimientos necesarios para permanecer en la zona donde se desarrolle; pueden contar conmigo totalmente.

Informante: Nerva / Edad: No revelada / Comunidad: Barrio Luis Herrera

Respuesta: No pertenezco, pero si va a montar un centro de salud bucal; cuente conmigo para ayudarla a lo que necesite.

## APÉNDICE B

### Formato de consentimiento informado

La presente investigación es conducida por Sandra Rojas, de la Universidad Carabobo. La meta de este estudio es cumplir con un requisito para optar al título de Doctor en Ciencias Sociales Mención Estudios de Salud y Sociedad.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, los cassettes con las grabaciones se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradezco su participación.

----

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Sandra Rojas. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es que la investigadora opte al título de Doctor en Ciencias Sociales Mención Estudios de Salud y Sociedad.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 15 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Sandra Rojas al teléfono 0414-4156737.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. -----

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

(en letras de imprenta)