

PRINCIPIOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE UN SISTEMA ABIERTO DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD VENEZOLANO

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD VENEZOLANO

AUTOR: Alexis José Robles¹DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA: E-mail: alexisjrobles@cantv.net

Fecha de recepción: 26 - 01 - 2013

Fecha de aceptación: 18 - 04 - 2013

RESUMEN

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

PALABRAS CLAVE: Gestión, Conocimiento, Promoción, Salud

PRINCIPLES FOR THE CONSTRUCTION OF AN OPEN SYSTEM OF MANAGEMENT OF KNOWLEDGE IN THE VENEZUELAN PUBLIC HEALTH SYSTEM**ABSTRACT**

¹ Licenciado en Educación Integral. Especialista en Recursos Humanos. Magister en Gerencia de Recursos Humanos. Doctor en Ciencias Sociales Mención Estudios del Trabajo. Docente Investigador e Investigador Social. Ministerio del Poder Popular Para La Salud.

This study is the product of a historical review, where is graphical mode operate various paradigms of public health at Venezuela. It addressed a revision to factors affecting both the administrative reality of health services, as in the common behavior of users. Thus establishing a confrontation of ideas to establish reasoning about the need to clarify the road to make a break of paradigms between the qualitative and the great diversity of models used by science, to measure the health. Ignoring, the true dimension of: disease prevention, care of the self, promotion of health, development and appreciation of life. In the meantime, these events, as other components, and legal aspects of the national public health system, would be intended to convert faceted weaknesses on factors to establish vital links with those binding lines between the Minister of the power people for health.

KEYWORDS: management, knowledge, advocacy, health

INTRODUCCIÓN

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

Del mismo modo, se desarrolla un planteamiento sobre las Estrategias Generales Para Interpretar La Solución De Problemas Bases que en buena medida convidan a separar la Histórica Medición Epidemiológica de Salud-Enfermedad, a bien de, plantear la implantación de un sistema de gestión de conocimiento, vinculado a una estructura organizacional rectora de salud, cuyo radio de acción deba operar sobre comunidades ubicadas en los denominados sectores marginales considerados excluidos por las políticas públicas. Políticas que sobremanera deban predominar en comunidades que presenten elevados grados de pobreza y ausencia de atención a la salud y la vida lo cual de contribuir a estructurar *Un Modelo Cualitativo Fundado en Valores*. Del mismo modo, también, se proponen bases para construir un nuevo paradigma de gestión sobre una estructura de participación social comunitaria; y se amplía el concepto de desarrollo comunitario puntualizado en referentes de transdisciplinariedad y complejidad en la transferencia de conocimientos sobre salud teniendo en cuenta una revisión periódica del modo como se traduce el empoderamiento de: lenguaje, códigos y alter-ego a favor o detrimento de la salud y la vida.

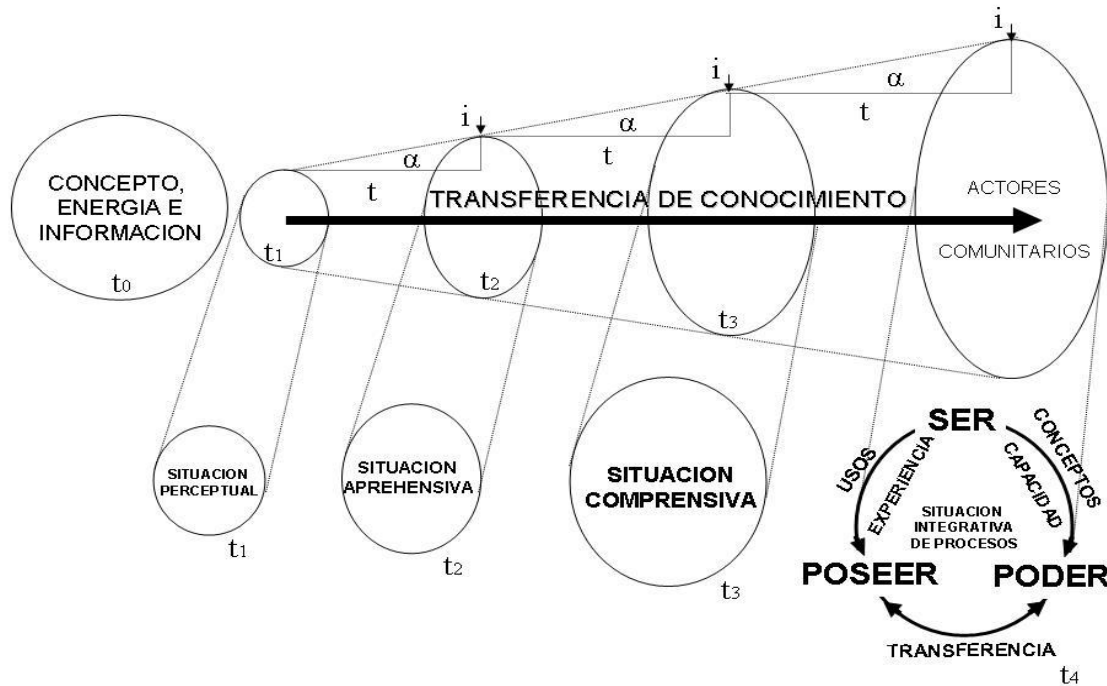
DESARROLLO

Fundamentación de Principios en Salud

La base de estos principios, radica en la construcción bases estructurales que faciliten la modificación de conductas inadecuadas en salud colectiva, a fin de, promover la salud y por esta vía alcanzar: valorar, defender y preservar la vida en aquellos entornos susceptibles de mejorar sus condiciones y calidad de vida, en la medida que cada persona logre el dominio de la prevención de enfermedades. Del mismo modo se busca Lograr, efectividad en los esfuerzos destinados a modificar los determinantes de la salud, utilizando el recurso técnico y metodológico necesario, sustentado en contenidos congruentes con situaciones específicas de cada sector y entorno para propiciar la sostenibilidad y sustentabilidad necesaria.

Los gestores del sistema deben esforzarse por; lograr generar reciprocidad en la transferencia de saberes tendentes a fortalecer la promoción de la salud y la valoración de la vida humana en el ámbito comunitario. Por tanto, se debe estimular, el desarrollo organizacional a lo interno del MPPS, y desde allí impulsar la trialéctica del SER-PODER-POSEER- para que imprima toda la sinergia posible en cada uno de los eventos y con la prospectividad que demanden los procesos de investigación y educación proactiva dentro del subsistema abierto de gestión de conocimiento del SPNS, mediante transferencia de conocimiento a las personas en las comunidades, estas puedan desarrollar capacidades que les capaciten, para mejorar sus condiciones de salud y vida mediante el cuidado de sí y de los otros.

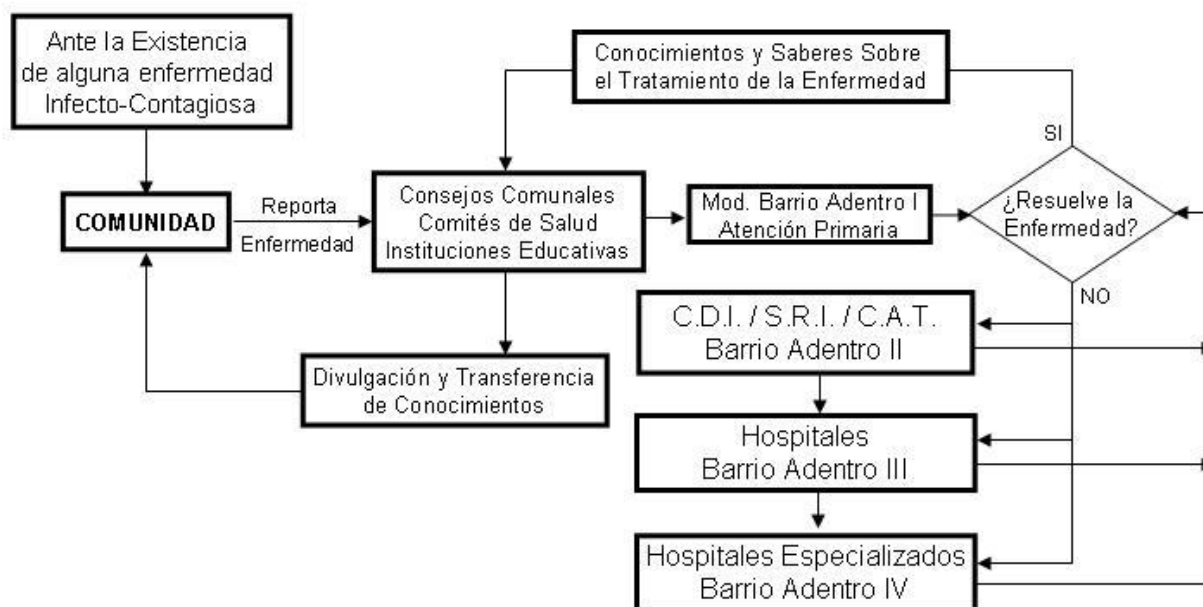
Tabla 1: Secuencia Sinérgica de Procesos Temporales en una Esfera Gnoseológica Trialéctica



Fuente: Elaboración propia del autor, Robles 2008.

Lograr concienciar a usuarios y usuarias de los servicios de atención primaria a la salud para que identifiquen deficiencias de servicios, planifiquen, promuevan y apliquen contraloría social en el sector considerado área de influencia de los centros dispensadores de servicios a la salud. Involucrar a los comités de salud, instituciones educativas y demás organizaciones comunitarias, para que identifiquen problemas de salud y en modo directo se comprometan con acciones estratégicas que contribuyan a desarrollar las cinco funciones principales de la promoción de la salud establecidas en la Carta de Ottawa, a saber: *Reforzamiento* de la acción comunitaria. Desarrollar aptitudes personales para la salud. *Reorientar* los servicios de salud. *Construir* políticas públicas saludables y; *Desarrollar* ciudades saludables o entornos favorables a la salud tal y como se plantean en los cuatro estadios en que se estructura Barrio Adentro, donde sus constructores y actores principales han sido los vecinos comunitarios quienes de manera reticular exigen la operatividad de Barrio adentro: I, II, III y IV, según se explica en la figura 32.

Tabla 2: Diagrama de Monitoreo de Conocimiento Sobre Enfermedades en la Comunidad



Fuente: Elaboración propia del autor, Robles 2008.

Un Modelo Cualitativo-Prospectivo Fundado En Valores

Las consideraciones anteriores, esclarecen considerablemente las razones esgrimidas para cambiar el léxico que hasta ahora, ha venido acompañando los procesos tendentes a alcanzar resultados, en la prestación de servicios desarrollados en el contexto de un pensamiento alternativo en salud. En el caso específico, que atañe a la gestión de conocimiento en salud, resulta interesante revisar el modo, como etimológicamente se interpretan las acepciones: índice,

indicadores e individuo, dado a que en ellas, subyacen insumos preponderantes para desarrollar un debate epistemológico, que permita esclarecer la sustitución de cada uno de ellos; y en consecuencia, adecuarle un sinónimo cuyo uso contenga más pertinencia con propósitos fundados en el valor de la salud, y la vida.

En este caso, se asume el término valor, desde su concepción etimológica devenida del latín (*valere*), en cuya originalidad se interpreta: estar vigoroso o sano, ser más fuerte. Esta especie de fortaleza, es la que necesariamente se requiere para concienciar a la persona, para que de este modo aprenda a valorar la vida. De igual manera, cabe añadir que el término *valere* en griego se interpreta como *axios*, el cual, se traduce al español en términos como: merecedor, digno, que posee valor. También es propio significar que, de *axios* proceden términos como *axiología* y *axiomático* entre otros. Los cuales, vienen siendo empleados con regularidad en el tema aquí desarrollado, para dar énfasis al uso del término valor como un axioma que innegablemente cada persona en particular en mayor o menor grado puede construir o destruir según sea el caso.

Fronidzi (2005.Pág.54) en referencia a Meinong admite que en “toda valoración está implícito un juicio que afirma o niega la existencia de un objeto”. Y no niega en admitir que “el valor es en verdad, un estado subjetivo propio del sujeto, pero que mantiene una referencia al objeto a través del juicio existencial”. El mismo que será negado por el escepticismo. Mientras que Ehrenfels, también citado por Fronidzi *Ibíd.*, sostiene que “el valor es una relación entre un sujeto y un objeto que, debido a una representación fuerte y completa del ser del objeto determina en nosotros”. Estas sentencias, conducen a interpretar el vínculo que en mayor grado pueda existir entre la salud y la vida humana como un valor.

En la filosofía tradicional, subyacen testimonios de cómo en este orden de relaciones, los sofistas en su momento haciendo uso de la acepción valor, se convirtieron en promotores de un relativismo ético, basado en las creencias subjetivas del hombre. Entonces, a partir de ciertos presupuestos estructurados con esta palabra y el contenido que ella encierra, promovieron la premisa que por su esencia trasciende a nuestros días como valoración a la salud y la vida. Con la cual se intenta aquí, ajustar los propósitos de gestión de conocimiento en comunidades donde cohabitan personas con bajos grados de conciencia respecto a la salud y la vida.

De manera tal, que hace falta, orientar nuevas enseñanzas que contribuyan a repensar valores, que permitan saber, descubrir una mejor direccionalidad de la salud y la vida, fundada en el sentido evolutivo que le viene dado a estos, desde la teoría de los valores. Siguiendo a Fronidzi *ob.cit.*, conviene repasar diversas posiciones y autorías referidas a los valores. Por ejemplo; Carnap (86), sostiene que los juicios de Valor son formas disfrazadas de normas o imperativos... a juicio de Fronidzi (87), Carnap no niega, según sus palabras, la posibilidad y la importancia de una investigación científica sobre juicio de valor

y los actos de valoración. Por ser actos de individuos concretos, tales hechos pueden ser objeto de una investigación empírica.

Ciertamente, en el decurso del tiempo se ha pretendido connotar (en sentido estrictamente lingüístico) que los valores no pueden ser investigados. Pero; con el surgimiento de la teoría de los valores, el término valor vino a centrarse en el estudio de la naturaleza como algo peculiar que no había existido propiamente hasta el siglo XIX. En consecuencia, esta teoría que nace a partir de la palabra valor, viene a tener entre sus fines, todo aquello que hace que el hombre aprecie o desee algo, por sí mismo o por su relación con otra cosa; siendo así, como la cualidad por la que se desean o estiman las cosas por su proporción o aptitud, coadyuvan a satisfacer necesidades propias de las personas, y comienzan a ser figuradas como valor.

En el devenir histórico, teóricos de la economía le adjudican la palabra valor a lo útil y al precio de una cosa, lo cual no quiso significar que la palabra valor fuese de uso exclusivo para el ámbito económico. Esta adjudicación, no tardaría en convertirse prácticamente en una usurpación del término valor por las Ciencias Económicas y Materiales², de manera tal, que creyéndosele de su pertenencia, se hace extensivo el uso numérico que vino a cuantificar objetos y cosas. Luego, por falta de discernimiento etimológico del valor cuantificable y/o cuantificador, desde las ciencias sociales y humanas se comete un craso error cuando se comienza a utilizar el *valor cuantificado* (referido a las personas y por ende a las acciones humanas). Pese a que desde hace bastante tiempo que se demostró el error, los teóricos de las ciencias humanas y sociales han hecho muy por construir un dispositivo que al ser usado sirva para constatar la veracidad de una valoración sobre las personas.

En correspondencia con los presupuestos hechos desde la filosofía, se pueda hacer análisis del valor en general, no ya del valor ético o del meramente económico, y el estudio de la naturaleza propia del valor. Aunque no se puede negar, en el devenir del tiempo surgiría una distinción entre hechos y valores, paralela a la que se efectúa entre ser y deber ser, y la que se admite entre juicios de hecho, y juicios de valor, esta premisa en sí pone ya de manifiesto que el valor de una cosa no es lo mismo que el «ser de la cosa», pero más allá de algo que pareciera tautológico, no se ha trabajado un instrumento que haga factible investigar los valores.

No obstante, el hombre como tal, desde antiguo ha reconocido la existencia de valores en el terreno de la ética o del comportamiento social, entre los cuales destaca, el llamado comportamiento antropológico de curación y/o sanación

² Siguiendo a Contasti (Pág.6), la alta confiabilidad que se presenta en las Ciencias Materiales, cuando se miden los fenómenos, se debe al hecho de que hemos sido capaces de construir una serie de artefactos iguales, que por su similitud devinieron en unidades instrumentales de medición. En la construcción de estos artefactos se ha seguido el proceso que partiendo de juicios objetuales, nominales, y ordinales realizados directamente por el sujeto según el procedimiento que hemos denominado desarrollo Endógeno Cruzado, se culmina finalmente en artefactos instrumentales. Acoplando estos artefactos como unidades, generamos una secuencia que permite obtener las magnitudes.

ancestral. La noción de valor ocupa un lugar fundamental en la vida humana. En este sentido, según la filosofía de Nietzsche; la cultura occidental no es más que la inversión reactiva de los primitivos valores de la vida. Por ello, impone a la filosofía la tarea crítica de una verdadera transvaloración o cambio de todos los valores transmitidos, tanto desde el seno de las familias, como en las escuelas y demás centros de enseñanzas.

Este ir más allá de los valores, que tan acertadamente Nietzsche denomina transvaloración, resulta ser coherente a la pérdida de significado e importancia, que en las últimas décadas las personas han venido sintiendo tanto por la salud, como por la vida. Pero; lo más grave de este asunto, radica en una conducta inducida por la teoría de la dominación representada en el paradigma médico-biologicista-cuantitativo el cual en si mismo resulta ser curativo-intrahospitalario cuya tendencia radica en ponderar una especie de valor que opera al estilo “leiseferiano” (no importa que enfermes, para ello existen dos componentes: el médico y la industria farmacéutica) donde realmente no importa que la enfermedad se coloque siempre por encima de la salud y la vida. Evidentemente que, la transvaloración subyace más allá del paradigma asistencialista curativo, donde se integran y operan de manera simultánea un gran número de factores devenidos de la teoría de la dominación.

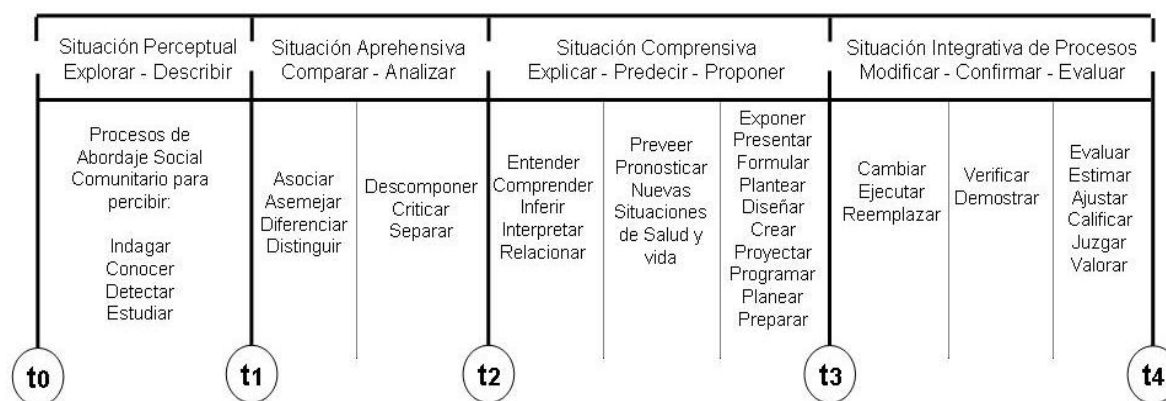
Entonces, cuando se trata de abordar la complejidad que involucra el término valor, tanto para la salud, como para la vida, cabe presuponer que más allá de un léxico, se requiere adecuar nuevos comportamientos generados sobre la base de un sistema, que permita interpretar, tanto el resultado o aplicabilidad del conocimiento respecto a la salud y la vida, como el alcance de los fines y propósitos de manera cualitativa. Al hablar de un sistema abierto de gestión de conocimiento en salud, dirigido a estimular y desarrollar programas de: Prevención de enfermedades. Promoción de la salud. Fortalecimiento de las condiciones de vida. Mejoramiento de la calidad de vida. Y, Prolongación de la esperanza de vida en las comunidades. Sobran esperanzas para pensar, que partir de estos presupuestos, se pueden construir baremos cualitativos con aquellos componentes existenciales tales como: Causas. Enfermedades. Condiciones de vida y salud que confluyen en movimiento, tiempo y espacio dentro de un determinado territorio. Esta construcción debe abrir las posibilidades de: *Explicar* vivencias, *interpretar* comportamientos respecto a condiciones de vida. *Traducir* información expresada en códigos existentes en cada comunidad de manera particular respecto a la vida, y *expresar* de manera cualitativa la valoración que cada persona en particular, puede dar a su salud, y por consiguiente a la vida.

Se utiliza aquí al término cualitativo, como originalmente deviene del latín *qualitas*, derivado de *qualis*, el cual puede interpretarse como: *de qué naturaleza*. Morfaux ob.cit., (70). Añade que; “el término cualitativo pasa a significar una de las categorías fundamentales de la persona, que designa cualquier propiedad o manera de ser”. Por consiguiente, se asume el empleo de la acepción cualidad, como cada uno de los componentes que aquí se

desarrollan en torno a las personas; de manera tal que, lo cualitativo, viene a integrar lo que aquí se denominan elementos factores intervinientes en servicios a la salud, los cuales, guardan estrecha relación con la naturaleza de: objetivos, estrategias propósitos y fines a ser desarrollados para alcanzar la debida transferencia de saberes, en un sistema abierto de gestión de conocimiento fundado en resultados de orden cualitativo.

El sistema en sí, pese a estar pensado para trabajar con valores relacionados a la salud y la vida humana, no obvia al método científico; por consiguiente, se permite trabajar las cuatro situaciones básicas que lo integran, es decir; aquella mediante la cual un funcionario que de hecho, real y proactivamente, presta algún servicio al Estado alcance a desarrollar sus capacidades en la medida que obtenga dominio para: explorar, describir, comparar, analizar, explicar, predecir, proponer, modificar, confirmar y evaluar tanto los eventos como procesos del SPNS como lo explica la figura 46. De igual modo, manera cualitativa se podrán apreciar e interpretar los resultados de desempeño, tanto en procesos como en funciones de gestión de conocimiento.

Tabla 3: Estructura de Secuencia Temporoespacial de los Procesos de Transferencia de Conocimientos en Materia de Salud a Usuarios y Comunidades



Elaboración propia del Autor. Robles, 2008.

Resulta significativo decir, que en las cuatro situaciones planteadas en la anterior figura 33, se evidencia el modo como ambas, contribuyen también a interpretar el desarrollo de los esquemas de investigación en el orden cualitativo, como metodología que permite dar respuestas a todos y cada uno de los resultados de acciones de transferencia, con las que se busca generar una adecuada transformación de conciencia, fundada en nuevos valores, a personas con deficientes grados de preparación que cohabitan en comunidades de bajos recursos. De hecho, en cada una se puede encontrar explicación práctica por una parte al concepto de empoderamiento patentado por la OMS para caracterizar las facultades de desempeño en las personas respecto al control de saberes específicos. Por otra parte, se pueden identificar los determinantes positivos de salud, o sean aquellos componentes, que contribuyen a mejorar la calidad de vida de las personas en las comunidades. Aunque innegablemente, existen determinantes de peligro; es decir. Aquellos,

que frecuentemente tienden a afectar la salud de la población como: alcoholismo, tabaquismo y demás sustancias psicotrópicas y estupefacientes. Estas situaciones, de igual modo pueden ser abordadas y transformadas mediante un conocimiento válido seguido de un fin.

Para Frondizi (2005, Pág. 116). Los fines, como tales, nunca son buenos o malos, con independencia de los valores que se proponen realizar. Y en esta dirección añade. La buena o mala conducta, por lo tanto, no se puede medir por la relación a un fin, puesto que los conceptos de bueno y malo no se pueden abstraer de los contenidos empíricos de los fines dentro el contexto en que se ubica Scheler, fundado en Frondizi (117) cuando concuerda que el “Fin” se explica como una relación implícita en cualquier contenido que contienen los valores”. En este caso los fines que persigue la promoción de la salud guardan estrecha relación con el modo individual de: pensar, representar, percibir, todo cuanto está dado por realizar en materia de salud: individual, pública y colectiva siéndole indiferente la posición social que ocupe quién lo haya de realizar. Lo esencial es que el contenido pertenezca a la esfera de los contenidos representativos y que esté dado como algo por realizar.

El valor en cambio, es distinguido por Scheler, como una cualidad desprovista de toda imagen que media entre fines y objetivos. Asumiendo que el objetivo reside en el proceso del apetecer y no está condicionado por ningún acto representativo, sino que es inmanente a la tendencia misma de la promoción de la salud. En este sentido, se interpreta que nada puede llegar a ser fin sin que llegara primero a ser objetivo. En consecuencia el fin está fundado sobre el objetivo. Mientras que los objetivos pueden estar dados sin fines. Pero; nunca los fines pueden estar dados sin objetivos precedentes. En virtud de ello, cuando se habla de promover la salud colectiva no podemos crear un fin de la nada; ni tampoco, “proponerle” al pueblo, un sistema de salud, sin una tendencia hacia algo, es decir, sin propósitos de prolongar una vida sana y saludable que le preceda a cada familia que emerja en cada espacio. En este sentido, conviene decir que los valores no dependen de los fines ni pueden abstraerse de ellos, sino que van ya incluidos en los objetivos que persiguen fomentar la tendencia de pueblos saludables como su fundamento. Con mayor razón serán el fundamento de los fines que, según vimos dependen de los objetivos.

En este orden de ideas, cada funcionario o funcionaria al servicio de un sistema Público Nacional de Salud como el venezolano debe desarrollar su ser personal fundado en valores de alteridad y servicio. Por consiguiente, las personas llamadas a participar en un sistema de gestión de conocimiento en salud deben estar dispuestos a desarrollar una visión crítica y hasta meta-crítica para percibir las causas de los problemas de salud, que afectan a los colectivos humanos, sin dejar de actuar con sensibilidad acerca de los determinantes sociales relacionados con la situación de salud pública en cada comunidad ubicada en su entorno. Siendo así, la transferencia de saberes estaría llamada a seguir la dirección encaminada hacia el estímulo de cada miembro

comunitario involucrado en el mejoramiento de la situación salud en su comunidad, para que establezca la debida correspondencia y equilibrio entre salud y vida.

En consecuencia, cada gestor o gestora del conocimiento, estaría llamado a comprender como operan las relaciones sociales que existen en la comunidad, para: identificar y establecer los vínculos necesarios entre la vida humana y la salud de los colectivos. Y de esta manera reconocer en ellas los determinantes y condicionantes que las explican. Una vez alcanzados tales reconocimientos se podrá configurar el estado de salud y de enfermedad de una sociedad, y en su defecto dar las respuestas que ellas adoptan, y finalmente analizarlas desde las diferentes perspectivas que ofrecen los modelos de salud existentes en el mundo contemporáneo occidental pero básicamente en el ámbito geográfico nacional.

Además, las personas involucradas en los procesos de promoción a la salud, prevención de enfermedades y fortalecimiento de la vida deberá alcanzar dominar con agudas destrezas un saber: identificar y comprender los modos, condiciones y estilos vida de los colectivos desde la concepción del modelo explicativo del proceso de salud enfermedad, así mismo estará en capacidad de identificar en el modelo antropocéntrico las dimensiones humanas, sociales, culturales, biológicas y ambientales del proceso salud-enfermedad. En cuanto al Hacer, las personas participantes de los procesos de promoción a la salud deberán saber relacionar la situación de salud-enfermedad de los diferentes grupos humanos con los determinantes generales del mundo contemporáneo y con las condiciones de vida particulares de los colectivos en el contexto general y particular. Al tiempo, en que deba saber reconocer la importancia de construir o generar enfoques alternativos basados en una concepción integral de los condicionantes y determinantes de la vida y la salud. Esto con la finalidad de demostrar que se encuentra en capacidad de ser un multiplicador de enfoques críticos fundados en modelos prospectivos para abordar los problemas de salud que afectan a los colectivos humanos.

Estrategias Generales Para Interpretar La Solución De Problemas A Lo Interno Del Sistema Nacional De Salud

La implantación de un sistema de gestión de conocimiento vinculado a una estructura organizacional rectora de salud, cuyo radio de acción deba operar sobre aquellas comunidades ubicadas en los denominados sectores marginales, desde siempre, excluidos por las políticas públicas aplicadas de manera incoherente. Estos sectores, deberían estar llamados a producir sus propias estrategias tendentes a resolver problemas puntuales en los servicios a la salud; donde sobremanera predominan elevados grados de pobreza y ausencia de atención a la salud y la vida. Allí, en esos sectores donde prevalecen elevados índices de pobreza y desatención se deben acometer planes y

programas estratégicos³ que aporten soluciones a problemas mediante el involucramiento de la participación comunitaria, enfocada a lograr concienciación de los actores; para que de manera progresiva, contribuyan a reducir a su mínima expresión la brecha existente entre equidad e inequidad en salud por causas de la exclusión social, generada por ineficientes políticas de gestión pública.

Por consiguiente, la brecha entre equidad e inequidad en los problemas de salud, debe y tiene que ser reducida con planes y programas destinados a elevar grados de conciencia, en personas de diversos estratos sociales obedeciendo a dos principios básicos de acción. Uno, se haría desde la reeducación en salud fundada en criterios para la solución de problemas basado en dos grandes categorías de aprendizaje: los heurísticos⁴, que operarían con tareas cognoscitivas y las estrategias de acción que estarían fundadas en tareas activas como las que señalaría Salas (1992. Pág.5). Se trata de: -Valorizarnos como personas, así como al potencial que representamos al momento de “fomentar la creatividad grupal que se genera en los procesos participativos. Desarrollar el trabajo solidario y la responsabilidad ciudadana ante la problemática social”. Esta condición no permite que salgamos del esquema de desarrollar programas sociales para las comunidades de manera tal que por esta vía debamos ir construyendo las soluciones desde las comunidades con la participación activa de los ciudadanos en la medida que estos adquieran adecuados grados de consciencia respecto de la salud y la vida. En fin, se trata de generar procesos transformadores de la realidad nacional partiendo de nosotros mismos.

Respecto de los heurísticos, Robert H. Davis y otros (1997. Pág. 307-308) precisan los principios heurísticos como “reglas empíricas” que sirven para guiar o revelar una solución a un problema. Se asume, que el principio heurístico ayuda a los actores comunitarios a resolver problemas de conocimiento; porque, permiten trabajar como regla de operación, y no, en forma de un conjunto de principios como podría ser la estrategia del desarrollo comunitario fundado en la participación del pueblo, la cual, más bien en su

³ La estructura de Barrio Adentro 2 está representada por los Centros de Diagnóstico Integral (CDI), las Salas de Rehabilitación Integral (SRI) y los Centros de Alta Tecnología (CAT), los cuales, junto las Clínicas Populares, forman el segundo nivel de atención, donde se realiza diagnóstico y se resuelven los casos de cierta complejidad. Los CAT ofrecen servicios de resonancia magnética nuclear, tomografía axial computarizada, ultrasonido tridimensional, mamografía, video-endoscopia, laboratorio clínico, rayos X flotante, electrocardiografía y SUMA (Sistema Ultra Micro Analítico). Barrio Adentro 3 está conformado por los 220 hospitales públicos del país los cuales serán modernizados y equipados en tres etapas, comenzando en una primera fase con los hospitales 43 principales del país que concentran más del 50% de los quirófanos.

⁴ La Heurística. El Diccionario de María Moliner op.cit., refiere que este término deviene del griego «heurisko» que se traduce al español como hallar de la heurística o invención. Arte de inventar. Por su parte el DRAE reseña que heurístico equivale al arte de inventar. Busca o investigación de documentos o fuentes históricas. También heurístico se corresponde con la epistemología. Entre tanto para el Diccionario de filosofía de Cortés Morató y Martínez Riu. (1996-98). la heurística deviene del griego, heurisko, es igual a: encontrar, inventar. De igual modo puede ser entendida como referente al arte de investigar o descubrir. En líneas generales la parte heurística del método científico coincide con el contexto de descubrimiento.

momento, puede emplear muchos heurísticos o maneras de hallar soluciones a problemas puntuales. Conviene entonces considerar, que al usar este tipo de principios como aliados fundamentales para desarrollar los fines de gestión de conocimiento en las comunidades, se pueden operar las tareas de manera integral.

En este mismo orden de relaciones, cuando ubicamos los heurísticos en el ámbito de la participación comunitaria nos percatamos que estos trabajan como método de investigación o descubrimiento, y en esta dirección, cobran ventaja sobre el método científico. Esto ocurre, porque mientras el método científico enfatiza la prueba controlada y empírica de las soluciones alternas, el método de la investigación o descubrimientos que hace uso de los heurísticos, permiten enfatizar los aspectos relativos a la percepción y formulación del problema, que a su vez, resalta las variaciones que puedan generar los eventos del sistema, lo cual redundaría en eficacia de la gestión de conocimiento hacia acciones prácticas o tareas activas.

Los heurísticos en este caso, son principios de un tipo determinado que permiten hallar soluciones claves a problemas de orden técnico en cada comunidad; tal sea el caso de: redes de aguas servidas, residuos y desechos sólidos, disposición de excretas entre otros. Mientras que, las estrategias, incorporan diversos principios para dar cumplimiento tanto a las tareas activas, como a las cognoscitivas. Por ello, las estrategias como los principios heurísticos, se imparten usando la misma técnica y los métodos usados para enseñar los principios.

Una estrategia, viene a ser una forma sistemática de tomar una serie de decisiones en la implantación y desarrollo de un sistema de gestión de conocimiento, porque facilita el modo de cumplir tareas e interpretar la mayoría de las variaciones del esquema general de: percepción de problemas, formulación de problemas. También, resulta ser utilidad en la búsqueda de solución a los mismos; y juegan papeles de importancia a la hora de interpretar el funcionamiento de las relaciones entre la organización gestora de conocimiento, y los actores, porque, contribuye a tomar previsión para lograr óptimos resultados.

CONCLUSIONES

Se concluye que, tanto: promoción de la salud, prevención de enfermedades y valoración de la vida obedecen en sí mismas a la ineludible condición humana que le es inmanente a las personas; y hasta ahora, en Venezuela no existen instrumentos que permitan evaluarla y determinar resultados en un orden cualitativo que se antepongan a criterios cuantitativos impuestos por la corriente positivista imperante en materia de salud.

BIBLIOGRAFÍA

Fronzizi, Risieri. (2005) Introducción A Los Problemas Fundamentales Del Hombre Segunda Reimpresión. Fondo De Cultura Económica. México DF.

Morfaux, Louis Marie. (1985) Diccionario de Ciencias Humanas. Ediciones Grijalbo S.A. Barcelona, España.

M. Contasti. (1983) Algunos Problemas Metodológicos De La Medición En La Investigación Social. Revista de La Asociación Venezolana De Psicología. AVEPSO. Fascículo1. Caracas Venezuela.

