



Universidad
de Carabobo



Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
"Witremundo Torrealba"

Depósito Legal: pp200202AR1401
ISSN: 1690-3293

Comunidad y Salud

Año 2014 Suplemento, Vol. 12 N° 2

Revista Científica del Departamento de Salud Pública
Núcleo Aragua

UNIVERSIDAD DE CARABOBO

AUTORIDADES RECTORALES

RECTORA
JESSY DIVO DE ROMERO

VICERRECTOR ACADÉMICO
ULISES ROJAS

SECRETARIO
PABLO AURE

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO
JOSÉ ANGEL FERREIRA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD. DECANO: JOSÉ CORADO

SEDE CARABOBO

ASISTENTE AL DECANO
DANIEL AUDE

DIRECTORA ESCUELA DE MEDICINA
EVELIN FIGUEROA

DIRECTORA ESCUELA DE BIOANÁLISIS
SHARIM MARRERO

DIRECTORA ESCUELA DE ENFERMERÍA
ANY EVIES

DIRECTORA ESCUELA DE CIENCIAS BIOMÉDICAS Y TECNOLÓGICAS
LISBETH LOAIZA BORGES

DIRECTORA ESCUELA DE SALUD PÚBLICA Y DESARROLLO SOCIAL
ENMA MARTÍN

DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN Y PRODUCCIÓN INTELECTUAL
ANA RITA DE LIMA

DIRECTORA DE POSTGRADO
JESSICA TWEEBOOM

DIRECTORA DE ASUNTOS ESTUDIANTILES
DOANCELY TOVAR

DIRECTORA DE DOCENCIA Y DESARROLLO CURRICULAR
ZULMA RODRÍGUEZ

DIRECTORA DE EXTENSIÓN Y RELACIONES INTERINSTITUCIONALES
EVERILDA ARTEAGA

COORDINADORA DE ASUNTOS PROFESORALES
MILAGROS ESPINOZA

COORDINADORA DE ADMINISTRACIÓN
GISELA BOSCO BRUNO

COORDINADORA DE TIC
MARISTELLA COLLIVA DE BOADA

SEDE ARAGUA

COMISIONADA DEL DECANO
LUZ MARÍA SANOJA

DIRECTORA ESCUELA DE MEDICINA
YANIRA CHACÍN

DIRECTORA ESCUELA DE BIOANÁLISIS
MARÍA DEL PILAR NAVARRO

DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PRODUCCIÓN INTELECTUAL
JUAN LUIS LEÓN

DIRECTOR DE POSTGRADO
JOSÉ SÁNCHEZ

DIRECTORA DE ASUNTOS ESTUDIANTILES
MARIA VICTORIA MÉNDEZ

DIRECTORA DE DOCENCIA Y DESARROLLO CURRICULAR
MARÍA ELENA OTERO

DIRECTORA DE EXTENSIÓN Y RELACIONES INTERINSTITUCIONALES
ISAMAR CHIRINOS

COORDINADORA DE ASUNTOS PROFESORALES
YENNY ALVIAREZ

COORDINADORA DE ADMINISTRACIÓN
CAROLINA MÉNDEZ

COORDINADOR DE TICS
DANIEL VIVAS

DIRECTORA INSTITUTO DE INVESTIGACIONES BIOMÉDICAS
FLOR HERRERA

La publicación de este Suplemento recibió financiamiento del Laboratorio de Ciencias Sociales-LACSO.

Revista Indizada en:

Sistema Nacional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, El Caribe, España y Portugal. (LATINDEX)

REVENCYT, bajo el Código RVC018 (<http://www.revenicyt.ula.ve>)

Scielo Venezuela (<http://www.scielo.org.ve>)

Lilacs (<http://www.bireme.br>)

Livecs (<http://www.bvs.org.ve>)

Con Evaluación de Mérito de Fonacit, Ministerio del Poder Popular para la Ciencia, Tecnología e Innovación Registrado en el Portal DGBC (FUNDACID) Dirección General de Biblioteca Central Universidad de Carabobo. (<http://servicio.cid.uc.edu.ve/fcs/index1.htm>)

Asociación de Editores de Revistas Médicas. ASEREME

Revista Comunidad y Salud

Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina "Dr. Witremundo Torrealba", Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo. Núcleo Aragua, Av. Leonardo Ruíz Pineda, La Morita II, Maracay, Estado Aragua - Venezuela. Teléfono 0058243-671.44.70

E-mail: dptosaludpublica@hotmail.com; revistacomunidadysalud@gmail.com



Comunidad y Salud

Depósito Legal: pp200202AR1401 - ISSN: 1690-3293

AÑO 2014, SUPL. VOL. 12 N° 2 JUL-DIC

Contenido

EDITORIA

MILADY GUEVARA DE SEQUEDA

COMITÉ EDITORIAL

MILADY GUEVARA DE SEQUEDA (FCSA-UC)

PEDRO VILLASANA (FCSA-UC)

GERÓNIMO SOSA (FCSA-UC)

JOHNNY SARCO LIRA (FCSA-UC)

JORGE CASTRO (FCSA-UC7)

NELLY ROSALES (CORPOSALUD ARAGUA)

RAMÓN RIVAS (CORPOSALUD ARAGUA)

MARÍA DEL CARMEN DÍAZ (BIBLIOTECA,
FCSA-UC)

IRIS TERÁN (FCSA-UC)

COMITÉ ASESOR

MA. CRISTINA GONZÁLEZ

DORIS ACEVEDO

MIREYA PRIETO

IRIS VILLALOBOS

EVELIN ESCALONA

CARLOS ESPINO

MARÍA MARTÍNEZ

LISBETH LOAIZA

MANUEL ROLO

AISMARA BORGES

MANUEL BAYONA (UNIV. DE PUERTO RICO)

COLABORACIÓN

JUAN CARLOS BRICEÑO

EVELIA PRINCE

(DPTO. DE IDIOMAS

FCS-ARAGUA)

Editorial

- I-II **Participación Social y Ecosalud.**
Olga Avila

Artículos Originales

- 1-5 **El trabajo de campo con enfoque de Ecosalud, para la prevención y control de Dengue.**
Marco Marruffo; Xiomara Bullones; Judith Ontiveros
- 6-14 **Formación de promotores sociales en salud en Venezuela. Una experiencia enmarcada en un enfoque ecosistémico.**
Baílde García Guevara; Milady Guevara de Sequeda
- 15-19 **El servicio comunitario y sus potencialidades para el apoyo de las enfermedades transmitidas por vectores en Venezuela.**
Ligia Soto Navas.
- 20-27 **Ecosalud: Un Enfoque Multi Sapiensal que trasciende Fronteras.**
Kerman Rosales
- 28-35 **La comunicación para la salud y el desafío del enfoque ecosistémico.**
Acianela Montes de Oca; Marlene Rizk
- 36-41 **Transdisciplinariedad y transectorialidad en el abordaje de los problemas sociales desde el enfoque de Ecosalud.**
Iris Terán
- 42-45 **Experiencias exitosas con escolares en programas de vigilancia entomológica no convencional en una comunidad del estado Cojedes, Venezuela.**
Vladimir Rojas; Carlos González
- 46-54 **Ecosalud. Una mirada género sensitiva.**
María Cristina González Moreno
- 55-61 **Aproximación a la problemática de la coendemicidad enfermedad de Chagas-Leishmaniasis desde un enfoque de Ecosalud.**
Yenny Alvarez; Elizabeth Ferrer
- 62-64 **Normas de Publicación**

Comunidad y Salud

Depósito Legal: pp200202AR1401 - ISSN: 1690-3293

AÑO 2014, SUPL. VOL. 12 N° 2 JUL-DIC

Content

EDITORIA

MILADY GUEVARA DE SEQUEDA

COMITÉ EDITORIAL

MILADY GUEVARA DE SEQUEDA (FCSA-UC)

PEDRO VILLASANA (FCSA-UC)

GERÓNIMO SOSA (FCSA-UC)

JOHNNY SARCO LIRA (FCSA-UC)

JORGE CASTRO (FCSA-UC)

NELLY ROSALES (CORPOSALUD ARAGUA)

RAMÓN RIVAS (CORPOSALUD ARAGUA)

MARÍA DEL CARMEN DÍAZ (BIBLIOTECA,
FCSA-UC)

IRIS TERÁN (FCSA-UC)

COMITÉ ASESOR

MA. CRISTINA GONZÁLEZ

DORIS ACEVEDO

MIREYA PRIETO

IRIS VILLALOBOS

EVELIN ESCALONA

CARLOS ESPINO

MARÍA MARTÍNEZ

LISBETH LOAIZA

MANUEL ROLO

AISMARA BORGES

MANUEL BAYONA (UNIV. DE PUERTO RICO)

COLABORACIÓN

JUAN CARLOS BRICEÑO

EVELIA PRINCE

(DPTO. DE IDIOMAS

FCS-ARAGUA)

Editorial

I-II **Social Participation in Ecohealth.**
Olga Avila

Original Articles

- 1-5 **Field work with an ecohealth approach for preventing and controlling Dengue.**
Marco Marruffo; Xiomara Bullones; Judith Ontiveros
- 6-14 **Training of social workers in health in Venezuela. An experience enframed in a ecosystem approach.**
Baílde García Guevara; Milady Guevara de Sequeda
- 15-19 **Communitary service and its potencialities for the support of vector borne diseases in Venezuela.**
Ligia Soto Navas.
- 20-27 **Ecohealth: A Multi widow approach that Transcends Borders.**
Kerman Rosales
- 28-35 **Health communication and the challenge of ecosystemic approach.**
Acianela Montes de Oca; Marlene Rizk
- 36-41 **Transdisciplinarity and transectoriality in the approach of social problems from the ecohealth approach.**
Iris Terán
- 42-45 **Successful Experience with students in programmes of non-conventional entomological surveillance in a rural community from Cojedes State, Venezuela.**
Vladimir Rojas; Carlos González
- 46-54 **Ecohealth. A gender sensitive outlook.**
María Cristina González Moreno
- 55-61 **Approximation to the problem of coendemicity chagas -leishmaniasis diseases from and ecohealth approach.**
Yenny Alvarez; Elizabeth Ferrer
- 65-67 **Publishing Norms**

EDITORIAL

LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN ECOSALUD.

Social Participation in Ecohealth

El carácter integrador e integral del enfoque ecosalud ofrece las posibilidades reales de darle una mirada holística y sistémica a las situaciones sociales, que trascienden el sector salud, para ser aplicados en forma conjunta y coordinada en otros sectores como vivienda, educación, infraestructura, entre otros. Pero las acciones intersectoriales por sí mismas no bastan, es necesario asegurar la sostenibilidad de las mismas, lo cual no depende solo del análisis de las situaciones, sino también de las metodologías y estrategias con las que serán enfrentadas, evitadas y/o prevenidas.

Parte de esas estrategias y metodologías descansan en uno de los principios del enfoque ecosalud. Los principios del enfoque como la participación social, la transdisciplinariedad, el abordaje sistémico, la equidad social y de género, la investigación para la acción, y la sostenibilidad son las piezas de un rompecabezas que perfectamente ensambladas le dan a los actores el andamiaje, que usado adecuadamente, contribuyen al bienestar y a unas mejores condiciones y calidad de vida en las comunidades. Aquí nos referiremos específicamente a la participación social, haciendo una abstracción de ella para comprenderla, por cuanto es difícil y también inadecuado, referirse solo a la participación social, sin vincularla con el resto de los principios, dado el carácter holístico e integrador del enfoque, ya mencionado al comienzo.

Para comprender la participación como proceso, hay que analizarla en sus múltiples dimensiones, esto es, social, política, cultural..., y esas dimensiones, a su vez, mirarlas en el marco de una democracia, cuya doctrina permite a las personas elegir quienes serán sus gobernantes, nacionales y locales, lo que les confiere su carácter de ciudadanos bajo el cumplimiento de deberes y exigencia de derechos. En las comunidades, esta expresión de ciudadanía es posible ejercerla a través de una de las formas de actuación, como es la organización social.

En tanto formas organizativas, con valores y estrategias diferenciadas de acuerdo a las expresiones culturales, la participación se convierte en una construcción social e individual, en una estrategia para que las personas y los grupos materialicen sus demandas, intereses, expectativas y necesidades. Desde el punto de vista social, la participación se materializa en el ejercicio de ciudadanía en democracia; desde el punto de vista individual depende de los factores psicosociales en la formación de valores éticos, morales y políticos, así como sobre la percepción de las personas sobre la eficacia política de sus gobernantes.

No obstante, al referirnos a la participación social, no hacemos referencia sólo a las comunidades, o la organización comunitaria. Una de las antiguas controversias y discusiones en el ámbito de las ciencias sociales ha sido el carácter polisémico del término. Todos reconocemos la importancia de la participación para el desarrollo de los procesos sociales, pero no queda claro, ni explícito si nos estamos refiriendo al mismo significado. Para el enfoque ecosalud, existen unos elementos claves que deben considerarse en la concepción de participación: es un proceso, es inclusivo, involucra a varios tipos de actores, con intereses, expectativas y recursos y fortalece capacidades.

De allí que en un proceso de participación social, bajo el enfoque ecosalud, participan las comunidades, pero también los gobernantes como funcionarios públicos, tomadores de decisiones u operativos, participan los representantes de las empresas privadas, participan los investigadores. Participan todos aquellos que estén involucrados e interesados en las situaciones abordadas. Pero participar desde su experiencia y conocimientos tanto teóricos como prácticos, transdisciplinariamente; las situaciones no se ven desde la perspectiva de un actor, si no desde la construcción colectiva que todos hacen de ella, aprenden colaborativamente para hacerla visible, comprensible y abordable para garantizar el cumplimiento de deberes y derechos. Por supuesto, que como proceso no es fácil, porque implica la presencia de diversos intereses, que pueden generar conflictos, dificultades o resultados

no esperados para algunos; pero también es cierto que propicia la integración, la cooperación y el consenso, si se tiene la voluntad. Se trata de una relación ganar-ganar para todos.

En este sentido, las metodologías y estrategias que se empleen para incentivar la participación de los actores, son importantes en todo proceso de investigación-intervención, ya que su adaptabilidad a los contextos culturales, sociales, geográficos, antropológicos y políticos que envuelven a los problemas sociales, permite alcanzar acercamientos y resultados contundentes y sostenibles.

La experiencia presentada aquí, en torno al trabajo con jóvenes, con promotores comunitarios, y otras formas de organización social, de forma integrada, con criterios de igualdad social y de género, bajo el enfoque ecosalud, muestran la importancia y ventaja de promover el concurso y la participación de todos los actores, para emprender acciones que no sólo garanticen la salud de las comunidades, sino también calidad de vida y desarrollo local, como un reto en el presente y el futuro.

Olga Avila Fuenmayor¹

¹Laboratorio de Ciencias Sociales (LACSO). Universidad Central de Venezuela. Caracas. Correspondencia: olgavila@gmail.com

EL TRABAJO DE CAMPO CON ENFOQUE DE ECOSALUD, PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE DENGUE.

FIELD WORK WITH AN ECOHEALTH APPROACH FOR PREVENTING AND CONTROLLING DENGUE.

Marco Marruffo^{1,2} Xiomara Bullones,² Yudith Ontiveros²

ABSTRACT

In order to apply the Epidemiology knowledge and the fundamentals of the ecohealth approach for dengue prevention and control, field activities with nursing students from the Centro Occidental Lisandro Alvarado University were done, it took place in the community of Tamaquita parish Cují Tamaca, Iribarren, in Lara state, which included a) information to community residents on the aims and institutional character of the field activities; b) a Workshop on Dengue prevention and control, and ecohealth approach by integrating students, community and facilitators; c) application of a research instrument in order to know health needs, social and living conditions, risk perceptions, attitudes about health and role of community members. The developed activities facilitated community participation in order to eliminate useless discarded water containers in and out their homes and the application of larvicide Abate (Temephos) to the water tanks. The results showed the role of the Community Council, the community knowledge about Aedes aegypti breeding sites, and the identification of the houses where Dengue cases occurred; however low motivation of young people for the Prevention and Control of Dengue were perceived. We conclude on the need to promote community work to encourage behavioral changes in young people about health care and especially activated for the Dengue prevention and control.

KEY WORDS: Community work, dengue, ecohealth approach.

RESUMEN

Con el objetivo de aplicar los conocimientos de Epidemiología y los fundamentos del enfoque de ecosalud, para la prevención y control de Dengue, se realizó una jornada de trabajo de campo con estudiantes de enfermería, de la Universidad Centro Occidental Lisandro Alvarado, en la comunidad de Tamaquita, parroquia Cují Tamaca, municipio Iribarren en el estado Lara, que incluyó a) información a los habitantes de la comunidad, sobre los propósitos y carácter institucional de la Jornada; b) un Taller sobre ecosalud y control de Dengue integrando a estudiantes, comunidad, facilitadores; c) aplicación de un instrumento para conocer necesidades prioritarias de salud, condiciones sociales y de vida, percepciones de riesgo, actitudes sobre la salud y rol de los miembros de la comunidad. Las actividades desarrolladas facilitaron la participación de la comunidad en la eliminación de recipientes inservibles de las viviendas y de sus sitios cercanos y la aplicación del larvicida Abate (Temephos) a los depósitos de agua. Los resultados evidenciaron el protagonismo del Consejo Comunal, el conocimiento que tiene la comunidad sobre los criaderos de Aedes aegypti, y la identificación de las casas donde ocurrieron casos de Dengue; no obstante se percibió baja motivación de jóvenes para la prevención y el control de Dengue. Se concluye en la necesidad de promover el trabajo comunitario para incentivar cambios de conducta en los jóvenes sobre los cuidados a la salud y en especial activarse a la prevención y control de Dengue.

PALABRAS CLAVE: Trabajo comunitario, dengue, enfoque de ecosalud.

INTRODUCCIÓN

La práctica de la epidemiología de campo se ha realizado por más de un siglo, en los últimos tiempos sus definiciones han pasado a primer plano. Aunque los epidemiólogos trabajan en entornos de campo

variados, por lo general en la epidemiología de campo se describen investigaciones que surgen como respuesta frente a un problema de salud pública. Una meta fundamental en la epidemiología de campo es informar oportunamente, los procesos de selección y ejecución de las intervenciones para prevenir o disminuir la enfermedad o la muerte cuando se presentan tales problemas.¹

El estudio y aplicación de la Epidemiología se amplía y fortalece por su conexión con otras disciplinas del saber. Ese nexo da lugar a las Jornadas de Epidemiología de Campo, en el marco de la asignatura

Recibido: Julio, 2014 Aprobado: Septiembre, 2014

¹Dirección General de Salud Ambiental, Ministerio del Poder Popular para la Salud. ²Decanato de Ciencias de la Salud, Universidad Centro Occidental Lisandro Alvarado. Correspondencia: marcomarruffo@gmail.com

Epidemiología del Programa de Enfermería de la Universidad Centro Occidental Lisandro Alvarado del estado Lara, como actividad práctica de fin de curso con énfasis en el estudio de una condición de salud determinada.

Los antecedentes de estas Jornadas, surgen de la necesidad de evaluar lo aprendido en los cursos de Epidemiología, mediante una actividad práctica, que se realizaba en comunidades donde los estudiantes han trabajado desde el primer semestre; tiene carácter obligatorio y vivencial, que se traduce al final en un informe del trabajo desarrollado, y donde la evaluación valora el trabajo grupal.

Con esta premisa, la actividad práctica pautada para culminar la asignatura Epidemiología del segundo Lazo del año 2013 del Programa de Enfermería, fue denominada II Jornadas de Epidemiología de Campo con Enfoque de Ecosalud, que fue realizada entre diciembre 2013 y enero 2014, con la cual se esperaba aplicar los conocimientos epidemiológicos adquiridos en la asignatura, para el estudio del Dengue, patología que ha venido afectando a la comunidad de Tamaquita, Parroquia Cují -Tamaca, Municipio Iribarren, del estado Lara.

Lo novedoso de esta actividad práctica, fue la aplicación de conocimientos en forma general por parte de los estudiantes con la incorporación de los líderes de la comunidad, de los fundamentos del enfoque de Ecosalud, con el propósito de lograr una aproximación, al manejo de las dinámicas ambientales, económicas, culturales y sociales que influyen en la transmisión de Dengue.

La comprensión amplia del estudio del ambiente y la epidemiología, requiere el desarrollo de mecanismos que se apoyen en una visión integral para alcanzar la capacidad de respuesta rápida.²

Ecosalud, es un enfoque para el estudio y gestión de los ecosistemas aplicados a la salud humana, para la prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores y que integra los principios de y determinantes: transdisciplinaridad, transectorialidad, equidad social y de género, participación comunitaria y traducción de resultados en políticas y programas.³

Para la realización de las Jornadas de trabajo de campo con enfoque de Ecosalud, para prevención y control de Dengue, se partió de una realidad en la cual,

la selección del trabajo de campo para la prevención y control de Dengue, estuvo fundamentado en la información epidemiológica del ente rector de salud nacional y regional, que ha reportado en sus estadísticas, que en Venezuela, esta endemia esta presente desde los años noventa, en todos los estados del país y para 2013 fueron reportados 63.726 casos, de los cuales 6.430 se registraron en Lara.⁴ Para la semana epidemiológica N° 20 del año 2014 se reportaron en el país 18.674 casos y en el estado Lara 790, duplicando los casos con respecto a la misma semana de 2013.⁵

MATERIALES Y MÉTODOS

La actividad práctica se desarrolló en la Comunidad de Tamaquita, parroquia Cují Tamaca, en el Municipio Iribarren, el cual reporta el mayor número de casos de la entidad federal, y la parroquia Cují Tamaca es la segunda con casos de dengue. En todos los municipios y parroquias del estado Lara se reporta la presencia de *Aedes aegypti*, vector de Dengue.

Las II Jornadas de Epidemiología de Campo con Enfoque de Ecosalud para Control de Dengue, consistió en 4 fases:

Primera fase

Fueron realizadas dos visitas a la comunidad de Tamaquita para informarles a la comunidad y sus líderes sobre los objetivos de las Jornadas, su carácter institucional y también formalizar su participación en las actividades.

Segunda fase

Se realizó un Taller sobre Ecosalud y control de Dengue, en el cual participaron como facilitadores:

- a) dos profesores de Epidemiología quienes habían sido acreditados como Tutores en el enfoque de Ecosalud.
- b) dos líderes de la comunidad de Tamaquita y un funcionario de Salud Ambiental del estado Lara, quienes habían sido capacitados para tales fines, a través de un Programa Educativo con Enfoque de Ecosalud para Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV), con énfasis en control de Dengue, dirigido a Colectivos Comunitarios Organizados, del

Cuadro 1.- Competencias a adquirir en el trabajo de campo

Los estudiantes	Los Líderes comunitarios	Los facilitadores de la asignatura epidemiología
Durante el curso de su semestre compartieron contenidos sobre: Epidemiología: conceptos epidemiológicos principios, métodos, proceso causal, variables epidemiológicas, método epidemiológico, vigilancia epidemiológica.	Conocen generalidades del enfoque ECOSALUD: fundamentos y beneficios para el manejo de enfermedades transmitidas por vectores como Dengue	Explican los componentes del enfoque de ECOSALUD y los beneficios que aporta al manejo de las enfermedades transmitidas por vectores como Dengue.
Hicieron Uso de la epidemiología: interpretan, valoran hallazgos epidemiológicos, aplican los indicadores, incidencia y prevalencia de las enfermedades, para su vigilancia.	Tienen capacidad de comunicar con eficacia el enfoque ECOSALUD en el manejo de Dengue.	Modelan el enfoque de ECOSALUD incorporándolo a planes de estudio y cursos de formación.
Desarrollaron actividades epidemiológicas específicas: tabulan datos, calculan tasas, y orientan el análisis de situaciones de carácter local y sus determinantes.	Están en capacidad de identificar y relacionar, factores de riesgo de transmisión de Dengue sus condiciones socio-culturales, biológicas y ecológicas.	Usan estrategias de trabajo colaborativo para la organización y acción social en la aplicación de proyectos de control de enfermedades transmitidas por vectores como Dengue, con enfoque de ECOSALUD.
Conocieron los fundamentos del enfoque de ECOSALUD y sus beneficios para el control de dengue.	Realizan actividades que propicien organización y acción social para aplicación del enfoque de ECOSALUD en el control de dengue.	Evalúan intervenciones exitosas con enfoque de ECOSALUD mediante comparación con otras intervenciones para su replicación.

estado Lara realizado previamente durante el mes de octubre de 2013.

Aspectos considerados durante el Taller:

- Características epidemiológicas de Dengue, incluyendo su ciclo de transmisión, y la importancia del agente transmisor *Aedes aegypti* en el ambiente doméstico.
- Factores e indicadores de riesgo en la transmisión de dengue y las medidas preventivas individuales, colectivas y de la vivienda para evitar el Dengue.
- Fundamentos teórico-metodológicos del enfoque ECOSALUD.
- Aplicación de los fundamentos del enfoque ECOSALUD en situaciones de salud: caso dengue.

- Diferencias de la vulnerabilidad en función a los determinantes sociales y de los grupos de exposición a riesgo de Dengue.

Tercera fase

Los estudiantes visitaron la comunidad de Tamaquita, acompañados por sus facilitadores para contactar y socializar con los ciudadanos, lo que facilitó la aplicación de un instrumento a los jefes de familia que evidenció aspectos como:

- Dengue como primer problema de salud, seguido de las afecciones respiratorias.
- La comunidad no cuenta con un establecimiento de salud que preste atención médica o de enfermería.
- Para solucionar este problema de salud la comunidad identificó el trabajo comunal a través de las acciones del consejo comunal.

- La comunidad afirmó que para la fecha el problema de Dengue no se ha solucionado.
 - La comunidad reconoció las acciones del Consejo Comunal y de Salud Ambiental para la solución del problema.
 - Los ciudadanos creen que las personas se enferman por el Dengue y por la quema de basura.
 - En la comunidad no hay servicio de aseo urbano.
 - Descartan los desechos sólidos a cielo abierto en un terreno baldío cercano y los queman, identificaron a los desechos como criaderos de zancudos.
 - La comunidad no cuenta con acueducto.
 - El agua es suministrada irregularmente por cisternas de organismos públicos como la Alcaldía de Iribarren e hidrológica regional HIDROLARA.
 - El agua es fundamentalmente almacenada en tanques y pipas sin tapar, los cuales fueron identificados también como criaderos de *Aedes aegypti*,
 - La comunidad no cuenta con servicio de aguas servidas, todas las viviendas disponen de séptico sumidero.
 - Los ciudadanos reconocieron presencia de "zancudos", fundamentalmente dentro de las viviendas, y que las horas de mayor actividad de los mismos son las vespertinas y nocturnas.
- el control de Dengue, teniendo presente que la misma se debe dar con la participación de los ciudadanos para la toma de decisiones, planificación, aplicación y evaluación de la estrategia de control. No obstante, en la comunidad de Tamaquita, se evidenció el protagonismo que tienen los integrantes del Consejo Comunal, quienes acompañaron en todo momento a los estudiantes y facilitadores y ejercieron su rol de voceros durante el desarrollo de la actividad práctica.
- Se evidenció que la comunidad conoce los criaderos de vector *Aedes aegypti*, y en efecto, identificaron las casas y las familias donde ocurrieron casos de Dengue; con esa información se les orientó a que ejercieran su papel de vigilantes de Dengue en su comunidad.
 - Analizaron la salud como derecho, depende de las mejoras sociales, que es consecuencia del trabajo participativo con objetivos comunes con respecto a la educación, la familia y el trabajo, y mencionaron que ese el verdadero bienestar.
 - Se percibió baja motivación en los jóvenes para el control de Dengue.
- Los estudiantes organizados por equipos, presentaron los resultados de las actividades de la Jornada de Epidemiología de Campo, a través de exposiciones orales de 10 minutos de duración y presentación de carteles, en los cuales describieron el instrumento, su aplicación y las acciones de control de Dengue.

RESULTADOS

Durante el trabajo de campo en la comunidad los estudiantes y los facilitadores:

- Promovieron como métodos de control de Dengue la eliminación de recipientes inservibles de las viviendas y de sus sitios cercanos, cubrir tanques de agua y pipas, la limpieza del terrenos baldíos y evitar la quema de los desechos. También se orientó a los ciudadanos en la aplicación del larvicida Abate (Temephos) a los depósitos de agua que por alguna razón no se pueden tapar.
- Reconocieron en las tres fases de la actividad práctica, la necesidad de la participación social para

Manifestaron que el tiempo disponible para las actividades de las Jornadas, les limitó a ampliar el intercambio sobre los fundamentos del enfoque de ECOSALUD para el control de Dengue, pero reconocen, que el control de esa endemia, pasa por el empoderamiento de la comunidad para lograr una mayor participación y la intersectorialidad en la toma de decisiones.

CONCLUSIONES

Durante estas Jornadas de trabajo de campo con enfoque de ECOSALUD, para la prevención y control de Dengue, en la comunidad de Tamaquita, se identificaron aspectos a considerar por la academia (estudiantes y facilitadores); en forma general:

- Escuchar a la población antes y durante el desarrollo de las actividades, esto favorece la continuidad y éxito de las Jornadas.
- La manifestación de los ciudadanos sobre la importancia que debe tener la comunidad en la prevención del Dengue, insertando las actividades en las estructuras sociales, organizaciones e instituciones.
- Organizar grupos para aprender e intercambiar, integrar nuevos miembros con el fin de fortalecer alianzas.
- Consideran necesario el acompañamiento de expertos en el área social para el trabajo en salud.
- La comunidad, percibe el riesgo de transmisión de Dengue, y tienen actitudes sobre la salud basadas en el alcance del bienestar como bien colectivo.
- Los ciudadanos, fundamentalmente los gobiernos locales deben hacer esfuerzos para dinamizar los procesos participativos para el control de problemas de salud como Dengue.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Gregg MB, ed. Field epidemiology. 2nd ed. New York, NY: Oxford University Press, 2002.
- 2) Filho, A., et al. Indicadores de vigilância ambiental em saúde. Informe Epidemiológico do SUS, 1.999; 8(3), 59-66.
- 3) ECOSALUD, <http://www.ecosaludetv.org/8-quienes-somos/1-que-es-ecosalud>, 24/05/2014.
- 4) Boletín Epidemiológico, semana epidemiológica N° 52, 22 al 28 de diciembre de 2013, LXII [Consultado: 24 de mayo de 2014]. Disponible en: http://www.mpps.gob.ve/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=35:ano2013&Itemid=915
- 5) Boletín Epidemiológico, semana epidemiológica N° 20, 11 al 17 de mayo de 2014 LXIII [Consultado: 24 de mayo de 2014]. Disponible en: http://www.mpps.gob.ve/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=43:ano2014&Itemid=915.

FORMACIÓN DE PROMOTORES SOCIALES EN SALUD EN VENEZUELA. UNA EXPERIENCIA ENMARCADA EN UN ENFOQUE ECOSISTÉMICO.

TRAINING OF SOCIAL WORKERS IN HEALTH IN VENEZUELA. AN EXPERIENCE ENFRAMED IN A ECOSYSTEM APPROACH.

Bailde García Guevara¹; Milady Guevara de Sequeda²

ABSTRACT

Health education to the local level, is a valuable strategy to strengthen health services, however, remains an outstanding debt in Venezuela. In this experiment the formation of social workers in health within an ecosystem approach, developed between 1993-2000 and where an approach to the principles of transdisciplinarity, social and gender equity, social participation and systemic research evidence described, integrating target groups graduated from different locations to communities and health teams from different federal agencies, in order to prevent endemic diseases.

KEY WORDS: Social promoters, social participation, health education, ecosystem approach.

RESUMEN

La educación en salud para el ámbito local, es una estrategia valiosa para fortalecer los servicios de salud, no obstante, sigue siendo una deuda pendiente en Venezuela. En esta experiencia se describe la formación de promotores sociales en salud, enmarcada en un enfoque ecosistémico, desarrollada entre los años 1993-2000 y donde se evidencia un acercamiento a los principios de transdisciplinaria, equidad social y de género, participación social e investigación sistémica, integrando como grupos blanco a bachilleres de distintas localidades, a comunidades y equipos de salud de diferentes entidades federales, con el propósito de prevenir enfermedades endémicas.

PALABRAS CLAVE: Promotores sociales, participación social, educación en salud, enfoque ecosistémico.

INTRODUCCIÓN

Esta experiencia en la formación de los Promotores Sociales en Salud desarrollada en Venezuela, surge con una visión para transformar la capacidad resolutoria de salud, sustentado en los principios de Atención Primaria en Salud (APS), con énfasis en el primer nivel de atención, donde se ubican mayoritariamente las comunidades postergadas de las políticas de desarrollo social, con serias dificultades de accesibilidad geográfica y otras condiciones que favorecen la presencia de las enfermedades endémicas. Se agrega además, un perfil heterogéneo del

comportamiento de los indicadores socioculturales y de producción económica en cada uno de estas comunidades en diferentes regiones del país.

Esta heterogeneidad geopolítica y sociocultural se convierte en referencia para la comprensión y diseño de un programa pedagógico adaptado a estas realidades, que permitió formar promotores sociales en salud en cinco entidades federales del país, ubicados en: oriente, centro occidente y sur, áreas con poblaciones rurales e indígenas, en los cuales se evidenciaban, a través de informes estadísticos oficiales y observación directa, la presencia y aumento de enfermedades, algunas de ellas consideradas como controladas, y la coexistencia de problemas significativos de saneamiento del medio, ausencia o precariedad de servicios básicos, desnutrición, analfabetismo, desempleo, entre otras; etnias con características culturales diversas, unidas por la presencia de enfermedades transmitidas por vectores y otras transmisibles como, tuberculosis, enfermedades gastrointestinales.¹

Recibido: Julio, 2014 Aprobado: Septiembre, 2014

¹Instituto de Biomedicina "Dr. Jacinto Convit", Caracas; ²Unidad de Investigación y Estudios en Salud Pública. Universidad de Carabobo-Núcleo Aragua.

Correspondencia: baidemaria@gmail.com

Independientemente que la literatura biomédica describe muy bien el comportamiento clínico y epidemiológico de estas enfermedades, también es cierto, que existe una carga de determinantes socioculturales y geográficos que inciden en su comportamiento y que deben ser considerados para no cometer el error de las generalizaciones que tradicionalmente engloban las actividades de los programas de control de endemias.

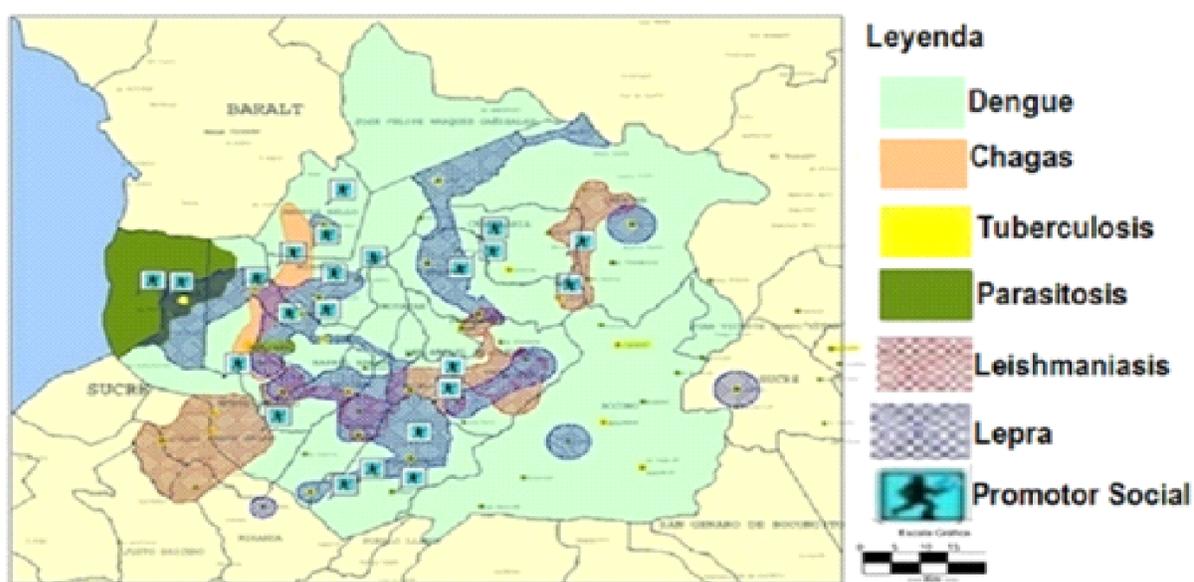
A finales del año 1994, con el inicio del proceso de reforma del sector salud, y el desarrollo de políticas derivadas del ajuste económico aplicadas a nivel nacional, el gobierno nacional avanza en las discusiones con el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF), que se había convertido en fuente de apoyo externo para la atención en salud, sobre la base de préstamos, lo que dio origen al diseño y ejecución del Proyecto de Control de Enfermedades Endémicas, (PCEE), establecido en el convenio firmado entre el gobierno de la República de Venezuela y el citado banco internacional.²

El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), designa agencias ejecutoras para el desarrollo y ejecución de los planes incluidos en el PCEE, recayendo en dos de sus instituciones adscritas, que históricamente han sido las responsables de la prevención y control de endemias en el país: El Instituto

de Biomedicina (hoy Servicio Autónomo Instituto de Biomedicina) y la Dirección General Sectorial de Malariología y Saneamiento Ambiental (actualmente Dirección General de Salud Ambiental). El énfasis estaba dirigido a las áreas rurales y fronterizas del país, para reducir el impacto que estaban teniendo las endemias en la población, lo cual llevo a estructurar el PCEE en dos grandes componentes: el Control de las Enfermedades Endémicas y el Fortalecimiento Institucional. Este componente de Fortalecimiento Institucional incluyó un subcomponente de Formación y Capacitación de Recursos Humanos en Salud entre sus actividades fundamentales.³

A tales efectos se realiza una investigación epidemiológica a nivel nacional para contrastar y precisar la data estadística oficial relacionada al comportamiento de estas endemias, y su distribución en aquellas entidades federales del país con mayor incidencia de afectados o con riesgo de contraer estas enfermedades, como Dengue. Esto asociado a la interrelación de los diferentes indicadores de desarrollo humano en estas poblaciones y su vinculación con la capacidad resolutive de atención integral del sistema de salud, a través de una oferta de programas oportunos y pertinentes de acuerdo a las demandas de dichas poblaciones (Figura N° 1). Esto permitió el diseño de una línea base que facilitó establecer un mapa de prioridades para la inversión en programas integrales

Figura 1.- Relación de la presencia de las endemias y selección de los Promotores



Distribución geográfica de la endemias y promotores, Estado Trujillo, 1999

de control de endemias a las premisas de la APS,⁴ tomando en cuenta las características propias de las poblaciones rurales e indígenas dispersas, con serias limitaciones de personal de salud, de acceso físico-geográfica al sistema de salud y distantes de las capitales de estado. Para ello, prevalecieron los principios de equidad, solidaridad, universalidad, ética, trabajo en equipo, atención integral, igualdad social de género y de etnias y, promoción/educación para la salud y participación social.

Desde esta perspectiva y con el propósito de compartir una experiencia acumulada de 8 años (1993-2000) en educación para la salud y la formación de personal, enmarcada en una visión holística de la salud, capaz de incorporarse a los sistemas locales y potenciar la capacidad resolutoria de los pobladores de las regiones para asumir el cuidado de su salud; describimos el programa de formación de promotores sociales en salud fundamentado en trabajo estratégico, desarrollado con un equipo multidisciplinario, que asumió la responsabilidad de desarrollar una línea curricular de carácter abierta y comunitaria a fin de construir un nuevo modelo de formación en salud, donde destaca la interrelación de actores o grupos blanco (estudiantes, equipo de salud local, organizaciones comunitarias y representantes de la sociedad civil) para alcanzar una educación transformadora para la salud.⁴ A tales efectos hemos considerado también, identificar los referentes conceptuales del enfoque de ecosalud⁵ la transdisciplinariedad, que tiene en cuenta los saberes de las comunidades relacionados con los ecosistemas; la participación social que supera la visión colaborativa, incorporando a quienes toman las decisiones en el ejercicio de las políticas públicas.

METODOLOGÍA

El Curso de Promotores Sociales en Salud se sustentó conceptualmente en los principios de un modelo humanista transformador del conocimiento, Estudio-Trabajo, articulándose la producción del pensamiento crítico en salud y el encuentro permanente del trabajo directo con las comunidades a través de investigaciones operacionales, y la conjugación de esfuerzos de un aprendizaje de trabajo en equipo y de esta manera, generar un perfil integral del promotor social.^{5,6} Bajo esta premisa elaboramos una sistematización de los aprendizajes⁷ que nos permitió documentar la información disponible, analizarla en forma crítica para comprender lo sucedido, identificar los aprendizajes significativos y formular lecciones para construir nuevos

conocimientos y, presentar los resultados alcanzados en forma adecuada.

La política general del curso¹ considero los siguientes aspectos:

Organización de un equipo de trabajo nacional responsable de la coordinación del curso teniendo la responsabilidad de precisar los siguientes aspectos:

1. Presentar el programa educativo del curso de Promotores Sociales en Salud (con una duración de dos años), a la Dirección de Docencia e Investigación del Ministerio de Sanidad y Asistencia social (MSAS), a objeto de su revisión, aprobación y acreditación, correspondiente a un reconocimiento como carrera de salud para ser incluida en el Manual de cargos.
2. Coordinar con el Departamento de Recursos Humanos y Consultoría Jurídica de las instituciones responsables del curso, la realización de los contratos de becas a los estudiantes seleccionados en cada estado.
3. Coordinar y precisar con las gerencias de salud, gobernaciones y alcaldías de los estados la estimación presupuestaria para el ingreso en nómina de los estudiantes una vez egresados del curso con el título: Promotores Sociales en Salud.
4. Organizar un equipo transdisciplinario de salud en cada entidad federal, que sirva de contraparte a tiempo completo en la ejecución académica y administrativa del curso, como de otros aspectos de logística general que requiera el proceso de formación.
5. Redactar reglamentos y demás normativas para regular el funcionamiento gerencial, administrativo y académico del curso.
6. Diseñar los indicadores de monitoreo académico para obtener información sobre el progreso del curso y tomar decisiones correspondientes.

Para el diseño, se tomaron en consideración criterios organizacionales y pedagógicos referidos a:

1. Selección de los estados, sede de la realización de los cursos.
2. Selección de los participantes a realizar el curso.
3. Selección del equipo de facilitadores/tutores de los cursos.

4. Bases pedagógicas del curso.

5. Evaluación y acreditación del curso.

6. Acuerdo de Alianzas estratégicas con organismos nacionales y locales.

1.- Criterios de selección de los estados sede, de la realización de los cursos.

A partir de la línea base realizada por el equipo coordinador del proyecto se estableció un mapa de prioridades, el cual fue contrastado directamente en cada estado para precisar los aspectos de viabilidad técnica, organizacional y fundamentalmente el compromiso del equipo de salud gerencial y de las instituciones como: gobernaciones, alcaldías, entre otros, en asumir este proceso de formación de promotores como política de salud local y el ingreso de los promotores al sistema de salud regional. La factibilidad se evidencio en los estados Táchira y Trujillo en Occidente, Lara en Centro Occidente, Sucre en Oriente y Amazonas en el Sur del país.

2.- Criterios de selección de los participantes a realizar el curso:

a) Ser nativo de la comunidad a donde regresaría una vez formado para prestar sus servicios como promotor social, b) aplicar y aprobar una evaluación integral (física, psicológica y cognitiva), c) tener aprobado el bachillerato (educación secundaria), d) aceptar y cumplir con los reglamentos y normativas del curso. De esta manera y después de hacer una convocatoria pública por medios de comunicación social (prensa regional y radio) y en diferentes momentos, fueron seleccionados 20 bachilleres por cada entidad federal, a quienes se les asigno una beca para cursar sus estudios durante dos años, al terminar de los cuales ingresaría al servicio local de salud.

3.- Criterios de selección del equipo de facilitadores/tutores:

Basados en el perfil académico y la experiencia comprobada, establecida en las normativas generales del curso, para el cumplimiento con excelencia de los programas asignados. Las competencias consideradas fueron:

a) promueve una práctica reflexiva y de integración de los aspectos teóricos con los procesos sociales e

históricos del país y motivar la crítica para la construcción y aplicación del conocimiento en acciones concretas.

b) enfatiza en la importancia de aplicar los conocimientos con la investigación permanente bien sea documental, bibliográfico o de campo.

c) socialmente comprometido, promoviendo espacios de participación, de crecimiento en libertad, exploración y búsqueda de solidaridad y servicio de pleno desarrollo humano.

d) demuestre interés por procesos de formación permanente donde se evidencie el cultivo de los elementos esenciales del ser humano, como la dignidad, autoestima y el respeto para si mismo y con los demás.

Se consideró prioritario, la selección de profesionales especialistas en cada entidad federal, tomando en cuenta que constituyen el ejemplo a seguir por los promotores una vez que vuelvan a sus comunidades. A tal efecto, se realizó un registro organizado por tipo de profesiones y ubicación laboral tanto en instituciones públicas /privadas de salud como en universidades puesto que constituían las principales aliadas, lo que fortaleció la capacidad de respuesta pedagógica. Solamente se movilizaron facilitadores del nivel central del país cuando se evidenció el déficit de recursos locales para cubrir un aspecto determinado del programa. Igualmente se estimó la figura académica de profesor invitado, cuyo objetivo fue fortalecer con otras visiones científicas y tecnológicas aquellas competencias que la coordinación del curso estimaba necesario en función de cada realidad específica.

4.- Bases pedagógicas del curso:

El curso, quedo constituido académicamente en dos (2) años de duración en la modalidad presencial y su organización se formuló en dos componentes básicos: El primero correspondiente al marco contextual-filosófico general del proceso de formación de los promotores, que sirvió de plataforma a todos los cursos, independientemente de su ubicación geopolítica. En este aparte fueron descritos y analizados, los indicadores sociales y de salud del país, la organización y funcionamiento del sistema de salud, valores y ética del papel del promotor como generador de cambios sociales, la importancia del trabajo en equipo transdisciplinario, la participación comunitaria y la transectorialidad, entre otros aspectos.

Un segundo componente, referido al conocimiento de los contextos socioculturales y

epidemiológicos particulares de cada estado. A tal efecto, fue necesario establecer como estrategia, la realización de un ciclo de encuentros con el personal de salud de la región y especialmente con los potenciales facilitadores/tutores, para discutir y construir en forma colectiva las diferentes competencias que se aspiraban alcanzar con el programa. (Figura 2)

5.- Evaluación y Acreditación del curso.

Cumplido con todos los requisitos académicos y éticos establecidos durante los dos años de formación, a los estudiantes se les otorgó el Certificado de Promotores Sociales en Salud, acreditado por las dos instituciones responsables de la formación académica,

con el visto bueno del ente rector de la salud en el país, MSAS, el cual les permitiría ingresar al sistema de salud regional correspondiente, tomando como base los convenios previamente establecidos.

En relación a este aspecto el equipo de la coordinación general del curso, había realizado una investigación previa sobre los diferentes perfiles de funciones del personal técnico en salud establecido en el manual de clasificación de cargos de la administración pública. En este sentido se pudo verificar que el perfil de funciones del promotor social en salud guardaba estrecha relación con el promotor de Bienestar Social, cumpliendo con las exigencias de este cargo.

Figura 2.- Perfil de desempeño del Promotor Social en Salud



6.-Acuerdos-alianzas estratégicas:

El funcionamiento y el éxito de este proceso de formación de Promotores Sociales en Salud en las cinco regiones del país, ya anteriormente mencionados, refleja en gran medida, la capacidad de consolidar un esfuerzo de cooperación técnica y administrativa con los diferentes niveles gerenciales del sistema de salud, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, la participación social y el papel clave de las universidades para aproximarse al encuentro de saberes entre la academia y la comunidad.

Los acuerdos y alianzas fueron enmarcados en los principios de regionalización y descentralización administrativa de los servicios de salud. En este sentido, fueron concertadas reuniones con los diferentes entes regionales: Gobernaciones y sus entes adscritos y los Sistemas de Salud Regional, para exponer las bases legales y los principios educativos del curso de promotores sociales buscando mecanismos de integración programáticas para el manejo de acciones conjuntas y el reconocimiento del curso en la región respectiva a fin de lograr la inserción de los promotores una vez terminado el curso.

Con base a los criterios antes descritos, el diseño del curso permitió organizar una estructura operativa para los dos años, de la siguiente forma:

El primer año de estudios,¹ apoyado en un sistema modular constituido por varios temas, aplicando las premisas estudio-trabajo, donde se articuló el aprendizaje de los conocimientos integrales de salud, el comportamiento de las endemias y su contraste permanente con el trabajo en las comunidades y en los servicios de salud.

La orientación de este primer año de formación, rompió con el modelo tradicional pedagógico de reproducir en forma lineal el comportamiento clínico de las endemias, entre ellas dengue, para ubicarse en una perspectiva de análisis contextual y conceptual de la salud, como valor referente de la calidad de vida de las personas en la sociedad global. De esta manera, fué necesario incluir aspectos asociados a la comprensión de los comportamientos históricos y culturales de las personas en diferentes tipos de sociedad y sus formas de interpretación de la salud. En consecuencia, fué de gran importancia contar con las contribuciones epistemológicas de la sociología y antropología en relación a los diferentes enfoques de la promoción y la educación para la salud. Además, permitió incluir áreas temáticas como, el ambiente factor estratégico en la vida

saludable de las personas; enfoques de trabajo en equipo y su aplicabilidad en la gestión de programas de salud y, la planificación estratégica. Igualmente, las tecnologías de la comunicación e informática como alternativas de fortalecimiento de las iniciativas de programas de vigilancia epidemiológica con participación comunitaria, entre otras.

Es importante destacar, en el primer año, el módulo sobre dengue,⁴ por la permanencia de la endemia tanto en el área rural como en la urbana del país. La estructura de contenido fue la siguiente.

- Identificación de la situación mundial del dengue. Distribución espacial en la región de las Américas. Análisis de los acuerdos/convenios internacionales en relación a programas sostenibles de prevención y control del dengue. Análisis de las Políticas Públicas y la articulación de los Programas de Educación, Prevención y Control del dengue. Definición y aplicación de los principios de Atención Primaria en Salud
- Atención al Paciente. Diagnóstico y Tratamiento. Revisión, actualización y difusión de protocolos Nacionales de diagnóstico clínico y tratamiento de los pacientes con dengue y dengue hemorrágico en todos los niveles de atención.
- Epidemiología del Dengue: Análisis de la trama epidemiológica desde una visión sistémica. Características de la fuente de infección y ciclo de vida del vector. Condiciones del susceptible. Definición y alcances de los sistemas nacionales de vigilancia integral del dengue (epidemiológica, entomológica, de laboratorio y de atención al paciente, con promoción y saneamiento ambiental) y su funcionamiento eficaz, eficiente y oportuno. Medidas de protección individual y colectiva. Revisión de los nuevos patrones socio demográficos y su impacto en la epidemiología del dengue.
- Control de vectores. Biología del vector. Aplicación de medidas anti vectoriales para el control de los criaderos mediante métodos físicos, biológicos y químicos, desarrollo técnicas innovadoras. Establecimiento de unidades entomológicas operativas a nivel central, regional y local como espacios para la investigación y formación de recursos humanos.
- La promoción y educación en salud como estrategias sostenibles en un programa de control del dengue. Análisis georreferenciado de los contextos sociales y culturales de las comunidades y principales

indicadores de las formas de vida y producción económica asociados a la presencia potencial del dengue. Análisis georreferenciado de indicadores como: cambios climáticos, movimientos migratorios, número y tipo de oferta de servicios de salud en correspondencia a la densidad y distribución espacial-geográfica de las poblaciones. Análisis de potenciales medios de comunicación social y comunitaria para diseñar los mensajes educativos en la prevención del dengue desde el respeto a los perfiles socioculturales particulares a cada comunidad. Analizar los mecanismos para el diseño de redes sociales para la educación y prevención del dengue.

- Sistema de Vigilancia epidemiológica en Dengue. Definición de un Sistema de Vigilancia en Salud y su relación con APS. Definición de un Sistema de vigilancia epidemiológica de prevención y control del dengue. Diseño de una propuesta operativa de un Sistema de vigilancia epidemiológica del dengue desde una visión integral e integrada.

El segundo año de estudios,⁶ con una modalidad de formación-trabajo; el estudiante, mediante el apoyo de un tutor académico, desarrolla una línea de investigación comunitaria en la situación social/endemia que se identificó como prioritaria para la población afectada o en riesgo y asociada al perfil de su formación, aplicando los conocimientos adquiridos durante el primer año de estudios. Se estableció un cronograma de encuentros de todo el grupo, estudiantes y tutores académicos, para compartir el avance de sus trabajos, así como las dificultades teóricas y metodológicas que se pudieran presentar en este proceso.

Una vez concluido el tiempo establecido para el desarrollo de esta investigación en comunidad, el trabajo fué revisado por el equipo de tutores y posteriormente presentado ante un jurado evaluador conformado por representantes de las universidades locales, especialistas en salud pública y de enfermedades endémicas. Este jurado tenía plena libertad académica para evaluar el trabajo siguiendo los criterios de un puntaje de 0-20, así como, calificar con méritos especiales para publicación.

LECCIONES APRENDIDAS

En el proceso de formación de Promotores/as Sociales en Salud, destaca el esfuerzo en la conformación de un equipo transdisciplinario para superar el paradigma tradicional vertical y bancario de la educación de las personas como objetos pasivos de la transmisión de conocimientos, para ubicarse en el modelo humanista-

transformador de los escenarios educativos.⁶ En correspondencia, el Promotor /a tiene entre sus fortalezas una visión de análisis integral del comportamiento epidemiológico y clínico de las endemias desde una comprensión socio histórica y articulada al concepto de salud como valor, derecho social e individual, calidad de vida y desarrollo social.

El modelo curricular realizado de estudio-trabajo en su primer año y la convivencia en sus comunidades en el segundo año, permite al estudiante iniciar un trabajo integrado con la caracterización social, geo referencial y epidemiológica de la comunidad. De acuerdo con este diagnóstico integral, genera canales participativos mediante discusiones, propuestas y toma de decisiones para la consecución de alternativas de superación de los problemas, permitiendo la creación de alianzas estratégicas internas y externas tanto en el sector salud como en otras organizaciones sociales que tienen competencias en la comunidad. El estudiante y la población, con la asesoría de un equipo de profesionales del sistema regional de salud, seleccionan un área problema para llevar a cabo la investigación de interés y desarrolla procesos educativos con énfasis en situaciones relacionadas al control de las endemias en el ámbito local.

Se tiene entonces, un ciudadano que ha sido seleccionada en su propia comunidad y que retorna a la misma formado como Promotor/a, con la capacidad en el manejo de una serie de competencias científicas, tecnológicas y experiencias compartidas para formar parte de un equipo transdisciplinario en el sistema de salud y así contribuir con el fortalecimiento de la capacidad resolutive de los servicios de salud, tomando en cuenta que la educación en salud es un componente esencial de la APS que conjuntamente con la participación de la comunidad han sido propuestos desde 1974 como elementos claves para el cumplimiento de los principios de igualdad, equidad, universalidad, y eficiencia para lograr la meta de "Salud para todos", teniendo presente, a juicio de la OMS, que *"la educación y la atención primaria en salud no son argumentos meramente técnicos sino que implican cuestiones socioeconómicas que a menudo tienen consecuencias políticas"*.⁸

Uno de los aspectos centrales de la APS, se refiere a la búsqueda de la capacidad resolutive de los problemas a nivel local en forma eficiente y oportuna, donde es necesario la utilización de estrategias básicas como la Intersectorialidad, organización y participación de la población. El acercamiento a estas estrategias solo será posible si los procesos educativos se realizan en

forma integral dirigidos a la conformación de equipos de trabajo en los diferentes niveles de la estructura del sistema de salud, tomando como prioridad al personal de los equipos locales. En este caso es necesario puntualizar no solamente en aspectos programáticos sino abarcar elementos de reflexión en torno a la importancia de un cambio de actitud hacia el trabajo con nuestras comunidades, como espacio de transformación, integración de esfuerzos, rescate de la ética y de la moral y la solidaridad entre otros.

El curso de Formación de Promotores Sociales en Salud constituye una experiencia de trabajo nacional, entre cuyas categorías claves se encuentran: análisis de mapas heterogéneos del comportamiento social y cultural de las comunidades y su relación con la presencia de las endemias, el trabajo transdisciplinario, la actividad transectorial, participación de las comunidades en la investigación en equipo para la identificación de problemas prioritarios, como elemento nuclear del encuentro de los conocimientos científicos y populares/empíricos.

La igualdad social y de género, rescatando un cuerpo de valores y de ética fue la base de sustentación para la formación del perfil del promotor/a social en salud, como facilitador de las transformaciones de los escenarios locales de la salud, permitiendo un trabajo integral e integrado en las comunidades. Para lograr esta integración eficiente y eficaz entre profesionales de diferentes disciplinas y de distintas instituciones con las comunidades, fue importante establecer metas y acciones comunes e interactuar constantemente para lograr intervenciones consensuadas respetando la cultura local. Ejemplo de ello fue la identificación por parte de la comunidad de una edificación y luego el alquiler de una casa en las regiones sedes que funciono como centro de operaciones para realizar las actividades educativas del primer año del curso y lugar de interacción entre los distintos actores.

Los (as) Promotores/as Sociales en Salud, se convirtieron en agentes para compartir conocimientos en comunidades rurales dispersas, como por ejemplo, las indígenas, con un perfil socialmente heterogéneo y complejo, con presencia de diversas enfermedades transmitidas por vectores y de otras carencias humanas, como el deterioro del ambiente, desnutrición, ausencia de un sistema de salud formal para satisfacer sus necesidades, entre otros aspectos; superando el dominio de lo cognoscitivo y resaltando otras cualidades en lo afectivo, como su sensibilidad y su capacidad para trabajar con grupos de población ya sean niños, jóvenes, adultos, adultos mayores, lo que permitio validar la

aplicación de sus competencias para realizar investigaciones y acciones basadas en la realidad social, logrando involucrar a los actores sociales de todos los sectores, y motivar a la participación y a la creación de estrategias o alternativas de solución a esos problemas presentados.⁹

En consecuencia, el promotor/a social regresa a su lugar de origen cargado de conocimientos y expectativas para integrarse con su gente, con una orientación muy clara para impulsar una gestión en salud desde un manejo apropiado de las dinámicas del ecosistema (ambiente biofísico y social) que están asociadas a la condición de salud de cada comunidad, teniendo presente la investigación acción para generar en equipo conocimientos y toma de decisiones oportunas, donde se articulan categorías como: la educación, promoción de la salud, participación comunitaria, trabajo en equipo bajo el principio de la transdisciplinariedad con un sentido ético y responsable.

Esta experiencia que compartimos es una respuesta a las demandas de atención a la salud, partiendo del nivel local y con enfoque preventivo; que se ha manifestado recientemente con la DECLARACION DE CARACAS,¹⁰ que destaca la necesidad de formación de promotores de salud y expresa que para mejorar el estado de salud y la calidad de vida de la población venezolana se impone realizar acciones educativas que involucren a toda la población, respetando las diferentes realidades sociales y culturales.

Para ello es necesario democratizar el saber, horizontalizarlo, generando espacios de diálogo donde se compartan experiencias y conocimientos, aceptando e incorporando el saber del otro, respetando la diversidad, y el derecho a la información y a la salud que tienen todos los miembros de una comunidad. No obstante, para fortalecer las actividades de promoción de la salud en el nivel local, es impostergable la integralidad, lo que significa proponerse a mejorar las condiciones sociales de la población, de allí el compromiso de las autoridades gubernamentales y, fundamentalmente, de la activa participación de la comunidad.¹¹

Los promotores sociales en el ámbito local se constituyeron en figura central para la promoción de la salud como referente cercanos, para acompañar, informar y promover conductas saludables, creando nexos entre la comunidad, el equipo de salud, las instituciones y los entes gubernamentales. En este sentido, se evidencian los principios de ecosalud, iniciativa que abre de nuevo espacios de encuentro entre

el sector salud y la comunidad para el enriquecimiento de programas de control al incorporar el enfoque sistémico para promover la salud y prevenir enfermedades.

En el contexto actual, rescatamos este programa educativo, cuyo argumento está centrado en romper con el discurso de modelos de participación social generados desde la academia universitaria, que constituye una experiencia que incluye una formación integral, donde la comunidad asume papel protagónico para la toma de decisiones en el ámbito local, adelantándose al cumplimiento de los derechos sociales que contempla

la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999),¹² en cuanto a la salud como parte del derecho a la vida, a una educación basada en la valoración ética del trabajo y en la participación activa, consciente y solidaria en los procesos de transformación social. De tal manera que dentro de la estructura del Ministerio del Poder Popular para la Salud, consideramos necesario que estas actividades sean asumidas desde las entidades federales para dar respuestas a problemas de salud valorando la cultura de cada comunidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) García B. y Guevara M. Curso de Promotores Sociales en Salud: Estructura Curricular. Primer Año Académico. [Documento] 1995.
- 2) Hermida C. Gestión y Liderazgo en Salud. Reflexiones para ministros nuevos. Tegucigalpa, Honduras. 1994.
- 3) Guevara M., Piñero D., Marruffo M., González J., Herrera I. Formación y Capacitación de Recursos Humanos e Investigación Operacional. Proyecto de Control de Enfermedades Endémicas. Dirección General de Saneamiento Ambiental [Documento] 1998.
- 4) Organización Mundial de la Salud (OMS). Alma Ata, Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud. Alma Ata, URSS. Serie Salud para Todos N° 1 Ginebra, 1978.
- 5) García B. Participación Social, dengue y Ecosalud en Venezuela. Espacio Abierto. Cuaderno Venezolano de Sociología. 2014; 23(2):241-257.
- 6) García B. y Guevara M. Curso de Promotores Sociales en Salud, estado Lara. Diseño Curricular. Segundo Año Académico. [Documento] 1997-1998.
- 7) Santandreu A. Gestión del Conocimiento orientado al aprendizaje. Disponible en <http://prezi.com/jl9rlhwotrve/gestion-de-conocimiento-orientada-al-aprendizaje/> 2013.
- 8) Organización Mundial de la Salud (OMS). Nuevos Métodos de Educación Sanitaria en la Atención Primaria en Salud. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Serie de Informes Técnicos N° 690. Ginebra, 1983.
- 9) Fernández E. Rol del Promotor Social. Disponible en: www.elianafernandez.blogspot.com 2004.
- 10) Álvarez R. Programa para la formación de Promotores Comunitarios de Salud. ISBN: 980-6778-00-6. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Ediciones del Instituto de Altos Estudios en Salud "Dr. Arnoldo Gabaldon", Venezuela. 2004.
- 11) Informática, Comunicación y Tecnología Ávila D., Miranda A., Vesub M., Ceballos S. Formación de Promotores de Salud: Oportunidad para generar vínculos como estrategia de participación comunitaria. 3er Congreso de Atención Primaria en Salud. Buenos Aires, Argentina, 2006.
- 12) República Bolivariana de Venezuela. Constitución Nacional. Gaceta Oficial N° 36.860 del 30 de diciembre de 1999 y N° 5908 Extraordinario del 19 de febrero de 2009, Caracas.

EL SERVICIO COMUNITARIO Y SUS POTENCIALIDADES PARA EL APOYO DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES EN VENEZUELA.

COMMUNITARY SERVICE AND ITS POTENTIALITIES FOR THE SUPPORT OF VECTOR BORNE DISEASES IN VENEZUELA.

Ligia Soto Navas¹

ABSTRACT

The next article is result from diverse experiences in the communitarian service, practice at the Economic and Social Sciences Faculty at the Carabobo University, Aragua Nucleus. Its objective is a critic exploration of the capacity of this social pedagogic strategy for sustention of vector borne diseases studies, into the Ecohealth paradigm and its interdisciplinary character. The conclusion of this experiences allowed three aspects that are necessary review so the Communitarian Service can be an activity in accord this objectives: 1. - Proportionate the legal mark, 2.- Review the academic structure of the university, intended for befall a the interdisciplinary formation, 3.- Assume a methodology accord with the ample and active community participation. This are a adequate beginning point for integral studies, under approach of Complex Theory and, this will allow that the university students boards the local reality with share strategies and activities with the diverse communal actors, for bring knowledge that can serve in the prevention and attention of vector borne diseases, by this way incise in the live quality.

KEY WORDS: Ecohealth, Vector borne transmission disease, Communitary service.

RESUMEN

El siguiente artículo es resultado de experiencias en el Servicio Comunitario, llevadas a cabo en la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, Núcleo Aragua, de la Universidad de Carabobo. El objetivo del mismo es una exploración crítica de las potencialidades que subyacen a esta estrategia socio - pedagógica, para apoyar el estudio de las ETVs, enmarcándose en el paradigma de la Ecosalud y su carácter interdisciplinario. La sistematización de tales experiencias permitió concluir en tres aspectos, que deben ser revisados para que el Servicio Comunitario logre ser una actividad acorde a tales objetivos: 1.- Adecuar el marco legal de sustento, 2.- Repensar la estructura académica de la Universidad para darle cabida a la formación interdisciplinaria, 3.- Asumir una metodología acorde con la participación amplia y activa de las comunidades. Esto constituirá un adecuado punto de partida para estudios integrales, bajo enfoques del pensamiento complejo, permitirá que el estudiante universitario aborde la realidad local con estrategias y actividades compartidas con diversos actores comunales, para propiciar conocimientos que sirvan en la prevención y atención de las enfermedades transmitidas por vectores (ETVs) y, con ello incidir en la calidad de vida

PALABRAS CLAVE: Ecosalud, Enfermedades Transmitidas por Vectores, Servicio Comunitario.

INTRODUCCIÓN

El siguiente artículo constituye una reflexión inacabada, cuyo punto de partida es la sistematización de diversas experiencias de Servicio Comunitario, en la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, de la Universidad de Carabobo, con el objeto de visibilizar las potencialidades que subyacen a tal estrategia socio - pedagógica, en las perspectivas de apoyo al estudio de las enfermedades transmitidas por vectores, (ETVs).

A tales efectos el recorrido analítico se detendrá en tres aspectos fundamentales, a saber: 1.- La filosofía

del enfoque Ecosalud que sustenta el estudio de las ETVs, de cara a los principios, normativas y reglamentaciones del Servicio Comunitario del Estudiante de Educación Superior. 2.- El encuentro de algunas limitaciones metodológicas presentes en el marco legal y reglamentario del Servicio Comunitario, para el abordaje integral y complejo propuesto por el enfoque Ecosalud. 3.- El necesario repensar del Servicio Comunitario, para superar tales limitaciones en la búsqueda de nuevos significados y formas alternativas que desplieguen las potencialidades del enfoque de la Ecosalud y de la acción comunitaria en una construcción holística, compleja de infinitas ramificaciones para la participación de diversos actores sociales.

1.- La filosofía del enfoque Ecosalud.

Entendemos que tal enfoque porta una concepción interdisciplinaria, cuya perspectiva

Recibido: Septiembre, 2014 Aprobado: Octubre, 2014

¹Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, Universidad de Carabobo-Núcleo Aragua.

Correspondencia: ligiasoto@gmail.com

compleja, integral aborda la articulación con eficiencia de diversos campos disciplinarios que se han planteado la búsqueda de equilibrios, acuerdos y consensos en el uso y conservación de todos los recursos planetarios, es decir sobre todo aquello que exista en esta casa que habitamos: La tierra. Tal búsqueda porta en definitiva, la capacidad de supervivencia de los miles de millones de especies que existen en el planeta tierra y los recursos que hacen posible sus vidas.^{1,2} Ello, entonces, hace indispensable a pesar de los avances tecnológicos modernos, pensar y depender de las articulaciones de distintos especialistas y sus campos de trabajo, para rebasar el reducido ámbito de cada unidisciplina y ampliar los horizontes de significados en el mejoramiento de la vida, en lo humano y lo natural.

En su quehacer práctico la Ecosalud inclina sus sustentos en funciones sociales preventivas, saberes multidisciplinarios y en la pluralidad o multidiversidad; lo cual implica un replanteamiento de la lógica organizativa de las ciencias y sus aparatos de supremacía, entre ellos la universidad y su armazón académica caracterizada por partes o componentes desagregados en Facultades, Escuelas, Departamentos, Cátedras, asignaturas, cada una de ellas de singular aislamiento o con escasas articulaciones y, las cuales separadas por su naturaleza, conducen a títulos de conocimientos fragmentados que responden a la racionalidad de un quehacer político o de estatus del poder social del conocimiento y a la presencia de un orden académico "arcaico" como lo denomina el Profesor L. Bermúdez,³ sin correspondencia con las demandas del pensamiento holístico, recursivo, que constituyen la esencia de la Ecosalud como práctica compleja e interdisciplinaria.

Correspondería entonces a la Universidad, a lo interno de su estructura y al señalado orden lógico-académico desde el que actúa, comenzar a avizorar y pensarse en dinámicas conexiones que permitan llevar a cabo la docencia, investigación, extensión y el Servicio Comunitario en un tejido socio-organizativo de vivencias entramadas, objeto de nuevas representaciones, significados, lenguajes, pensamientos emergentes, actores disímiles en contacto, todo lo cual dé respuestas a los requerimientos de los procesos sociales, con miradas de complejidad, con lo cual se amplíen las actuaciones de la Universidad y, su papel vanguardista en la sociedad -mundo.

En fin, cabe afirmar que la Universidad no se legitima en su forma organizativa, sino en sus prácticas sociales, como instancia de vanguardia en la producción social.

2.- Algunas limitaciones metodológicas de la propuesta del marco legal del Servicio Comunitario, para el abordaje integral y complejo del enfoque de Ecosalud.

Los sustentos de la Ley del Servicio Comunitario del Estudiante de Educación Superior⁴ en Venezuela, están descritos en los principios de nuestra Constitución vigente,⁵ en especial, solidaridad, responsabilidad social, cooperación, participación, asistencia humanitaria (Art.2 de la citada Ley), frente a estos voluntarismos se deja ver una contradicción en la definición que de tal servicio se hace en su articulado al proponerla como "la actividad que deben desarrollar los estudiantes en las comunidades, aplicando los conocimientos científicos, técnicos, culturales, deportivos, adquiridos en su formación académica", es decir un trasvase unidireccional de los saberes del perfil académico de la carrera profesional o especialidad, sin tomar en cuenta que las comunidades no son cuerpos vacíos y que toda relación con ellas ha de implicar procesos de acción/reacción. Esta concepción del marco legal, implica que el conocimiento académico es superior a los saberes comunales y por lo tanto estos últimos han de ser replegados por la verdad científica, que porta soluciones a problemas específicos tildados de necesidades comunales, se trata entonces de respuestas pre-elaboradas o preconcebidas en laboratorios del templo del saber que es la ciencia desplegada en las universidades.

Además de esta contradicción, encontramos que tanto en la citada Ley, como en el Reglamento que la norma en la Universidad de Carabobo,⁶ enfatizan que para el desarrollo de los proyectos comunitarios, se ha de utilizar la metodología del "aprendizaje en servicio", la cual es una concepción educativa que establece que con tal actividad se pone en juego la "experiencia de un sujeto que despliega en el entorno seleccionado, sus conocimientos para resolver necesidades". Tal "experiencia" constituye un hecho que al igual que la superioridad con que se reviste al conocimiento académico, no está exento de matices segregadores o discriminatorios. P. ej. El sujeto ante la comunidad la supone integrada por individuos que son diferentes a él, además presume que sufren necesidades que él puede resolver a su modo, también se intuye que estas necesidades afectan de igual forma a todos los habitantes comunales, por lo cual una sola y única solución la tiene que eliminar. Para ello ubica a la comunidad como un caso, es por lo tanto un objeto de estudio del cual mantiene una distancia o separación, ello quiere decir que ésta necesidad no lo afecta, no

está inmerso en ella, no tiene porque comprenderla ni sentirla, solamente resolverla, bajo los principios del pragmatismo de la ciencia positiva, como una experiencia cuyo abordaje es el requisito para la obtención de un título académico y no la ocasión de otros encuentros, intercambios. Al ser un extraño en la escena comunal, busca soluciones en marcos teóricos y metodológicos genéricos, alejados de la realidad de los procesos que se viven en la comunidad. De allí que en la mayoría de estas experiencias comunitarias se propician soluciones sin sentido crítico - reflexivo de lo que está ocurriendo, sin participación e involucramiento del sentir comunal.

Así el aprendizaje en servicio es unidireccional, a partir de ello "conoce el estudiante" obviando el saber de las comunidades. En términos coloquiales puede señalarse: *"el estudiante pasa por la comunidad, la comunidad no pasa por el estudiante"*.

De modo que, esta concepción que aúpa la separación objeto-sujeto de estudio evita indagaciones críticas, así como también evade interpretaciones compartidas, conclusiones conjuntas, de consensos o lo que en paradigmas de investigaciones socio - antropológicas se denomina "la devolución", es decir la necesidad de que la comunidad se perciba y así lo manifieste, reflejada y/o recuperada acertadamente en las narrativas del investigador y de allí se propicie una integración de saberes como camino a la superación del dualismo entre conocimiento académico y saber popular, que en términos territoriales, sociales refuerza constantemente la separación universidad- sociedad.

Esta es la lección que hemos obtenido de las experiencias del Servicio Comunitario, a pesar de las actividades cumplidas dicha estrategia no ha sido el mecanismo para articulaciones entre Universidad/ comunidad. Persiste en forma clara el dualismo de la razón iluminada frente al sentir y querer comunal, la separación entre aquel saber revestido de prepotencia y unos seres humanos con trajes precarios frente a los caprichos del templo del saber científico.

Todo ello obliga, a repensar en clave de Ecosalud el servicio Comunitario, es decir mediante un enfoque decidido a defender todo lo que pertenece a la vida, con la mirada puesta en la necesidad insoslayable de integrar, cooperar, participar activamente, solidarizarse, que aunque está escrito en nuestro texto constitucional no es leído por quienes deben llevar a cabo procesos educativos, sociales, etc.

En conclusión, retomando las claves del lenguaje de los enfoques de Ecosalud, estos planteamientos nos llevan a un conjunto de interrogantes:

- ¿Por qué hacer del Servicio Comunitario una experiencia segregadora, que pone de relieve las diferencias entre el estudiante de Educación Superior y los habitantes de las comunidades?
- ¿Por qué hacer énfasis en las diferencias, en las divergencias, cuando hay tantas situaciones que nos pueden crear fuertes vínculos con las comunidades?
- ¿Por qué el rol protagónico del Servicio Comunitario se le atribuye al estudiante de Educación Superior y no a la comunidad, en planos de igual valía, dejando de lado los avances de las propuestas de la otredad?
- ¿Por qué la finalidad es el aprendizaje en servicio y no el servicio a la comunidad?

Efectivamente, consideramos que la clave para despejar tales reflexiones, se encuentra en la Filosofía que ya expresamos como los principios de los enfoques de Ecosalud.

Cabe destacar que estos enfoques, no son simples propuestas ecológicas o medio ambientalistas, en sus perspectivas hacen indispensable visibilizar al "otro comunitario", a sus dinámicas históricas, sus expresiones culturales y materiales, lo cual da lugar a la identidad, a la etnicidad, a las singularidades internas y las diferencias externas que la consolidan como localidad en un territorio. Por esto, afirmamos que la comprensión del otro, de la diferencia, es una de las pocas cosas que eleva la vida humana y le confiere dignidad⁷; sin embargo, ello ha sido obviado en la metodología con la que se despliega el Servicio Comunitario, dado la prevalencia de criterios descriptivos y delimitadores de situaciones consideradas problemáticas, en las cuales se concretan los esfuerzos de los estudiantes, sin percibir la complejidad de todo lo que en una barriada vive, se mueve, existe, es decir del cotidiano comunal.

Por todo esto, el Servicio Comunitario debería sustentarse en la concepción de la investigación acción participativa (IAP) o quizás dentro de las metodologías propuestas por la Arqueología Social. En el primer caso la IAP le aportaría una orientación fundamentada en la noción de totalidad que es cada comunidad; en la que se precisa estudiar los procesos y dinámicas específicas que allí ocurren, las cuales requerimos

conocer; partir del encuentro con los hombres y mujeres, grupos, organizaciones, movimientos sociales, es decir, con los seres sociales particulares que tienen presencia en esos contextos, en los cuales realizan prácticas, acciones, relaciones, interrelaciones en el envoltorio geográfico que les sirve de ámbito territorial y en la periodización del ámbito temporal o histórico que vigilan la riqueza de los procesos vividos.

Por otra parte, la Arqueología Social es la vertiente que nos permite comprender las modificaciones y procesos esenciales, culturales e históricos que han tenido lugar en las comunidades en su devenir. Desde esta perspectiva, el análisis de las tendencias nos ayudarían a reconstruir los detalles de los procesos y reconocer las proyecciones y acumulaciones que han dejado huellas en sus transformaciones.⁸ Este tipo de análisis se combina en forma armónica con la intencionalidad de los enfoques de Ecosalud, ya que coadyuvan a preservar, prevenir los equilibrios necesarios para la conservación de los recursos planetarios.

Esta perspectiva en forma figurativa es un arqueo vivo y exhaustivo de la vida comunal, con la voz, el sentir, las explicaciones y la comprensión de sus propios actores, bajo el carácter de protagonistas naturales, no se trata entonces de una búsqueda de nuevos actores sino de la puesta en escena de aquellos que Ferraroti⁹ denomina "los de abajo".

3.- Repensando el Servicio Comunitario: Al encuentro de infinitas potencialidades y posibilidades.

Un tercer aspecto a tratar, aunque ya hemos señalado algunas ideas, es la necesidad de revisar con sentido crítico-constructivo el articulado de la Ley del Servicio Comunitario del Estudiante de Educación Superior, no con la obsesión de responsabilizar sus contradicciones y vacíos, sino con la intención de plantear mejoras, ya que la práctica del mismo puede estar afectada en estos momentos por la rutina, el reduccionismo, o llevado a cabo sin justificaciones conceptuales y metodológicas adecuadas sin que ello permita obtener las bondades que como estrategia educativa debe propiciar tal servicio.

El marco legal, no propone estrategias de evaluación de los resultados de tal servicio, por lo que es oportuno incluir el análisis de estos en términos de impactos culturales, las estructuras, procesos, que se han conformado como resultado o producto de la intervención comunal, a partir de las diversas

estrategias puestas en práctica, qué es lo que ha permanecido en el tiempo, una vez que finaliza la asistencia de los estudiantes. No sería difícil plantear el análisis de las acciones, comportamientos diferentes o contruidos por nuevas lógicas que han tenido lugar en los contextos comunitarios, la afectación de los modos de vida existentes, la transferencia de saberes y sus implicaciones. Esto conduciría a un enfoque del Servicio Comunitario que obligue a abandonar lo que Díaz-Polanco¹⁰ denomina "prácticas emocionales y desorganizadas" de las intervenciones comunales en sus primeras fases.

También puede proponerse que se haga explícita la sistematización de las experiencias en formatos parecidos a memorias en las cuales se expongan las metódicas empleadas y sus resultados.

En términos de técnica legislativa, debería incluirse propuestas de listados de chequeo, lo cual serviría para conocer grosso modo los costos e introducir algunos mecanismos para que estos costos se registren como inversión en desarrollo local. En fin, después de más de una década de aplicación de esta Ley, cabe una revisión del universo infinito de posibilidades que en términos de integración, cooperación, organización institucional, alianzas que subyacen a esta estrategia académica. Quizás ha sido subestimada o subvalorada y estamos frente a una amplia ventana de oportunidades.

En resumen: Pensar el Servicio Comunitario en perspectivas de Ecosalud.

- Estamos convencidos de las bondades del Servicio Comunitario como estrategia de ayuda efectiva para los estudiantes y las comunidades, para la Universidad y la Sociedad, para su buen funcionamiento se necesita ser exigente, pero también flexibles y prudentes, para crear los compromisos así como las relaciones de confianza entre Universidad/comunidad/sociedad, por ello nos atrevemos a proponer como requerimientos:
- Repensar la estructura interna de la Universidad, en busca de determinar cuáles de ellas pueden ser canales, puentes de integración, que dejen atrás los compartimientos estancos o islas que constituyen las Facultades y su orden administrativo, académico, lo cual permitiría abordar en forma conjunta la acción comunitaria.
- Ampliar los estudios por especializaciones a niveles de interdisciplinas o estudios "de fronteras", que se caracterizan su quehacer abierto al contacto o

diálogo de saberes. Ello ampliaría el significado de la autonomía universitaria, al alcanzar un lugar de vanguardia en la producción de nuevos conocimientos interdisciplinarios.

- Evaluar y/o reinventar el Servicio Comunitario en busca de mayor sensibilización y empatía en el estudiante, sustituyendo el carácter de obligatoriedad por el de un componente para la formación de una nueva ciudadanía universitaria.

- Llevar a cabo estrategias de sensibilización hacia la otredad, la diversidad y la diferencia, lo cual contribuiría a ampliar los horizontes de sentido y, poner en práctica formas de inclusión que no sofoquen la libertad necesaria para el pensamiento creativo que subyace a los enfoques de Ecosalud, en su carácter interdisciplinario de defensa de todo lo existente en el planeta tierra, contribuyendo incluso a lo que ferraroti⁷ denomina insurgencia de la identidad cuando hablan “los de abajo”.

- Poner en el pulso de la acción la vanguardia y reserva ética que constituye la Universidad, en los contactos y alianzas necesarias para la organización del Servicio Comunitario, para que cada experiencia sea un intercambio sustentado en el respeto, la transparencia, los ideales de la democracia y no se le considere un simple compromiso académico.

- Asumir como sustento de la acción comunitaria concepciones integrales, de pensamientos complejos, que apunten hacia el equilibrio en la tensión entre lo material y lo sensible y que ello de lugar a nuevas ideas.

Con todo lo señalado, en un transitar colectivo, pausado, sin los apresuramiento burocráticos con que usualmente se asumen los cambios, de seguro lograremos apoyar la investigación bajo paradigmas de Ecosalud, en especial conocer, prevenir, controlar las ETVs y cualesquiera otras patologías que agobien en las comunidades la vida de todos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Ecosalud al Día. Boletín N° 5. Caracas. Venezuela. 2013.
- 2) Ecosalud al Día. Boletín N° 7. Caracas, Venezuela. 2014.
- 3) Bermúdez L. Hacia la Universidad Postmoderna. Nuevo orden y Educación. Universidad de Carabobo. Colección Pensamiento Universitario. Ediciones del Rectorado. Valencia; Venezuela 1999.
- 4) República Bolivariana de Venezuela. Ley de Servicio Comunitario del Estudiante de Educación Superior. Gaceta Oficial N° 38.272 de fecha 14-09-2005. Caracas
- 5) República Bolivariana de Venezuela. Constitución Nacional. Gaceta Oficial N° 36.860 del 30 de Diciembre de 1999 y N° 5908 Extraordinario del 19 de Febrero 2009. Caracas.
- 6) Universidad de Carabobo. Reglamento del Servicio Comunitario del Estudiante de la Universidad de Carabobo. Valencia; Venezuela 2008.
- 7) Ferraroti, F. La Historia y el cotidiano. Editorial Península. Barcelona. 1996.
- 8) Borón, A. Cambio Recientes en la Estructura Social. Editorial Nueva Sociedad. Caracas. Venezuela. 2008
- 9) Ferraroti, F. Historia e Historia de la Vida. Revista Mexicana de Antropología. México. 1983.
- 10) Díaz-Polanco, H. Elogio de la diversidad. Monte Ávila Editores. 3ª edición. México. 2013.

ECOSALUD: UN ENFOQUE MULTI SAPIENCIAL QUE TRANSCIENDE FRONTERAS.

ECOHEALTH: A MULTI WISDOM APPROACH THAT TRANSCENDS BORDERS.

Kerman Rosales^{1,2}

ABSTRACT

The present paper outlines an approach to the Ecohealth approach, providing a theoretical substrate on approach and the support of institutions referenced in the article. Building on initiatives that serve as precedents in Venezuela, then variety of projects as a sign of global context, where Ecohealth has transcended borders are presented. These projects have dissimilar realities have in common systemic health-environmental complex approaches that integrate natural and social sciences, through interventions of transdisciplinary, multi Wisdom groups. The Ecohealth projects presented, applied to localized problems in Latin America: Venezuela (Malaria), Brazil (Mercury), Colombia (ETV), Mexico (Malaria). In Asia: Continental Initiative (Aviar Influenza). On the territory of Sub-Saharan Africa: Malawi (poor soils). Closing this tour, with the area of the Middle East and North Africa: Morocco (Impact of small dams in Health). The holistic and integrative feature Ecohealth, seen in the light of these successful initiatives, evidence strengthening relationships and execution of actions that transcend without discrimination, the boundaries of the geographic, cultural and political, to assume positions of co-responsibility in addressing health problems that affect the world, and that drive achieving optimized, sustainable responses over time.

KEY WORDS: Ecohealth, ecosystem approach, naturo-social.

RESUMEN

El presente escrito esboza una aproximación al Enfoque Ecosalud, aportando un substrato teórico sobre este enfoque, así como el apoyo de instituciones referenciadas en el artículo, partiendo de iniciativas que sirven de antecedentes en Venezuela; luego se presentan variedad de proyectos como una muestra del contexto mundial, donde Ecosalud ha transcendido fronteras. Estos proyectos presentan realidades disímiles, que tienen en común abordajes sistémicos complejos salud-ambientales que integran ciencias naturales y sociales, mediante intervenciones de grupos transdisciplinarios, multi sapienciales. Los proyectos ecosaludables presentados, se aplican a problemáticas localizadas en América Latina: Venezuela (Malaria), Brasil (Mercurio), Colombia (ETV), México (Malaria). En Asia: Iniciativa Continental (Influenza Aviaria). En el territorio del África Sub-Sahariana: Malawi (Suelos pobres), cerrando este recorrido, con la zona del Medio Oriente y Norte de África: Marruecos (Impacto de represas pequeñas en la Salud). La característica holística e integradora de Ecosalud, vista a la luz de estas iniciativas exitosas, evidencia el fortalecimiento de relaciones y ejecución de acciones que trascienden sin distinción, las fronteras de lo geográfico, lo cultural y lo político, para asumir posiciones de co-responsabilidad en el abordaje de problemas de salud que atañen al mundo, y que impulsan el logro de respuestas optimizadas, sostenibles en el tiempo.

PALABRAS CLAVE: Ecosalud, Enfoque ecosistémico, encuentro naturo-social.

INTRODUCCIÓN

El Enfoque Ecosistémico para la salud humana o Ecosalud, constituye una iniciativa que trasciende fronteras. En primer término trasciende las fronteras que han delimitado o separado lo biológico de lo social, integrando las aportaciones de lo natural y lo societal

en las investigaciones. Ecosalud aporta en esencia un mecanismo conciliador, transigente. Se expresa en términos de introducir una aproximación con base científico-metodológica, orientada a tomar "lo mejor de ambos mundos". Constituye por ende, un acercamiento holístico, enriquecedor para marcar una senda intencionada en investigaciones, proyectos e intervenciones para el campo de la salud.

Recibido: Octubre, 2014 Aprobado: Diciembre, 2014

¹Departamento de Salud Pública. Facultad de Ciencias de la Salud-Sede Aragua. Universidad de Carabobo. ²Dirección General de Salud Ambiental, Ministerio del Poder Popular para la Salud.

Correspondencia: kerman3@yahoo.es

Ecosalud puede entonces definirse, como un esfuerzo para un encuentro naturo-social, con miras a dar una explicación a problemas principalmente del campo de la salud, afectados por elementos ambientales, que surgen del entorno circundante a la problemática

sujeta a estudio. En el enfoque Ecosalud, la dinámica de las investigaciones, sigue una ruta que pasa por un ejercicio de complejización, ya que toma en cuenta la interacción de los diversos elementos o factores determinantes que conciben realidades mediatas e inmediatas a procesos de salud-enfermedad y salud-ambientales, con miras a obtener respuestas que tiendan a ser inclusivas, integradoras.

Este efecto inclusivo e integrador, se logra mediante el concurso de actores formados en diferentes ramas del saber, que trabajan el problema e intervenciones acometiendo esfuerzos mancomunados en conjunción con actores clave comunitarios, trazando una línea de acción transdisciplinaria. Se da entonces así un encuentro de saberes, impregnado de la aportación colectiva, lo que se sintetiza en la riqueza de un abordaje plural, multi sapiencial.

Así mismo, Ecosalud brinda un sólido referente teórico-práctico para el desempeño de los actores de un proyecto o intervención, facilitando la asunción de un abordaje donde fluyan criterios consensuados, que empujen en un mismo sentido. Una regla fundamental, es el trato como "pares", sin protagonismos exacerbados. Es esencial formar equipos para funcionar; que se asuman como colegas en la investigación, compartiendo la misma visión, sin rangos superlativos que generen roces, sino como piezas de una maquinaria táctica, operativa; que funciona coordinadamente, donde todos en un ambiente cercano vivencial, en equilibrio con la rigurosidad científica que les convoca, encuentren respuestas, soluciones o aproximaciones válidas al desafío planteado en la investigación o proyecto, teniendo en cuenta la equidad social y de género.

Al respecto de esta realidad, ya hace veinte siglos, un hombre de nacionalidad Romana llamado Saulo de Tarso, conocido como Pablo, tuvo que enfrentar la incipiente dispersión de los discípulos de la comunidad de fe del cristianismo primitivo, y mediante el escrito bíblico denominado Primera epístola a los Corintios,¹ en su capítulo 1, verso 10, les llamó la atención sobre la necesidad de trabajar en equipo, con una visión de conjunto y sin divisiones, con las siguientes palabras:

Hermanos, les ruego por el nombre de nuestro Señor Jesucristo, que se pongan de acuerdo y que no haya divisiones entre ustedes, sino que estén perfectamente unidos en un mismo sentir y en un mismo parecer.

Dominique Charron² expresa al respecto de Ecosalud, que este enfoque:

(...) conecta formalmente las ideas de los determinantes ambientales y sociales de la salud con los de los ecosistemas y los sistemas de pensamiento en un marco de acción-investigación aplicada sobre todo en un contexto de desarrollo social y económico.

Las próximas líneas están dedicadas a dar a conocer, entre otros aspectos, al enfoque Ecosalud siendo usado como una caja de herramientas metodológica, para intentar respuestas a problemáticas de la más diversa índole, tocando realidades subsumidas en su fuerte, la salud pública, generando soluciones novedosas ante factores de riesgo sanitario ambientales, reflejando así la dinámica flexible, inclusiva e integradora del enfoque que trasciende fronteras disciplinares y geográficas, en entornos urbanos y rurales, y que ha venido presentando resultados exitosos a través de varios continentes.

Uno de los efectos significativos de repasar las experiencias ecosaludables, es que aportan las lecciones aprendidas y sirven como bases para el escalamiento, esto es desarrollar proyectos para su aplicación en contextos geográficos y demográficos de mayor envergadura, partiendo de una experiencia exitosa implementada previamente a menor escala.

Ecosalud en su esencia integradora

Al respecto de la característica integradora de Ecosalud, la publicación "Claves para la transformación de los sistemas de salud en América Latina. Bolivia, Guatemala y Perú: tres experiencias, una sola acción integral e incluyente en Atención Primaria de Salud"³ elaborada con la asistencia de la Unión Europea, en su Sexta clave: el enfoque ecosistémico del medio ambiente en el primer nivel de atención, expresa:

(...) los principios de la APS renovada en su parte de determinantes de salud, (...) relaciona la perspectiva ambiental con la salud integral e incluyente. Se plantea entender el medio ambiente a partir de una visión holística y ecosistémica, que contribuya a tomar conciencia que los principales problemas medioambientales que afectan a la salud de las personas son consecuencia de acciones humanas.

Por ello desde el sistema de salud se debe trabajar para corregir las alteraciones perjudiciales sufridas a consecuencia de procesos socio-económicos de producción insostenible y consumo desmedido. Finalmente se proponen acciones concretas a nivel operativo y de gestión en el primer nivel para llevar a cabo dicha visión.

Ante esta realidad del deterioro del medio por la acción antrópica, ya a mediados del siglo pasado, el insigne fundador de la Dirección Especial de Malariología en Venezuela, Dr. Arnoldo Gabaldon, con una visión

futurista de sanitarista integral, observó que acciones de saneamiento del medio, podrían dar frutos más duraderos, mediante la construcción de entornos saludables. Es así como en el año 1958 impulsa la fundación desde el mismo Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, del Programa Nacional de Vivienda Rural, que logra construir más de 300.000 casas higiénicas, donde se integra su noción de que "el ambiente que nos rodea debe contribuir poderosamente a producirnos alegría de vivir".

La vivienda rural modificó el hábitat del triatomino, que se había instalado en los techos de palma y en las paredes rugosas, irregulares y agrietadas de las antiguas casas de bahareque. En contraste, las nuevas casas del Programa Nacional de Vivienda Rural, permitieron la reducción de los vectores peri e intra domiciliarios, y con ello la disminución de la incidencia de la enfermedad de Chagas.

El diseño sistémico incluía los acueductos rurales con un criterio salubrista, para contar con suministro continuo de agua. Esto redujo los criaderos asociados al uso de recipientes en casas, disminuyendo la población de vectores y la morbilidad por ETV como dengue y malaria. Esto también redujo el uso de plaguicidas. El sistema de vivienda rural, asimismo contribuyó a reducir las parasitosis intestinales, al tener una red de cloacas rurales y empotramientos básicos, que garantizaban la correcta disposición de excretas y aguas servidas. Además de todos los beneficios anteriores, estaba el valor agregado de unificar a la familia bajo un techo propio, conjugando positivos resultados socio sanitarios y socio emocionales.

El Dr. Gabaldon en su obra "Una Política Sanitaria",⁴ expresa sus ideas e interés por una vivienda sana, para:

evitar enfermedades cultivadas en una casa que no tiene agua potable, disposición de excretas, recolección de residuos sólidos, espacios suficientes para distribuir la familia y un ambiente exterior agradable para la paz y armonía del espíritu.

Una vez más, se trascienden fronteras, el Dr. Gabaldon va desde el territorio de la medicina y la entomología médica como experto malariólogo, al territorio de la ingeniería, con la finalidad de reducir factores de riesgo mediante una intervención ecosistémica para la salud al introducir como parte de las acciones sanitario ambientales las viviendas rurales dotadas de acueductos y cloacas rurales. Allí recibe el apoyo de otro referente de la salud pública venezolana,

venido de la Escuela de Ingeniería, el Dr. Arturo Luis Berti, quien dirigiría desde 1950 hasta 1964 la Escuela de Malariología y Saneamiento Ambiental, precursora del hoy Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon".⁵

Otro acercamiento a lo ecosistémico en el tema de la vivienda como un entorno saludable, sucede en el año 2007, cuando la Dirección General de Salud Ambiental, dependencia del Ministerio de Salud de Venezuela, partiendo de una iniciativa apuntalada por la Organización Panamericana de la Salud, publica la cartilla familiar "Hacia una vivienda saludable", idea que ya había sido puesta en práctica con significativo éxito en Colombia, mediante el apoyo en la capacitación del Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).

Esta cartilla familiar "Hacia una vivienda saludable", contemplaba seis aspectos puntuales a ser facilitados en el contexto comunitario de Venezuela, asumidos como una estrategia de la Coordinación Nacional de Promoción para la Salud: a) La vivienda como entorno vital, b) Sorbos de vida-agua para consumo de la vivienda, c) Las excretas y las aguas sucias andan por ahí, d) Los residuos sólidos en la vivienda, e) Échale el ojo a las plagas, y f) Alimentos y viviendas con higiene y salud. Todos estos temas de salud ambiental del ecosistema hogar, serían evaluados de acuerdo a las líneas de capacitación que orientaba la cartilla familiar "Hacia una vivienda saludable".⁶

Otra aportación a esta visión integradora ecosaludable, también la observamos en la actitud del Dr. Gilberto Rodríguez Ochoa, quien fue el primer Ministro de Salud de la gestión del Presidente de la República Bolivariana de Venezuela Hugo Chávez. Al respecto, la Dra. Daisy Camacaro,⁷ en su obra biográfica "Gilberto Rodríguez Ochoa: la construcción como filosofía de vida", expresa:

Desde su llegada al centro asistencial de San Francisco, se dispuso a humanizar el espacio. Tras dos años de labor en este pueblo realizó un trabajo comunitario importante y cada una de sus acciones sirvieron de bálsamo para la gente. La comunidad percibió de otro modo las aristas de su realidad social. Entre todos/as construyeron un nuevo y esperanzador horizonte. Su hermano Arnoldo recuerda que cuando fue a visitarlo en el primer fin de semana, acompañado de Candelaria, Gilberto les pidió a todos que lo ayudaran a limpiar y a sembrar unos árboles en el patio del ambulatorio.

Asimismo, en 1992 Rodríguez Ochoa, atendiendo al contexto cultural del Estado Amazonas,

para poder darle atención de salud con cobertura asistencial a 29 comunidades indígenas, implementa la idea del "Ambulatorio Fluvial", en el cual según relata Camacaro:

(...) el equipo de salud se desplazaría en una embarcación dotada de medicinas, laboratorio y otros equipos para el tratamiento preventivo y curativo de enfermedades como el paludismo y otras afecciones endémicas de la región.

(...) También en el proyecto se incorporó a los ancianos para los sabios consejos con respecto a las propiedades curativas de las raíces, cortezas y frutos autóctonos de ese territorio. Fue una iniciativa de un equipo formado por Francisco Armada, médico rural de Maroa, Jesús Toro, médico adjunto a la Dirección y Rubén Montoya, sociólogo militante cultural de la región. Con esta propuesta se intentaba dar respuesta a las necesidades y adaptar la atención de salud a las características específicas de esas comunidades.⁷

En la narración que antecede, queda expresada en buena medida, la esencia del enfoque Ecosalud, en términos de lo holístico, integrador, flexible y la transdisciplinariedad que lo caracteriza. La propuesta de Rodríguez Ochoa, y su "Ambulatorio Fluvial", estaba apoyada por un equipo multi sapiencial, y consigue dar una respuesta Ecosaludable que se adaptaba al contexto ambiental de esa comunidad.

Así pues, las propuestas basadas en el enfoque ecosistémico para la salud, pueden permitir aproximaciones a soluciones novedosas, con diseños a medida, y que pueden con suficiente certidumbre, adaptarse, a las exigencias socio-antropológicas o geográficas imperantes.

Bien podría hacerse una analogía de Ecosalud en su esencia integradora, comparándola con una Sala de Situación, que es una instancia de integración multi sapiencial donde en un mismo espacio se conjugan actores de distintas disciplinas, en un ejercicio de encuentro de saberes, para aportar soluciones ante una problemática o realidad situacional que requiere un análisis complejo.

El enfoque ecosistémico para la salud humana como referente mundial.

El enfoque ecosistémico para la salud humana, ha estado presente en varios países, sirviendo como substrato sistemático-formal y científico-metodológico válido a nivel internacional.

Sus líneas y componentes, conjugan un todo que permite armonizar, dirigir, orientar, darle sostenibilidad y estabilidad tanto a proyectos como a

intervenciones en contextos que requieren lo múltiple, lo plural, lo complejo. Complejizar no significa redundar o complicar, implica asumir la natural realidad de que nuestro mundo circundante, es por naturaleza, complejo.

No en vano, Edward de Bono⁸ expresa en su obra "Simplicidad", que *"la simplicidad no es sencilla"* y añade: *"En general, estamos demasiado dispuestos a aceptar la primera solución como válida"*. Asimismo De Bono hace la siguiente aportación, que favorece la necesidad de complejizar *"El exceso de simplificación significa llevar la simplificación hasta el punto que se ignoran otros valores"*.

Ecosalud también toma del acervo científico-metodológico mundial, elementos sustentadores sapienciales, cognitivos, expresión de lo holístico que le define como enfoque para la salud, dando cabida y amplitud a expresiones sustanciales que pueden partir de los determinantes de la salud (Canadá) o de las novedosas líneas de la Innovación Inclusiva (India), que orientan acciones que propenden a la calidad de vida y la inclusión para los más vulnerables, mediante avances que permiten escenarios renovados que privilegian la satisfacción de necesidades.⁹

Por esta razón, los proyectos e intervenciones que más adelante se presentan, tienen en común haber logrado impactos relevantes con éxitos de diversa gradualidad para las comunidades y que, en cuanto a sus alcances, han podido sortear complejos desafíos en distintos contextos o escenarios: culturales, educativos, de accesibilidad a recursos, en políticas de estado y estilos de vida, entre otros.

Ejemplos de la aplicación de Ecosalud en Venezuela y el mundo

Venezuela: Aparte de los esfuerzos o aproximaciones al enfoque Ecosalud antes descritos, han sido desarrollados en nuestro país varios trabajos de investigación basados en Ecosalud. Un referente de estas iniciativas en la línea de investigación de salud ecosistémica es el trabajo denominado: "Investigación y práctica de Ecosalud para la prevención y control de la Malaria en la región Guayana, Venezuela", presentado por la Mariapia Bevilacqua y colaboradores.¹⁰

Este trabajo está orientado por teorías que relacionan cambios ecológicos y enfermedades infecciosas (enfoque Ecosalud). El proyecto comparó la relación entre dinámica de cambio de cobertura vegetal, la ecología de anofelinos, la hidrodinámica fluvial y otros factores ambientales y socioeconómicos, con la

ocurrencia de la malaria en comunidades indígenas y criollas ribereñas. Un elemento novedoso es la interpretación y validación de imágenes satelitales para el estudio de las comunidades. Los resultados sugieren que valores de IPA elevados se asocian con comunidades que tienen una cobertura alta de vegetación secundaria en sucesión temprana.

Al trascender nuestras fronteras geográficas; se ha considerado pertinente, como una aportación de primera mano para apoyar el desarrollo del epígrafe que antecede, la lectura del documento "La investigación de Ecosalud en la práctica. Aplicaciones innovadoras de un enfoque ecosistémico para la salud", recopilación que sobre experiencias exitosas de Ecosalud en el mundo, ha hecho Dominique Charron, representante del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC) de Canadá, uno de los principales auspiciadores de Ecosalud en varios países.²

En esta recopilación, se delimitan los principios del enfoque Ecosalud de aplicación concurrente en proyectos a nivel mundial. Estos son: 1) pensamiento sistémico, 2) investigación transdisciplinaria, 3) participación, 4) sustentabilidad, 5) equidad social y de género, y 6) del conocimiento a la acción.

También la referida publicación presenta una descripción de las cuatro Comunidades de Práctica en Enfoques Ecosistémicos para la Salud (COPEH en inglés). Éstas son: 1) Canadá, 2) América Latina y el Caribe, 3) Oriente Medio y Norte de África y 4) África Occidental y Central, así como una serie de actividades en red adicionales, a las cuales el IDRC de Canadá ha llegado a brindar apoyo.

Igualmente, existe otra instancia que favorece la reflexión del enfoque ecosistémico en salud, con énfasis en las enfermedades transmitidas por vectores (ETVs). Se trata de la Iniciativa Latinoamericana de Liderazgo de Ecosalud en ETV, actualmente conformada por cuatro Nodos: Nodo Centroamérica, Nodo Colombia, y Nodo Venezuela, y Nodo Yucatan.

Para la selección de los proyectos que se presentan a continuación, se ha respetado la escogencia que el IDRC de Canadá ha incluido en el material de difusión de la Institución. Este material contiene resúmenes de proyectos de América Latina, Asia, África Sub Sahariana y del Medio Oriente y Norte de África.¹¹

El Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC) se autodefine como una de las instituciones líderes mundiales en la generación y aplicación de nuevos conocimientos para enfrentar los

desafíos del desarrollo internacional. Desde hace más de 35 años, el IDRC colabora estrechamente con investigadores de países en vías de desarrollo en su búsqueda de los medios para la construcción de sociedades más sanas, equitativas y prósperas.¹¹

A continuación, los proyectos de Ecosalud seleccionados:

América Latina: Contaminación por Mercurio en el Amazonas.

Los pobladores de las riberas del río Tapajós en Brasil sufrían de problemas visuales y de coordinación física, signos típicos de exposición al mercurio. Al principio se asumió que la fuente de contaminación era una mina de oro en las cercanías, pero usando un enfoque ecosistémico, investigadores brasileños y canadienses descubrieron que el mercurio naturalmente presente en el lugar estaba siendo liberado al sistema fluvial y de ahí a la cadena alimentaria a causa de las prácticas agrícolas de tala y quema. Gracias al enfoque transdisciplinario del proyecto, se advirtieron conexiones que no eran evidentes usando un enfoque tradicional unidisciplinario. Ahora las comunidades aledañas a la cuenca del Tapajós trabajan con el equipo de investigación en soluciones a corto y largo plazo para mejorar la salud de los pobladores y la calidad de su ecosistema.

Asia: Pandemias Emergentes.

La emergencia de las amenazas mundiales de la influenza aviaria H5N1, el dengue, VIH/SIDA y el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) muestra la urgencia de la cooperación regional, nacional y mundial para prevenir y controlar enfermedades transmisibles. Para disminuir su propagación es fundamental entender cabalmente los factores sociales, biológicos, ecológicos y económicos que inciden en la emergencia de pandemias, y es esencial desarrollar respuestas multisectoriales que sean social y técnicamente apropiadas. El programa de Ecosalud facilitó la creación de la Asia Research Partnership on Avian Influenza, cuya primera iniciativa de investigación será evaluar la eficacia de los programas y políticas de inoculación de las aves en la región. Su trabajo futuro examinará las relaciones de transmisión de infecciones entre humanos y aves, así como otros factores determinantes.

África del Sub-Sahara: Suelos, Alimentos y Salud de la Comunidad.

En la región de Ekwendeni en Malawi, suelos pobres en nutrientes, patrones pluviales inestables y una base insuficiente de recursos desafían la capacidad de la mayoría de los hogares rurales para mantener su seguridad alimentaria. El proyecto Suelos, Alimento y Comunidades Saludables explora la manera en que la rotación de cultivos puede mejorar la fertilidad del suelo, la productividad de los cultivos y la salud de las comunidades locales. Actualmente, equipos de investigación de agricultores están aplicando un enfoque ecosistémico para estudiar la conexión entre los cambios en la producción de alimentos y el estado nutricional y de salud de los niños. El equipo desarrolló indicadores locales para evaluar el éxito del proyecto, que se ha ampliado desde su sitio piloto inicial de siete aldeas y 200 agricultores a más de 80 aldeas y 4000 agricultores.

Medio Oriente y Norte de África: Evaluación del Impacto de Represas pequeñas en la Salud.

En Souss Massa, Marruecos, investigadores del Instituto Nacional de Investigaciones Agrícolas y el Instituto Internacional de Manejo de Aguas trabajan con la comunidad para evaluar el impacto de las represas pequeñas sobre la salud y el medio ambiente. Estas represas se construyen como una alternativa frente a esquemas de riego en gran escala para aumentar la producción de alimentos y mejorar los medios de subsistencia de los habitantes de áreas rurales. La evaluación participativa de las comunidades afectadas ha sido una herramienta importante para estudiar si las represas también podrían aumentar el riesgo de enfermedades transmitidas por el agua.¹¹

Reflexiones finales: apuntando hacia un futuro Ecosaludable.

Los casos que fueron presentados, sintetizan la variedad de proyectos e intervenciones que han podido ser abordadas mediante la aplicación del Enfoque Ecosistémico para la salud humana o Ecosalud. Éste se pudo aplicar en realidades tan disímiles, pero que tienen en común que abordan sistemas complejos salud-ambiente en los que tuvieron implicancia elementos concomitantes de las ciencias naturales y de las ciencias sociales. Asimismo, las intervenciones fueron asumidas por grupos transdisciplinarios. Estas experiencias son una muestra del contexto mundial, donde Ecosalud ha trascendido fronteras.

En América Latina: Las comunidades de la región Guayana de Venezuela y el problema de la malaria

vinculada a la capa vegetal, en Brasil los pobladores cercanos a ríos y el problema de la contaminación alimentaria por mercurio.

Existen asimismo, otros ejemplos destacables: en Colombia la iniciativa comunitaria de fabricación de mosquiteros impregnados de adulticidas para el control de ETV, con la cooperación técnica de instituciones como la Fundación Santa Fe de Bogotá, trasciende así Ecosalud espacios rurales, brindando soluciones de salud ecosistémicas en entornos urbanos.

México por su parte, muestra entre otros logros de Ecosalud, la disminución significativa de la malaria en Oaxaca, de 15.000 casos en 1998 a sólo 400 casos hacia el 2003, sin el uso de DDT, involucrando la participación transdisciplinaria, previo estudio socio-ambiental de condiciones de vida y la aplicación de medidas preventivas conjugando la aportación de la academia a través del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), la comunidad y el nivel de gobernanza local en salud, como lo describe la publicación "Salud, Un Enfoque Ecosistémico", de Jean Lebel, auspiciada por el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC) de Canadá.¹²

En Asia: La creación de la Asia Research Partnership on Avian Influenza como una respuesta de cooperación continental ante el problema de las Pandemias Emergentes, haciendo énfasis en las relaciones de transmisión de infecciones entre humanos y aves.

En el territorio del África Sub-Sahariana: El proyecto de Suelos, Alimento y Comunidades Saludables en Ekwendeni, Malawi y el problema de suelos pobres en nutrientes, patrones pluviales inestables y una base insuficiente de recursos para los hogares, lo que implicó la búsqueda de mejorar la fertilidad del suelo, la productividad de los cultivos y la salud de las comunidades locales. En esta iniciativa exitosa operó un proceso de escalamiento, comenzando con un plan piloto inicial de siete aldeas y 200 agricultores a más de 80 aldeas y 4000 agricultores.

Cerrando este recorrido, con la zona del Medio Oriente y Norte de África: Allí se llevó a cabo entre otros, el proyecto de Evaluación del impacto de represas pequeñas en la Salud, en Souss Massa, Marruecos, con el concurso de actores institucionales nacionales, internacionales y comunitarios: Instituto Nacional de Investigaciones Agrícolas y el Instituto Internacional de Manejo de Aguas, antes que sin ser adscritos directamente al sector de la salud humana, pudieron aportar su experticia técnica para dar respuestas a un problema de salud.

El Dr. Mario-Henry Rodríguez, en su rol de Director General del Instituto Nacional de Salud Pública de México, culmina el prólogo de la versión en español de la publicación del IDRC "La investigación de Ecosalud en la práctica. Aplicaciones innovadoras de un enfoque ecosistémico para la salud",² expresando que la Ecosalud es:

"(...) un campo pujante y en evolución, guiado por una clara misión, conducido por una comunidad de práctica científica en constante crecimiento".

Así pues, Ecosalud está en pleno desarrollo. Por su vigencia y pertinencia para el abordaje complejo, transdisciplinario, integrador, holístico y escalable como enfoque ecosistémico para la salud, se infiere que hay mucho por recorrer, en proyectos, aprendizajes, abordajes y soluciones exitosas que estamos aún por ver en un futuro próximo, usando las herramientas científico-metodológicas que hoy tenemos a disposición.

Se requiere asimismo, la aportación del esfuerzo humano, sensible a las necesidades de su entorno, con la disposición de romper esquemas reduccionistas, desafiando situaciones-problema donde lo multi sapiencial permita seguir trascendiendo las fronteras de lo unidisciplinario y lo geográfico; brindando espacios de encuentro entre lo societal y lo natural, en escenarios tan variados como las circunstancias de las investigaciones, proyectos e intervenciones lo demanden.

Debe considerarse que el enfoque complejo, substrato de lo ecosistémico en salud, así como aquellas iniciativas y esfuerzos que involucran conjugación de saberes -lo multi sapiencial- que se contextualiza con el pilar transdisciplinario de Ecosalud, puede porqué no, incorporar, rescatando la expresión *ut supra* "lo mejor de ambos mundos" no sólo lo proveniente de la hibridación naturo-social, sino de lo trans dialéctico, trans político y trans ideológico, sin dogmas, sumando voluntades, horizontalizando el aporte de los saberes, esto es, posiciones que antes encontradas, puedan lograr incorporar lo mejor de cada corriente del pensamiento, a la praxis de la Ecosalud.

Podríamos rescatar tres ejemplos palpables de integración en el quehacer sanitario, que trascienden fronteras. El primero se ubica hacia el año 2005, en la OMS, sita en Ginebra, cuando en el marco de la 58ª Asamblea Mundial de la Salud (WHA), convocada para la aprobación del nuevo Reglamento Sanitario Internacional RSI (2005), la persona quien dirigía la

Reunión Aprobatoria de ese día, era el Dr. Bijan Sadrizadeh, Ministro de Salud, delegado de la República Islámica de Irán. Tanto esta nación como el resto de las delegaciones de los 192 países presentes en esa reunión, estuvieron de acuerdo en aprobar en un ejercicio de avasallante unanimidad el texto del RSI (2005); así como de su aplicación en sus respectivos países.¹³

Podemos entonces de esta manera, tender puentes dialógicos, probar acercamientos, fortalecer relaciones, integrar pensamientos, y ejecutar acciones que trasciendan las fronteras de lo ideológico, lo cultural y lo político, para asumir posiciones de co-responsabilidad compartida para la asunción de problemas de salud, que atañen al mundo, a la humanidad, sin distinciones, en aras de lograr resultados o respuestas optimizadas, perfectibles, sostenibles en el tiempo.

Otra ejemplo del abordaje conjunto de una situación compleja, es el Ébola en África occidental, y la integración, donde se ha dejado de lado -en un nivel apreciable- por lo público y mediático, las diferencias, uniéndose a trabajar en un mismo suelo, delegaciones de personal de salud colaborantes, de diversos países, con tendencias político e ideológicas distintas, mostrando un plausible compromiso bioético, lo que ha logrado mitigar la emergencia epidemiológica.

Es posible que iniciativas de acción conjunta, como las antes descritas, puedan incorporar a Ecosalud, aportes inclusive de enfoques como el Ecosocial en salud, permitiendo alcanzar un futuro mejor, minimizando incertidumbres, y añadiendo como valor agregado, mayores esperanzas de vida saludable. Todo lo anterior basado sobre la premisa de que siempre será mejor, buscar espacios de encuentro, de diálogo, escenarios de concertación para el avance mundial.

Culminando estos ejemplos, están iniciativas como las de la ONG Cristiana H2Hoy, que suministra gratuitamente filtros de agua y da entrenamiento a grupos indígenas del occidente (Guayúu) y del Sur (Amazonas Venezolano), con el fin de reducir incidencia de las ETA. Sólo entre los años 2013 y 2014, han entregado centenares de filtros a familias de alta vulnerabilidad en comunidades de difícil acceso.

Por tanto, las nuevas generaciones de investigadores y tomadores de decisiones en el área de la salud, hermanados como pares con las comunidades, están llamados a involucrarse cada vez más en iniciativas sostenibles de Ecosalud, que eviten la

degradación del ambiente, con una conciencia que trascienda más allá de lo curativo y preventivo, que tienda a la creación de escenarios que permitan garantizar el máximo nivel de salud y bienestar , y la mayor suma

de felicidad posible, lo cual se traduzca en mejoras sustanciales en la calidad de vida de los destinatarios de los proyectos ecosaludables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Biblia Reina Valera Contemporánea (RVC). Sociedades Bíblicas Unidas. 2011. Disponible en URL: <https://www.biblegateway.com/passage/?search=1+Corintios+1%3A10&version=RVC>
- 2) Charron D., (Editora). La investigación de Ecosalud en la práctica. Aplicaciones innovadoras de un enfoque ecosistémico para la salud. Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC), Canadá, 2014. Disponible en URL: <http://www.idrc.ca/EN/Resources/Publications/openebooks/233-4/index.html#ch22>.
- 3) Claves para la transformación de los sistemas de salud en América Latina. Bolivia, Guatemala y Perú: tres experiencias, una sola acción integral e incluyente en Atención Primaria de Salud. Medicus Mundi, Navarra, España.
- 4) Gabaldon A. Una política Sanitaria. Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Caracas, 1995.
- 5) López Ramírez T. Historia de la Escuela de Malariología y Saneamiento Ambiental de Venezuela. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Caracas, 1987.
- 6) Ministerio del Poder Popular para la Salud. Dirección General de Salud Ambiental. Cartilla "Hacia una vivienda saludable". 2007.
- 7) Camacaro D. "Gilberto Rodríguez Ochoa: la construcción como filosofía de vida". Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon", Ministerio del Poder Popular para la Salud. Maracay, 2008.
- 8) Edward de Bono. Simplicidad. Editorial Paidós-Ibéricos. Barcelona, España, 2000.
- 9) Muñoz R. Innovación inclusiva: una solución para reducir la pobreza. Consultar. 27 de noviembre del 2014. Disponible en URL: <http://puntoedu.pucp.edu.pe/opinion/innovacion-inclusiva-una-solucion-para-reducir-la-pobreza/>.
- 10) Guevara M., Amarista M. (Compiladores). Memorias de las XVII Jornadas Científicas "Dr. Arnoldo Gabaldon" 2010. La salud y la seguridad de los trabajadores del sector salud", Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon". Ministerio del Poder Popular para la Salud. Maracay, Venezuela, 2011.
- 11) Enfoques Ecosistémicos en Salud Humana (Ecosalud). Tríptico de International Development Research Centre (IDRC), Canadá.
- 12) Lebel J. Salud, Un Enfoque Ecosistémico. Primera Edición Conjunta International Development Research Centre (IDRC), Canadá y Alfaomega Colombiana, S.A., 2005.
- 13) Rosales K. El Reglamento Sanitario Internacional: Antecedentes e Implementación en Venezuela, Revista Comunidad y Salud 2007; 5(1).

LA COMUNICACIÓN PARA LA SALUD Y EL DESAFÍO DEL ENFOQUE ECOSISTÉMICO

HEALTH COMMUNICATION AND THE CHALLENGE OF ECOSYSTEMIC APPROACH.

*Acianela Montes de Oca*¹; *Marlene Rizk*²

ABSTRACT

The health communication, a specific disciplinary practice that for decades has been used for the process of changing attitudes and behaviors in health intervention plans, faces the challenge of complexity. Different experiences and researches points to the need to change the perspective from which has been conceived and to modify their practice. EcoHealth approach provides some clues to be considered for a health communicator with inclusive, equitable, transdisciplinary and participatory attitude, responsible for creating a dialogic atmosphere in which they can contribute to build a healthy society.

KEY WORDS: Health Communication, Ecosystemic Approach, Ecohealth.

RESUMEN

La comunicación para la salud, una práctica disciplinar específica que desde hace décadas se utiliza para los procesos de cambio de actitudes y de conductas en los planes de intervención sanitaria, se enfrenta al reto de la complejidad. Diferentes experiencias e investigaciones apuntan a la necesidad de cambiar la perspectiva desde la que se ha concebido, así como de modificar su práctica profesional. El enfoque de la EcoSalud, con su mirada integradora proporciona algunas pistas que deben considerarse para lograr un comunicador para la salud con mirada integradora, equitativa, transdisciplinaria y participativa, competente para crear una atmósfera dialógica en la que se pueda construir una sociedad saludable.

PALABRAS CLAVE: Comunicación para la Salud, Enfoque Ecosistémico, Ecosalud.

INTRODUCCIÓN

Pocas disciplinas están tan estrechamente entrelazadas como la comunicación y la salud aunque es solamente en los últimos dos siglos cuando se ha puesto de relieve esa relación y más aún en las últimas décadas, con el desarrollo de la comunicación social como disciplina, y con su práctica especializada, la comunicación para la salud.

No obstante, tanto la comunicación como la salud se encuentran con los retos que implica la complejización de la sociedad y de los problemas de los grandes colectivos humanos. En las siguientes páginas pasaremos revista a estos desafíos y cómo podrían abordarse a partir del enfoque de la Ecosalud.

1. El enfoque de Ecosalud y la comunicación

La idea de salud, como todas las dinámicas y procesos culturales, ha ido transformándose en el decurso de los años. Una de las nociones que perduró durante mayor tiempo fue la concepción mecanicista, nacida en las sociedades europeas. Éstas, atravesadas por una idea de Modernidad basada en la razón y el conocimiento científico como vías para alcanzar la libertad y la expansión de los mercados, desarrollaron una visión de la persona humana y de su salud, que pasó por diferenciar mente y cuerpo, y mantuvo durante siglos la aspiración de estudiarlos aisladamente.

El positivismo y su visión de las ciencias naturales profundizó en esa concepción para hacerla más operacionalizable. Se le definió entonces como "ausencia de enfermedad", con lo que se dejaban fuera las subjetividades que acompañaban la dualidad mente-cuerpo y se la reducía al ámbito del cuerpo individual, al espacio anatómico, clínico.¹

Sin embargo, los retos del siglo XX obligaron a replantearse de nuevo el concepto de salud y a admitir

Recibido: Noviembre, 2014 Aprobado: Diciembre, 2014

¹Escuela de Comunicación Social. Universidad Católica Andrés Bello. ²Periodista, editora y colaboradora de publicaciones impresas en salud.

Correspondencia: amontes@ucab.edu.ve

que más que un estado biológico es una condición biopsico-social. En el marco de las discusiones Este-Oeste, en plena búsqueda de modelos más justos de desarrollo, en 1978, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), reunida en Alma Ata declaró que la salud es *"un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho fundamental y el logro del grado más alto de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo"*.²

A esta idea, (que integra lo psicológico, lo ecológico-colectivo, y lo fisiológico) le sumaba una importante formulación de principios: *"El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foro que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países subdesarrollados. La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido, y contribuye a mejorar la calidad de vida y a alcanzar la paz mundial"*.²

Dentro de este aumento de complejidad en la mirada sobre salud, el planteamiento de Ecosalud sumó una perspectiva integradora al considerar fundamentales las relaciones entre el ecosistema y los sistemas humanos. Como se recordará, en el enfoque ecosistémico se da importancia equivalente al manejo ambiental, a los factores económicos y a las aspiraciones de la comunidad, puesto que se basa en el concepto de que la salud de los ecosistemas es determinante en la salud humana. La fragmentación o segmentación de enfoques o perspectivas se ha demostrado insuficiente, por tanto, la actividad humana y el ambiente deben manejarse conjuntamente, pero también deben combinarse las más distintas disciplinas para estudiar conjuntamente la relación personas-medio ambiente.

Como consecuencia lógica de este postulado, el enfoque metodológico se basa en tres principios fundamentales: transdisciplinariedad, participación social y equidad social y de género, (entendiendo esta última como la integración y comprensión de los respectivos papeles de hombres y mujeres, así como de los diferentes grupos sociales). Simultáneamente, Ecosalud postula que los actores cruciales en estos procesos son los miembros de las comunidades, incluyendo a ciudadanos comunes, campesinos, pescadores, personas del área urbana y rural; investigadores y otros especialistas, y por supuesto, quienes toman las decisiones.³

Como vemos, la participación social es una de las bases de este enfoque y se le considera esencial por su capacidad para lograr consenso y cooperación entre los actores clave. Es también un aspecto desafiante porque implica poner en condiciones dialógicas intereses que podrían ser divergentes o hasta contrapuestos.

Una de las disciplinas fundamentales para lograr la puesta en relación entre los distintos actores y su participación en los procesos de construcción de salud, es la comunicación. Desde mediados del siglo XX naciones y organismos internacionales, lo habían comprobado así, y venían desarrollando iniciativas con diferentes niveles de éxito, al punto que fué necesario empezar a trabajar en esta área específica como ámbito de estudio.

En este sentido, Coe,⁴ Asesora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha caracterizado la comunicación para la salud como un proceso que permite construir comportamientos individuales y colectivos más sanos: *"es la modificación del comportamiento humano y de los factores ambientales relacionados con ese comportamiento, los cuales directa o indirectamente promueven la salud, previenen enfermedades o protegen a los individuos del daño, o como el proceso de presentación y evaluación de la información educacional persuasiva, incorporativa y atractiva, que conduce a conductas individuales y sociales saludables"*.

2. Perspectivas de la Comunicación para la Salud

Durante las primeras décadas, el enfoque de la Comunicación para la salud fue fundamentalmente difusionista y predominaba la noción clásica de "educación para la salud" (recordemos que la comunicación se concebía como el mecanismo a través del cual un emisor competente transmitía ideas, modelos y conocimientos útiles para facilitar el paso de una condición de atraso a otra de modernidad). Se aspiraba entonces a encontrar las fórmulas para llevar un mensaje que diera lugar a conductas capaces de eludir la enfermedad, de prevenirla, o posteriormente de promover la salud.

Sin embargo, la evolución a través de experiencias hizo ostensible que los modelos orientados a una simple transmisión de información no funcionaban cabalmente. Se asumía que la gente iba a seguir instrucciones, y cuando no lo hacían se pensaba que era culpa de la persona que *"recibía las instrucciones"* y no de quienes *"las daban"* o del método para impartirlas.⁵ Era clara la necesidad de cambiar de modelo.

Apoyados fundamentalmente en teorías de cambio del comportamiento, los investigadores en la comunicación para la salud buscaron diferentes formas de generar mensajes eficaces para modificar comportamientos identificados como factores de riesgo para desarrollar enfermedades y problemas de salud.

Dentro de las teorías más usadas, según reportan trabajos presentados por investigadores de USAID (Agencia Norteamericana para el Desarrollo Internacional), están el modelo de la creencia en salud, la teoría de la acción razonada y la teoría de aprendizaje cognitivo social, por su utilidad para la prevención del cáncer, en campañas de promoción de terapias, cesación del hábito de fumar, y en estrategias de prevención del SIDA.⁵

El modelo de la creencia en salud propone identificar las creencias o factores psicológicos determinantes en el público cuyo comportamiento se quiere cambiar. La teoría de la acción razonada, se enfoca en la relación existente entre creencias, actitudes, intenciones y comportamiento, y señala que para cambiar cualquier conducta es imprescindible cambiar el proceso cognitivo en que ésta se basa. La teoría del aprendizaje cognitivo social, postula que para cambiar su comportamiento las personas requieren no sólo motivos, sino también apoyo psicológico, social y de conducta.⁵

Estas y otras teorías del comportamiento humano y social facilitaron el desarrollo de diferentes estrategias y modelos de comunicación para la salud dentro de los cuales, la OPS ha indicado como útiles en sus publicaciones tanto el mercadeo social como el activismo informativo.⁶ En ambas fórmulas, los medios de comunicación masivos tienen un lugar preponderante.

El mercadeo social aplica elementos de publicidad y mercadeo a la difusión de criterios o prácticas de salud, para lo cual combina los principios de la comercialización con teorías sociopsicológicas. *"Este método consiste en tomar las variables de planificación del mercadeo -producto, precio, promoción, lugar- y reinterpretarlas en función de determinadas cuestiones sanitarias".*⁶

También incluye la movilización de organizaciones locales y de redes interpersonales, a las que considera como fuerzas capaces de impulsar cambios en actitudes y comportamientos. Como está más orientada a las audiencias, permite identificar sus necesidades y trata de responder a ellas, en lugar de elaborar mensajes y estrategias mediante criterios preconcebidos.

En múltiples oportunidades los programas de mercadeo social han funcionado como complementos de los dispensarios y los servicios comunitarios de salud como, por ejemplo, telenovelas que plantean temas sobre planificación familiar, salud y alfabetización.⁷ Sin embargo, cada vez queda más claro que por sí solos, estos programas no constituyen una solución a los problemas sanitarios ni de comunicación.

Con respecto al activismo informativo, pretende influir en la forma en que se presentan las informaciones sobre temas de salud y se le propone como un uso estratégico de los medios de comunicación para proponer iniciativas sociales o de políticas públicas. En general no pretende modificar directamente los comportamientos de riesgo de los individuos, sino más bien mostrar el contexto de los problemas y enfocarlos desde una perspectiva de salud pública.

Como señala Wallack⁶, implica un cambio en la medida en que muestra la importancia del entorno, del contexto social, y deja de enfocar la salud como un asunto meramente individual. Trata de potenciar el papel de las personas proporcionándoles los datos intercambiando conocimientos técnicos para que puedan participar más activamente en modificar los factores sociales y políticos que condicionan la situación sanitaria. Desde esta perspectiva se enfatiza en la salud de la comunidad más que en la del individuo. La participación en el proceso de gestación de las políticas se convierte en un instrumento de promoción de la salud.⁶

3. Evaluación: gran ausente

Todos estos esfuerzos, teóricamente deberían ir acompañados de empeños de evaluación, que permitieran detectar la efectividad de los mensajes, de manera de saber si son aceptados, comprendidos y asumidos por los grupos a los que van dirigidos. Además, permiten orientar los procesos de comunicación de manera más directa y descartar los mecanismos que no funcionan adecuadamente, lo cual implica ahorro tanto de esfuerzos como de recursos (con mayor efectividad general).

La evaluación, también permitiría demostrar la necesidad de más recursos en una intervención, de promover acuerdos de cooperación con otras organizaciones e instituciones involucradas, y sobre todo, de repetir errores en futuros esfuerzos. En general se recomiendan tres tipos de evaluaciones: formativa (que se hace al principio de una intervención para establecer fortalezas, debilidades y criterios de los materiales o estrategias antes de ponerlos en práctica);

de proceso (que examina los procedimientos y tareas que se realizan durante la intervención) y de resultado (que compila y analiza el logro de los objetivos a través de hechos concretos).

Hay otro tipo de evaluación, quizás la más interesante pero también la más compleja de lograr, la de impacto. Ésta revisa los resultados en el largo plazo y los cambios o mejoras del estado de salud de las personas como producto del programa. Dada la cantidad de variables que intervienen en procesos de este tipo y la dificultad de aislar cuáles efectos provienen de la intervención en comunicación y cuáles no, y el muy alto costo económico, pocas veces puede ensayarse una evaluación de este tipo.⁸

Más de 40 países recibieron asistencia técnica en programas de comunicación para la salud entre 1978 y 1995 usando los recursos del mercadeo social. En Honduras, Ecuador, Perú, Guatemala, Indonesia, Papua Nueva Guinea, Filipinas, Jordania, Yemen del Norte, Lesotho, Malawi, Nigeria, Zaire, Gambia y Swazilandia se concentraron en promover la terapia de rehidratación oral (que evita la mortalidad por deshidratación producto de las diarreas infantiles), programa de inmunizaciones, tratamiento de infecciones respiratorias agudas, lactancia materna, planificación familiar y prevención de la malaria. Posteriormente, se proporcionó ayuda de largo plazo a Burkina Faso, Egipto, Malí, Senegal, Honduras, Perú, Yemen, Filipinas e Indonesia para intervenciones relacionadas con prevención del cólera y de la ceguera del río, así como campañas para evitar la mortalidad infantil. Todos estos enormes esfuerzos, intensivos en capital y en movilización de recursos humanos, sin embargo, se revelaron como insuficientes a la vuelta de pocos años.⁵

Entretanto, en Latinoamérica se perfilaban opciones en comunicación que conferían mayor importancia a la respuesta de las audiencias y a formas novedosas de presentar los mensajes sanitarios a partir de elementos vinculados con las expresiones culturales de las poblaciones. Una de las manifestaciones más notables -según recoge la OPS- es el edu-entretenimiento, del que ha habido importantes experiencias en nuestro continente, especialmente, Perú y México.

El edu-entretenimiento, que ha tenido como vehículo esencial la televisión, preconiza que la información educativa debe ser atractiva y divertida. Los programas producidos desde este modelo han promovido la alfabetización de adultos, la planificación de la familia, el uso de anticonceptivos y condones, la crianza

responsable de los niños, el control del abuso de drogas y la reducción de la violencia, entre otros.⁴

En su mayoría, estos esfuerzos de organismos internacionales (como OMS-OPS) o de los Ministerios de Salud de los distintos países, se limitaban a copiar experiencias exitosas en otros lugares y transplantarlas sin mayores modificaciones a entornos que podían ser radicalmente distintos. En el mediano y largo plazo, los resultados han demostrado el reducido alcance de estas iniciativas y de estos modelos de trabajo en comunicación para la salud basados en información para cambiar conductas.

Ejemplos interesantes lo constituyen inversiones que se han hecho -y se sigue invirtiendo- en campañas de comunicación orientadas a la prevención, sin que haya resultados positivos aparentes: la epidemia del SIDA, que comenzó a principios de la década de los 80 y que en el año 2015 prosigue con preocupante vigor; la adicción al tabaco y otras drogas, así como enfermedades transmitidas por vectores, como el dengue.

4. Aprender de los errores

¿Qué ha ocurrido? ¿Por qué la comunicación para la salud se ha convertido en esta suerte de manto de Penélope en que se avanza tanto como se retrocede? ¿Cuáles han sido los principales errores cometidos?

Investigadores como Rosa María Alfaro, directiva de la Asociación de Comunicadores Sociales Calandria; Estela Roeder, docente de la Universidad de Lima; Washington Uranga, director de la maestría en Planificación y Gestión de la Comunicación en la Universidad Nacional de La Plata; Hernán Díaz, docente de esa misma universidad argentina, y Gastón Femia, profesor de Ciencias de la Comunicación de la Universidad de Buenos Aires, por sólo citar los latinoamericanos, han reflexionado sobre estos temas y proponen algunas respuestas, vinculadas por una parte con el uso instrumental o básicamente técnico de la comunicación como apoyo de procesos sanitarios, y por la otra con la carencia de políticas sanitarias integrales por parte de los Estados.

En la medida en que la comunicación se identifica primordialmente con un medio para transmitir mensajes, se limitan sus numerosas dimensiones y potencialidades, y se le transforma en un quehacer técnico, en una simple secuencia de pasos a cumplir para lograr un objetivo, o en una receta de trabajo práctico. No se le mira como una disciplina con implicaciones estratégicas sino con un simple "saber hacer" para que

ciertos materiales y productos tengan mejor apariencia o mayor difusión.

Se tiende además a homogeneizar los productos y a utilizar el recurso de la "campaña" (generalmente con una visión publicitaria estereotipada) como comodín para las iniciativas de comunicación para la salud.

Este uso de la comunicación como mero soporte técnico, además de implicar un subaprovechamiento de una disciplina poderosa, trae otras consecuencias. En la medida en que se le considera estrictamente un recurso de información, la mayor atención se brinda a los mensajes y a la adecuación de éstos a un contenido científico que en muchos sentidos reproduce la relación médico paciente y privilegia la curación de enfermedad por encima de la promoción de la salud.

En efecto, estas campañas suelen calcar la relación médico paciente, que en nuestros países funciona como un proceso de transmisión de información -muchas veces en clave científica- desde una fuente autorizada, el médico, hasta una audiencia ignorante, que debe aprender y seguir instrucciones, más allá de su contexto cultural, comunitario o social.

Los materiales de apoyo de esas campañas tienen una función informativa o a lo más persuasiva, pero pocas veces consideran ni las expectativas ni elementos sociales o culturales de las audiencias a las que van destinados. En muchos casos son mensajes descontextualizados, sin relación con la realidad concreta de los destinatarios. Además suelen enfocarse en riesgo, enfermedad y muerte, no en comprender los procesos de la salud. Se sitúan en la cultura de la enfermedad y no en la cultura de la salud y de la vida.⁹

En efecto, la práctica de campañas tanto persuasivas como informativas se ha concentrado en hablar sobre enfermedades, daños. El acento se ha puesto en el error, en el problema, y no en la promoción como solución compartida. A lo sumo, se pro los servicios de los Estados para atender a los ciudadanos, pero difícilmente se producen mensajes que promuevan estilos de vida saludables, tanto en lo individual como en lo colectivo.

La confianza en que las teorías de cambio de comportamiento pudieran resultar suficientes para cambiar actitudes y conductas de las audiencias más díscolas se ha tambaleado en la medida en que se ha evidenciado que el impacto de las costosas campañas se desvanece en pocos meses, y las colectividades o grupos a las que eran dirigidas permanecen apáticos o

indiferentes ante las propuestas de modificación de actividades.

Una parte del problema puede relacionarse con la falta de evaluación de los procesos e intervenciones en comunicación para la salud. Son pocos los programas de este tipo que colocan como componente fundamental la evaluación (en cualquiera de sus tipos: formativa, de procesos, de resultados o de impacto). Y si evalúan, lo hacen apenas usando uno o dos factores, por lo cual no se puede conocer con claridad si el esfuerzo ha rendido los frutos esperados.

También se ha puesto en duda la eficiencia de los mensajes con el visto bueno de la comunidad científica. Si bien en muchos casos se corresponden con lo que la medicina y la ciencia consideran adecuado, no necesariamente resultan útiles para las comunidades: al hablarles en términos que les resultan ajenos, sobre síntomas que no están vinculados con sus prácticas o actividades, se les asusta con horrores por venir y no con bondades por lograr, a través de textos complicados y nada atractivos. De esta manera resulta poco probable lograr transformaciones medianamente duraderas.⁹

El uso permanente de mensajes ajenos a las prácticas sociales de los colectivos, así como de un esquema vertical de transmisión de conocimientos, en el que lo fundamental es la producción de mensajes y materiales, y en la que además operan relaciones desiguales de poder, en que los interlocutores y destinatarios de esos procesos de comunicación en salud siempre están en un lugar de receptor pasivo, de "paciente", implica relaciones excluyentes por definición.⁹

En efecto, la verticalidad/ unidireccionalidad opera en contra del diálogo y la reciprocidad y por tanto, desarma cualquier posibilidad real de participación. Ésta se convierte en un ejercicio retórico -algunas personas que comentan sus experiencias pero que realmente no son tomadas en consideración a la hora de planificar o ejecutar las estrategias de comunicación- y no en un recurso fundamental para generar compromiso y hacer viables las transformaciones. Y tal práctica- que Rosa Alfaro¹⁰ ha calificado de deshumanización ética de la comunicación en salud- encuentra en los gobiernos sus principales ejecutores: *"El propio sistema de salud conducido por el Estado está atrapado en pensamientos y conductas de carácter normativo desde donde emana lo que hay que hacer, sin ida y vuelta, de arriba hacia abajo, llegando el proceso comunicativo a la población totalmente desgastado"*.

Esta autora también ha señalado otros problemas que parten de la ausencia de políticas comunicacionales- sanitarias integrales por parte de los Estados: una visión parcial o utilitaria de lo comunicacional (se la usa para producción de materiales promocionales o propagandísticos, para proyectos específicos, contingenciales y de escasa trascendencia, sin enlace con políticas y estrategias generales de promoción de la salud), establecimiento de políticas de salud sin enlace con políticas de comunicación, un sistema de salud desgastado y deshumanizado, con importantes fallas de comunicación que provocan no sólo carencias de participación democrática sino también desarticulación y redundancia de iniciativas, así como frustración de los distintos actores involucrados.¹⁰

Se trata, pues, de un sistema que convierte los centros de salud en centros de búsqueda de curación, centros de asistencia para recuperarse de la enfermedad. Esto evidencia una mirada asistencialista, poco o nada preventiva y mucho menos en capacidad de promover salud.¹¹

Un aspecto -también relacionable con la falta de políticas del Estado - es la carencia de opciones de formación en cuanto a comunicación para la salud. No se le contempla como línea clave de capacitación, ni tampoco se proporcionan herramientas ni a los comunicadores ni al personal de salud, ni a los promotores, con los problemas que ello implica: se contrata a comunicadores para tareas específicas sin integrarlos a las políticas de conjunto. Y sin manejo de la comunicación con perspectiva estratégica, no es posible la promoción, ni siquiera la prevención.¹⁰

Otro ámbito conflictivo es que muchas comunidades y especialistas perciben los programas de comunicación para la salud como ajenos, ya que se los ve como engendrados desde fuera y sin capacidad para responder a necesidades domésticas. El desafío es aprender a vincular los intereses de actores locales, regionales y hasta internacionales en proyectos que respondan a necesidades comunes.

5. Caminos por transitar

Experiencias e investigaciones apuntan a la necesidad de cambiar la perspectiva desde la que se concibe la comunicación para la salud, así como modificar la práctica de esta disciplina. El enfoque de EcoSalud, con su mirada integradora proporciona algunas pistas que deben considerarse.

Una primera vía es asumir que los procesos de comunicación para la salud están insertos dentro de

prácticas culturales híbridas, en las que operan múltiples mediaciones a través de las cuales las comunidades y las personas (una multiplicidad de actores por conocer y comprender) construyen sentidos y significaciones. Darle espacio a esa construcción común es fundamental para comunicar y para compartir salud. También lo es crear una perspectiva compleja en la cual la comunicación se relacione con diferentes disciplinas, pero también con los llamados "saberes vulgares" o de sentido común, imprescindibles para entender a las audiencias, especialmente a las comunidades, su lógica de acción, sus necesidades y el sentido que quisieran imprimirle a los cambios.⁹

Otro camino será trabajar la comunicación para la salud como proceso de aprendizaje social (en el que todos los involucrados aprenden en una relación dialógica), en el que tanto los formatos como los contenidos de la comunicación sean novedosos, diversos, múltiples y vinculantes con las prácticas y actividades concretas de los colectivos, lo que probablemente permitirá una mayor implicación y compromiso de los involucrados.

Al mismo tiempo el trabajo deberá enmarcarse en una verdadera promoción de la salud, que impulse la adopción de hábitos saludables, dentro de una cultura de la vida, capaz de enfocarse en los procesos de producción de salud y no sólo en sus resultados o consecuencias. Se trata de proponer una cultura de la calidad de vida, del bienestar, que sustituya a la cultura del miedo y de la enfermedad sobre la cual se han basado tradicionalmente los mensajes de comunicación para la salud.

Todas las acciones de comunicación para la salud deben estar orientadas de manera preferente a la promoción de la salud que, como indica Rosa María Alfaro,¹⁰ debe ser concebida de una manera integral: *"como el proceso social, educativo y político que incrementa la conciencia pública sobre salud, que promueve estilos de vida saludables y la acción comunitaria a favor de la salud, que brinda oportunidades y ofrece a la gente la posibilidad de ejercer sus derechos y responsabilidades, para formar ambientes sistemas y políticas favorables a la salud y al bienestar"*.

Esta autora va aún más allá, al insistir que la salud debe ser asumida como el derecho fundamental que en efecto es, y por tanto debería ser objeto de debates públicos *"haciendo de esta tarea una nueva gesta democrática, donde los propios sujetos definan lo que son y lo que quieren ser con el apoyo de autoridades y el personal de salud"*.¹⁰

La relación armónica con los ecosistemas deberá ser el gran marco desde el que se conciba la salud humana, pero siempre recordando que el enfoque de ecosalud asume la gestión de los ecosistemas como una búsqueda de equilibrio entre el ambiente y el bienestar del ser humano (el objetivo no es preservar el entorno natural para que vuelva a ser como era antes que aparecieran los asentamientos humanos y sus actividades productivas). La equidad en el acceso a información y a la producción de contenidos entre los distintos actores, pero también entre hombres y mujeres, entre grupos rurales y urbanos, entre distintos estratos sociales, deberá constituirse en el norte de la actividad comunicativa.³

Ahora bien, para transitar estos senderos hace falta un comunicador para la salud con habilidades y competencias mayores de las tradicionales, porque su campo de acción será más complejo y extenso. Se trata

de un profesional que estará obligado a superar los enfoques convencionales, instrumentales, de la comunicación para la salud (difusión, producción de materiales, imagen institucional), para manejar participación, entendimiento, así como negociación de conocimientos y de prácticas.¹²

Tendrá que ser, en síntesis, un comunicador capaz de relacionarse con diferentes actores, disciplinas, modelos, estrategias y criterios, así como a ponerlos al servicio de la población para que ésta, libremente, decida sus prioridades en materia de salud y de cambios. Formar este comunicador para la salud con mirada integradora, equitativa, transdisciplinaria y participativa, competente para crear la atmósfera dialógica en la que se produzcan estos encuentros, es decir un comunicador para la salud con perspectiva ecosistémica, es uno de los desafíos urgentes para la sociedad venezolana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Canelones, P. Algunas expresiones de la salud. Hacia la construcción de un concepto sustantivo de salud. UCV: Cuadernos de Postgrado. 2001 (16): 11-34.
- 2) Organización Mundial de la Salud Informe sobre la salud en el mundo 2004: cambiamos el rumbo de la historia. 2004 [Documento en línea] Disponible en: <http://www.who.int> [Consultado el 10 de Noviembre de 2005]
- 3) Lebel, J. Salud. Un enfoque ecosistémico. 2005 [Documento en línea] Disponible en <http://web.idrc.ca/openbooks/174-4/> [Consultado el 2 de Mayo de 2014]
- 4) Coe, G. Comunicación Social y Salud de los Trabajadores. 1998 [place unknown: publisher unknown]
- 5) Academia para el Desarrollo Educativo Herramientas para desarrollar destrezas en comunicación para la salud. Washington: Healthcom-USAID.1995.
- 6) Wallack, L. Dos métodos para promover la salud en los medios de comunicación social. California: Foro Mundial de la Salud. 1990. (11): 139-163.
- 7) Fox E, Coe G. Teorías del comportamiento y comunicación social. ¿Hacia dónde nos llevan?. 2001 [Documento en línea] Disponible en: <http://www.comminit.com/la/teoriasdecambio/lacth/lasld-240.html>. [Consultado el 19 de abril de 2005].
- 8) Tinker T. S Fundamentos de Evaluación para los Programas de Comunicación de Riesgos a la Salud y sus Resultados. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. P 1997 [Documento en línea] Disponible en: www.comminit.com/la/materiales/lamaterials-2004/materiales-948.html. [Consultado el 11 de enero de 2006].
- 9) Uranga W, Femia G, Díaz H. Acerca de la práctica social de los comunicadores. Consideraciones teóricas, metodológicas y políticas. Una mirada sobre comunicación y salud" 2002 [Documento en línea] Disponible en www.cpcbol.org/Archivo%20-PDF/Washin%20uranga.pdf . [Consultado el 23 de octubre de 2005].
- 10) Alfaro, R. M. Desencuentros Comunicativos en Salud. 2004 [Documento en línea] Disponible en <http://www.comminit.com/la/pensamientoestrategico/pensamiento2004/pensamiento-18.html> [Consultado el 26 de septiembre de 2010]
- 11) Paredes, S. Reflexiones acerca de la comunicación y la promoción de la salud: redescubriendo o retornando a la realidad. 2004 [Documento en línea] Disponible en <http://www.comminit.com/la/pensamientoestrategico/pensamiento2004/pensamiento-21.html>. [Consultado el 18 de octubre de 2005].
- 12) Roeder E. Desarrollo de capacidades en comunicación para la salud: ¿desde dónde ubicar los nuevos paradigmas? 2004 [Documento en línea] Disponible en <http://www.comminit.com/la/teoriasdecambio/teorias2004/teorias-13.html>. Recuperado el 17 de octubre de 2005.

TRANSDISCIPLINARIEDAD Y TRANSECTORIALIDAD EN EL ABORDAJE DE LOS PROBLEMAS SOCIALES DESDE EL ENFOQUE DE ECOSALUD.

TRANSDISCIPLINARITY AND TRANSECTORIALITY IN THE APPROACH OF SOCIAL PROBLEMS FROM THE ECOHEALTH APPROACH.

Iris Terán¹

ABSTRACT

A theoretical-conceptual and hermeneutics revision of Ecohealth praxis was made in order to specify the transdisciplinarity and transectoriality contributions as approximation strategies to the complex social facts. Concluding that we achieved the characterization and contextualization of every local fact through the transdisciplinary analysis. At the time the search for a new method to tackle this different realities, that give answers to specific needs found in this new contextualized transdisciplinary knowledge, which arises from the dialogue between the academic knowledge and the daily knowledge of the life's world that they possess: community, the public officials and decision makers. These two knowledge transcend, content and supera the previous bounded when they are socialized and integrated in a multidimensional way; and therefore, they cannot be translated again into isolated and uncoordinated traditional sectoriales actions, but they require urgently a new horizontal model of public management, into networks, transectorial, which can let collectively design local plans from integrated actions, integral and coordinated, oriented to the prevention and control of VTD, así como the solving of many and complex social problems at a local level.

KEY WORDS: Ecohealth, transdisciplinary analysis, transectorial management.

RESUMEN

Con el propósito de precisar los aportes de la transdisciplinarietà y la transectorialidad como estrategias de aproximación a las complejas realidades sociales se realizó una revisión teórica conceptual y hermenéutica de la praxis en Ecosalud, concluyendo que a través del análisis transdisciplinario, logramos caracterizar y contextualizar cada realidad local. Al mismo tiempo que se transita en la búsqueda de un nuevo método para abordar estas diversas realidades, que dé respuestas a las necesidades específicas encontradas en este nuevo conocimiento transdisciplinario contextualizado, que emerge del dialogo entre el conocimiento académico y el conocimiento cotidiano del mundo de la vida que poseen: la comunidad, los funcionarios públicos y los tomadores de decisiones. Estos dos conocimientos al ser socializados e integrados de una manera multidimensional, trasciende, contiene y supera el conocimiento anterior parcelado y por lo tanto, no puede ser traducido de nuevo en tradicionales acciones sectoriales aisladas e incoordinadas, sino que exigen la emergencia de un nuevo modelo de gestión pública horizontal, en redes, transectorial, que permita diseñar colectivamente planes locales de acciones integradas, integrales y coordinadas dirigidas a la prevención y control de las ETVs, así como a la resolución de las múltiples y complejas problemáticas sociales a nivel local.

PALABRAS CLAVE: Ecosalud, análisis transdisciplinario, gestión transectorial.

INTRODUCCIÓN

Las sociedades contemporáneas enfrentan problemas de creciente complejidad, definidos por un sin número de relaciones y variables que no siempre pueden ser interpretadas integralmente.¹

El crecimiento demográfico y la migración, los cambios ambientales y la transformación de los paisajes, así como la globalización del comercio y las economías, han transformado los tipos de desafíos sanitarios que enfrentan las poblaciones de todo el mundo, en este sentido, Bazzani y Wiese² argumentan:

Las naciones más ricas, de hecho, las personas más ricas de todas las naciones, enfrentan los aumentos constantes de las enfermedades propias de los estilos de vida prósperos y sedentarios: las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y la obesidad. A pesar de los considerables avances del desarrollo social y económico en el mundo entero y los notables progresos del saneamiento y del conocimiento y la tecnología médica, muchas enfermedades infecciosas aún constituyen una

Recibido: Octubre, 2014 Aprobado: Diciembre, 2014

¹Unidad de Investigación y Estudios en Salud Pública. Facultad de Ciencias de la Salud-Sede Aragua. Universidad de Carabobo.
Correspondencia: ieteran@gmail.com

carga inaceptable para las personas que viven en las regiones en desarrollo. Otra amenaza que se cierne sobre las personas de todo el mundo es el surgimiento de enfermedades infecciosas nuevas, que parecen ir en aumento.

Esta situación exige alcanzar una comprensión más holística e integral de la realidad, que no podría alcanzarse a partir de interpretaciones aisladas de puntos de vista sectoriales o perspectivas disciplinarias reducidas, sino que constituyen ámbitos de investigación y acción complejos y multidimensionales. Se hace necesario, entonces, promover enfoques conceptuales y metodológicos adecuados para dar cuenta de su complejidad.

Los enfoques ecosistémicos para prevenir las enfermedades infecciosas consideran que los factores de riesgo son los factores ecológicos, sociales, culturales, políticos y económicos subyacentes de la dinámica de transmisión. Al igual que otros problemas sanitarios, la ecología y la transmisión de la mayoría de estas enfermedades infecciosas se pueden vincular a la interacción entre varios factores; por ejemplo, los cambios demográficos, la pobreza, la urbanización, la deforestación, los cambios en los modelos de producción agrícola y en la relación entre las personas y los animales, la gestión de los recursos naturales, las diferencias de género y las pautas culturales. Reconociendo que la salud y el bienestar son resultado de las interacciones complejas y dinámicas entre los factores de determinación, las personas, las condiciones sociales, culturales y económicas y los ecosistemas. Teniendo en cuenta además que las condiciones de los ecosistemas también se ven afectadas por un proceso dinámico de interacciones, a menudo debido a las actividades sociales y económicas de las personas.

Es necesario integrar diferentes perspectivas científicas para describir plenamente el comportamiento del sistema. Pero las perspectivas académicas por sí solas no resultan suficientes. El conocimiento y las perspectivas de las personas inmersas en la situación y que viven en el ecosistema también son relevantes, como lo son las perspectivas de aquellos que sustentan el poder de la toma de decisiones con respecto a una situación dada. Al involucrar a estas diferentes personas en un proceso de investigación-acción, los resultados de la investigación pueden conducir a cambios en las decisiones, las políticas y prácticas que llevan a mejoras duraderas. En suma, la investigación de ecosalud exige que los académicos trabajen no sólo con expertos de otras especialidades, sino también con los actores.

En el campo académico y científico las ciencias sociales y humanas atraviesan por un momento caracterizado por fuertes debates que reclaman nuevas y mejores estrategias de producción de conocimiento, implicando la búsqueda de otros enfoques de pensamiento social como la complejidad y la transdisciplinariedad.³

El Vínculo Complejidad-Transdisciplinariedad: se refiere en el campo del análisis social, a dos aspectos fundamentales:

1. A las realidades investigadas: que son complejas, dinámicas y multidimensionales.

2. Al esfuerzo intelectual para comprenderlas: que exigen la elaboración de modelos que tomen en cuenta el contexto y las interrelaciones entre sus elementos constituyentes.

Este vínculo ha traído como consecuencia una transformación del pensamiento social, que ha evolucionado desde una perspectiva de la simplicidad a una perspectiva de la complejidad, planteándose una reflexión epistemológica en relación a tres órdenes de relaciones:

1. Sujeto/Objeto.
2. Del Todo/y las partes
3. Noción del tiempo y la historia

Durante los últimos treinta años, se está dando un reconocimiento creciente acerca de la insuficiencia de los clásicos corpus disciplinarios para dar cuenta de la complejidad del mundo real. Se han producido movimientos integrativos en dos sentidos:

Integración de disciplinas: Más allá de las fronteras límites de departamentos, objetos, teorías y métodos disciplinarios creando la necesidad de entablar diálogos y asociaciones interdisciplinarias

Integración de actores en el proceso del conocimiento: Más allá de las fronteras/límites del ámbito académico.

La necesidad de diálogos y asociaciones con los propios involucrados en los problemas estudiados.

Aparición de nuevas modalidades participativas de producción de conocimientos.

En los planos científico, social y político: estas crisis y reconfiguraciones han generado una nueva conciencia acerca de la importancia de la integración y articulación

de actores en los problemas sociales que gira en torno a dos palabras claves: la integración y la participación.

Desde la perspectiva transdisciplinaria, en el abordaje de los problemas sociales, se plantea el establecimiento de un diálogo de saberes entre investigadores, funcionarios y comunidades, para producir un conocimiento pertinente, que logre impactar la toma de decisiones a nivel de las políticas. (Figura 1)

Figura 1. La transdisciplinariedad desde la perspectiva del enfoque de Ecosalud.



En este sentido debemos diferenciarla de las perspectivas tradicionales de la disciplinariedad o monodisciplinariedad como la denomina Martínez Miguelez,⁴ quien describe que la investigación, desde esta óptica, enfatiza la comprensión o profundidad a expensas de la extensión, quedándose dentro del ámbito de una sola disciplina, que además puede llevarse a cabo por uno o varios investigadores que comparten plenamente un determinado paradigma científico: epistemología, métodos, técnicas y procedimientos. Es la más usual y corriente. Este enfoque lleva a aislar demasiado los elementos o las partes y su comportamiento, descuidando los nexos y relaciones que tienen con el todo y con otros "todos". Llegando a su máxima expresión a través de la hiperespecialización.

Este enfoque o perspectiva monodisciplinar se considera como el más incapaz de enfrentar los grandes desafíos que demanda la complejidad de las realidades del mundo actual. En virtud de su lógica reduccionista que ignora la complejidad de las realidades en sus contextos, que el todo se reduce a la suma de sus partes componentes.

El enfoque multidisciplinario por su parte, plantea a diferentes funcionarios o investigadores colaborando en un proyecto común. En este sentido refiere Martínez-Miguelez.⁵

Los participantes pertenecen a diversas disciplinas y cada uno es básicamente independiente en su trabajo, sintiendo poca o ninguna necesidad de conocer el trabajo de los demás. Ordinariamente, existe un director que ha planificado el proyecto, que ha buscado el equipo y le ha asignado la tarea a cada miembro, que supervisa la marcha, pero sin demasiada injerencia en la lógica de lo que hace cada uno, y que trata de unir el producto final, pero respetando las piezas de cada investigador en su naturaleza y forma disciplinaria. De esta manera, la integración puede consistir en preceder los resultados con una introducción, yuxtaponerlos u ordenarlos de acuerdo a criterios y seguirlos con una serie de conclusiones casi en forma de apéndice. Generalmente, hay también integración de términos y, quizá, de conceptos, para no confundir al lector, pero las verdaderas "explicaciones" se mantienen dentro del ámbito de cada disciplina y la autoría de cada parte es característicamente independiente.

Este enfoque multidisciplinar, a pesar de que busca cierta integración del saber, lo hace parceladamente y si bien, existe un compilador que concatena los resultados que aporta cada disciplina, no establece un verdadero diálogo de saberes entre las disciplinas, sino que cada una aporta su punto de vista para la resolución de una problemática. No se logra que la experiencia reflexiva individualizada de cada investigador o funcionario involucrado, intente trascender los linderos de sus conocimientos o prácticas tradicionalmente instituidas, sino que por el contrario trata de argumentar la validez de sus planteamientos teóricos, sin reflexionar a fondo el limitado impacto de sus resultados e intervenciones en la realidad estudiada.

En la investigación interdisciplinaria también los participantes pertenecen a diferentes disciplinas, pero la integración comienza ya en el mismo proceso, en la formulación del plan de acción y en la especificación de la contribución de cada miembro: cada uno trata de tener en cuenta los procedimientos y trabajo de los otros en vista a una meta común que define la investigación. Por ello, la coordinación, la comunicación, el diálogo y el intercambio son esenciales, para traducir los términos propios, aclarar los lenguajes ambiguos, seguir, aunque sea parcialmente, procedimientos metodológicos similares, y, en general, tratar de compartir algunos de los presupuestos, puntos de vista y lenguajes de los otros. De una manera particular, además de la integración terminológica y conceptual, hay una auténtica integración de resultados⁶; los aportes y contribuciones de cada uno son revisados, redefinidos y reestructurados teniendo en cuenta a los otros hasta lograr un todo significativo, una integración sistémica, que podría

expresarse con un modelo ya existente o de invención propia. En este tipo de investigación la autoría compartida es la norma.

La investigación transdisciplinaria va más allá de ellas, y les añade el hecho de que está constituida por una completa integración teórica y práctica. En ella, los participantes trascienden las propias disciplinas (o las ven sólo como complementarias) logrando crear un nuevo mapa cognitivo común sobre el problema en cuestión, que se concreta en la construcción de un nuevo lenguaje común producto del diálogo de las diferentes disciplinas; es decir, llegan a compartir un marco epistémico amplio y una cierta meta-metodología que les sirven para integrar conceptualmente las diferentes orientaciones de sus análisis: postulados o principios básicos, perspectivas o enfoques, procesos metodológicos, instrumentos conceptuales, etc. Este tipo de investigación, epistemológicamente, corresponde con los planteamientos del pensamiento complejo.

Desde el enfoque ecosistémico para la salud humana (Ecosalud) la investigación transdisciplinaria y la intervención transectorial, se plantean como estrategias fundamentales para concretar las acciones de análisis de la realidad social. Se pretende comprender la realidad, a partir de la concepción de sus relaciones sistémicas a varias escalas y acentúan una gama de interacciones entre diversos actores, que van de lo local a lo global, revelando, a partir de su puesta en marcha transdisciplinaria y participativa, la riqueza de reunir perspectivas múltiples, así como el poder de la colaboración y asociación. De esta manera hace énfasis en valorar y rescatar el trabajo en redes como forma de ampliar el conocimiento y aumentar la capacidad de provocar cambios.

En este sentido Charron⁷ refiere:

La evolución de ecosalud como campo ha estado marcada por la colaboración y el esfuerzo colectivo. Reunir a diferentes personas y sus contribuciones en pro de una meta compartida es una estrategia ampliamente reconocida para aprovechar la capacidad necesaria para abordar desafíos complejos de la sociedad.

Enmarcar la investigación en una perspectiva sistémica (compleja) exige un enfoque en las interrelaciones entre personas y su entorno; involucramiento con una diversidad de visiones en cuanto a comprender y facilitar el cambio; escrutinio de las fronteras que se establecen alrededor de los sistemas y subsistemas; comprensión del cambio como proceso

dinámico; y una sensibilización con respecto a las interacciones y vínculos a través de las escalas (sociales, geográficas y temporales). La investigación y acción innovadora resultante atraviesa las fronteras disciplinarias e integra diferentes formas de conocimiento, involucra a actores múltiples con diferentes intereses, necesidades y contribuciones potenciales, y aborda el cambio como un emprendimiento colaborativo, adaptativo y orientado al aprendizaje.

El principio de la Transdisciplinariedad depende de la integración del conocimiento, con nuevo conocimiento que surge a través de la síntesis de saberes de diferentes participantes (saberes disciplinarios, de experiencia, tácitos). Donde, como y en qué medida se involucran los actores influyen en estos procesos. Según el Centro Internacional de Recherches et Études Transdisciplinaires (CIRET)³ *"La transdisciplinariedad no es una nueva disciplina, una herramienta teórica, o una super-disciplina. Es la ciencia y el arte de descubrir puentes entre diferentes objetos y áreas de conocimiento."* Esta toma en cuenta el flujo de información circulando entre varias ramas de conocimiento. La principal tarea es la elaboración de un nuevo lenguaje, de una nueva lógica, y de nuevos conceptos que permitan un diálogo genuino entre diferentes dominios. Mientras que el principio de participación de actores múltiples aborda los procesos de creación de relaciones y la negociación de roles y responsabilidades explícitos para la acción. (Transectorialidad).

El enfoque ecosistémico para la salud amplía el espectro de la investigación más allá de la evaluación de la exposición y estudios epidemiológicos. Los métodos transdisciplinarios y participativos permiten a los equipos de investigadores, comunidades, funcionarios públicos y tomadores de decisiones hacer una aproximación colectiva a las realidades multidimensionales y desde allí concertar el diseño de estrategias transectoriales integrales e integradas de intervención que logren impactar efectivamente en las diferentes realidades desde una perspectiva sistémica y bioecosocial. De esta manera, busca dar respuesta a la crítica que desde el pensamiento complejo se le hace a la forma cartesiana de obtener el conocimiento moderno, al proponer un nuevo enfoque para lograr un conocimiento más integrado de la compleja realidad social. En este sentido Morin,⁸ expresa:

Necesitamos un conocimiento cuya explicación no sea mutilación y cuya acción no sea manipulación. Hoy en día, en que lo más oscuro de la evolución humana actúa so capa de

ciencia, en que lo más irracional se agazapa tras la cobertura de la razón, lo importante es plantear el problema de un método nuevo.

Esta reflexión del autor nos invita a trascender más allá del pensamiento disciplinar reduccionista cartesiano hegemónico y a buscar nuevos métodos que nos permitan comprender multidimensionalmente las complejas y multidiversas realidades sociales; es decir, a través del análisis transdisciplinario, logramos caracterizar y contextualizar cada realidad local. Al mismo tiempo que se transita en la búsqueda de un nuevo método para abordar estas diversas realidades, que de respuestas a las necesidades específicas encontradas en este nuevo conocimiento transdisciplinar contextualizado, que emerge del dialogo entre el conocimiento académico y el conocimiento cotidiano del mundo de la vida que poseen: la comunidad, los

funcionarios públicos y los tomadores de decisiones. Estos dos conocimientos al ser socializado e integrado de una manera multidimensional, trasciende, contiene y supera el conocimiento anterior parcelado y por lo tanto, no puede ser traducido de nuevo en tradicionales acciones sectoriales aisladas e incoordinadas, sino que exigen la emergencia de un nuevo modelo de gestión pública horizontal, en redes, transectorial, que permita diseñar colectivamente planes locales de acciones integradas, integrales y coordinadas dirigidas a la prevención y control de las ETVs, así como a la resolución de las múltiples y complejas problemáticas sociales a nivel local, en un primer momento, pero cuyos resultados y experiencias exitosas, pueden servir a futuro de modelos de escalamiento horizontales y verticales a nivel regional, nacional e internacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Carrizo, I. Espina, M, Klein, J. Transdisciplinariedad y complejidad en el análisis social. Gestión de las Transformaciones Sociales (MOST). UNESCO.2003. <http://www.unesco.org/most>
- 2) Bazzani R. y Wiese M. La pobreza, los ecosistemas y las enfermedades transmitidas por vectores. En: Charron D. (Editora). La investigación de Ecosalud en la práctica, aplicaciones innovadoras de un enfoque ecosistémico para la Salud. Plaza y Valdés S.L. Madrid, España 2014.
- 3) Carrizo, L. Pensamiento complejo y transdisciplinariedad. s/f. Disponible: http://www.rsu.uninter.edu.mx/doc/marco-conceptual/persamientocomplejo_y_transdisciplinaridad.pdf. CIRET-UNESCO, 2000. International transdisciplinary conference. Zurich, Febr 27- Marc. 1, 2000.
- 4) Martínez Miguélez M. Ciencia y arte en la metodología cualitativa. México: Trillas. 2004.
- 5) Martínez Miguélez M. Conceptualización de la transdisciplinariedad, Polis, 2007(16). En línea. Consultado el 07 noviembre 2013. Disponible: <http://polis.revues.org/4623>; DOI: 10.4000/polis. 4623
- 6) Meelt L.R. Interdisciplinary Studies: a matter definition. En: Martínez Miguélez M. Conceptualización de las transdisciplinariedad. Revista Polis, 2007 (16). En línea. Disponible en: <http://polisreviews.org/4623>;doi: 10.4000/polis.4623
- 7) Charron, D. (Editora). La investigación de ecosalud en la práctica. Aplicaciones innovadoras de un enfoque ecosistémico para la salud. Plaza y Valdés, S.L. Madrid, España. 2014.
- 8) Morin, E. El Método III: El Conocimiento del Conocimiento. Madrid: Cátedra, 1988.

EXPERIENCIA EXITOSA CON ESCOLARES EN PROGRAMAS DE VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA NO CONVENCIONAL EN UNA COMUNIDAD DEL ESTADO COJEDES, VENEZUELA.

SUCCESSFUL EXPERIENCE WITH STUDENTS IN PROGRAMMES OF NON-CONVENTIONAL ENTOMOLOGICAL SURVEILLANCE IN A RURAL COMMUNITY FROM COJEDES STATE, VENEZUELA.

Vladimir José Rojas¹, Carlos González¹

ABSTRACT

Motivated the resurgence of dengue and the emergence of chikungunya fever active entomological surveillance of triatomines in Cojedes state decreased dramatically. In this situation there is a need to incorporate communities unconventional entomological surveillance. To this end, conducting a pilot study in school Peasant Village Settlement Fundo Zamorano Paraima, Aroita sector in the municipality of San Juan Bautista Pao Cojedes state in Venezuela, to provide skills and abilities in the considered chipos capture and thus avoid the paralysis of entomological surveillance. The test results showed that predict good omens in the incorporation of the community in the work of entomological surveillance.

KEY WORDS: Chagas disease, *Trypanosoma cruzi*, Epidemiological surveillance, Entomological surveillance.

RESUMEN

Motivado al recrudescimiento del dengue y a la emergencia de la fiebre de Chikungunya la vigilancia entomológica activa de los triatóminos en el estado Cojedes disminuyó drásticamente. Ante esta situación se planteó la necesidad de incorporar a las comunidades a la vigilancia entomológica no convencional. A tal efecto, se consideró la realización de un estudio piloto en escolares del Asentamiento campesino Fundo Zamorano Pueblo Paraima, sector Aroita, ubicado en el municipio Pao de San Juan Bautista del estado Cojedes en Venezuela, con el fin de proporcionarles habilidades y destrezas en la captura de chipos y, de esta forma, evitar la paralización de la vigilancia entomológica. El ensayo arrojó resultados que permiten predecir buenos augurios en la incorporación de la comunidad en las labores de vigilancia entomológica.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad de Chagas, *Trypanosoma cruzi*, vigilancia epidemiológica, vigilancia entomológica.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Chagas o tripanosomiasis americana es una zoonosis producida por la infección con *Trypanosoma cruzi* (Chagas, 1909) protozoario unicelular que se transmite a través de las heces de los triatóminos infectados con el parásito, pasivamente colocados sobre la piel durante la ingesta sanguínea, que penetran a través de las membranas mucosas intactas o

probablemente por la piel sana¹ o por otros mecanismos, Los insectos hematófagos pueden compartir la vivienda con el hombre y mamíferos reservorios.² La Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera a esta enfermedad como una patología limitada al continente americano, extendiéndose desde México hasta Argentina.³

La enfermedad representa un problema de salud pública motivado a que disminuye la capacidad productiva de las personas que la padecen.⁴ En Venezuela es considerada como riesgo para unos seis millones de personas que viven en los estados Trujillo, Lara, Portuguesa y Barinas.² Los índices de infestación a *Rhodnius prolixus* (Stal 1810) pasaron de un índice a casas de 0,7% en 1990 a 5,2% en el año 2000; en el

Recibido: Noviembre, 2014 Aprobado: Diciembre, 2014

¹Dirección Estatal de Salud Ministerio del Popular Para la Salud, estado Cojedes, Venezuela.

Correspondencia: bladimirrojas50@hotmail.com

mismo período el índice de infección por *T. cruzi* a casas pasó de 0.04% a 0,5%. Estudios realizados en año 1993, concluyeron, que la enfermedad de Chagas podría estar reemergiendo en Venezuela a juzgar por la activa transmisión detectada en los últimos años.^{5,6}

En el estado Cojedes, ubicado en los llanos centrales del país, para el año 2003, la seroprevalencia a *T. cruzi* fue de 12,6%, correspondiendo a menores de 10 años un 1,1%.⁶ En 2010 se analizaron 1.107 muestras a personas procedentes de las localidades: Mundo Nuevo, Las Rosas, Solano, Valle Hondo, Hacienda Vieja y Tierras Calientes, del municipio Ezequiel Zamora, obteniéndose una seropositividad de 14,9% correspondiendo a menores de 10 años un 8,64% lo cual indica transmisión activa de la enfermedad.⁷

Vistos estos antecedentes y considerando que debido al recrudescimiento del dengue y a la emergencia de la fiebre de Chikungunya, la vigilancia entomológica activa de los triatominos en el estado Cojedes disminuyó drásticamente, se planteo la necesidad de incorporar a las comunidades a la vigilancia entomológica no convencional, fundamentado en el principio de participación social del enfoque de Ecosalud.

A tal efecto, se consideró la realización de un estudio piloto con escolares del Asentamiento campesino Fundo Zamorano Pueblo Paraima, sector Aroita, ubicado en el municipio Pao de San Juan Bautista del estado Cojedes en Venezuela, con el fin de facilitarles el desarrollo de habilidades y destrezas en la captura de triatominos (chijos) y, de esta forma, reforzar la vigilancia entomológica. El objetivo planteado fue capacitar a la población escolar residente en el Fundo Zamorano Pueblo Paraima, para la captura e identificación de insectos triatominos vectores de la enfermedad de Chagas.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, cuya área incluyó al Fundo Zamorano Hato Paraima, sector Aroita, situado entre las coordenadas 585000 E y 105500 N del sistema transversal de mercator (UTM), y se encuentra a unos 15 Km de la población de San Juan Bautista de El Pao, capital del municipio. El sector Aroita carece de todos los servicios básicos (electricidad y agua). La comunicación interna se hace por carretera engranada. (Figura 1) Asimismo se cuenta con educación preescolar, básica y diversificada.

Figura 1. Ubicación geográfica del area de estudio, en el estado Cojedes, Venezuela



POBLACIÓN Y MUESTRA

Fue seleccionada la población escolar menor de 16 años (68 entre niños y adolescentes) que cumplieron como criterios de inclusión: consentimiento informado por escrito del padre o representante del menor y, asentimiento de los mayores de 10 años. Igualmente, se solicitó a cada jefe de familia su autorización para permitir que los niños participaran en el estudio, de lo cual quedó constancia en un consentimiento informado escrito, avalado por el Centro de Investigaciones de Enfermedades Tropicales de la Universidad de Carabobo (CIET).

PROCEDIMIENTO

El proceso de capacitación fue desarrollado en sucesivas visitas previas a la localidad y durante dos meses, se proporcionó a los escolares una explicación sencilla acerca de los objetivos del trabajo a realizar. Se suministró un folleto explicativo sobre la enfermedad de Chagas, y en sesiones grupales prácticas fueron entrenados para identificar triatominos.

La detección de la infestación intradoméstica y peridoméstica de los triatóminos, se realizó durante un período de seis (06) meses, mediante los métodos de busca activa directa o sistemática y, la búsqueda no sistemática. La búsqueda sistemática consiste en la revisión de las viviendas por personal entrenado perteneciente a la Dirección Estatal de Salud Ambiental del estado Cojedes, por espacio de una hora/ hombre

utilizando la técnica descrita en el Manual del Visitador Rural del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, así como el descrito por Shofield,⁸ ambos se basan en la búsqueda de los insectos en las grietas de las paredes, camas, colchones, cajas de ropa y demás enseres utilizando linternas, pinzas y recipientes para la recolección. Las capturas no sistemáticas fueron realizadas por los estudiantes quienes, previa capacitación y entrenamiento, fueron provistos de recipientes rotulados, pinzas y modelos preparados de insectos.⁹ Asimismo, para las capturas peridomiciliarias, fueron provistos de trampas para la captura de triatominos en habitat silvestres y peridomésticos desarrollada por Angulo & Esteban.¹⁰ Luego de la recolección, los insectos fueron identificados en el laboratorio de Chagas de la Dirección Estatal de Salud del estado Cojedes, utilizando la clave pictórica de triatominos de Soto-Vivas.¹¹

Los resultados de análisis univariados, fueron presentados en frecuencias absolutas, porcentajes.

RESULTADOS

Los resultados sobre la presencia de triatominos: *Triatoma maculata* (Erichson 1848) y *Panstrongylus geniculatus* (Latreille, 1811) se resumen en la tabla 1 en el que se aprecia que los estudiantes capturaron once triatominos (chipsos) en 36 viviendas examinadas, contra cero detecciones por el personal de salud. El mayor porcentaje de la captura correspondió a *T. maculata*.

Cuadro 1.- Triatóminos recolectados según especie, por estudiantes en el sector Aroita del Fundo Zamorano Pueblo Paraima Municipio Pao. Estado Cojedes, Venezuela. Abril 2014.

Especie	No	%
<i>R. prolixus</i>	0	0
<i>T. maculata</i>	8	72.73
<i>P. geniculatus</i>	3	27.27
Total	11	100

DISCUSIÓN-CONCLUSIONES

Los resultados tienden a coincidir con los encontrados por Feliciangeli et al,⁹ lo cual nos permite afirmar que es posible incorporar a los integrantes de las comunidades como grupo centinela en las tareas de vigilancia epidemiológica no convencional y, de esa manera, contar con aliados en la lucha contra las enfermedades transmitidas por vectores, reconociendo sus hábitos y costumbres y promoviendo las bondades de la participación social.

Se plantea en consecuencia que es posible, utilizar los principios del enfoque de ecosalud en investigaciones sobre los programas de control vectorial. En efecto el método tradicional más utilizado, la búsqueda activa, que realizan los funcionarios adscritos a la programación del Ministerio del Poder Popular para la Salud a nivel regional, no necesariamente comprueba la ausencia de triatominos en las viviendas y en el peridomicilio y a menudo falla en situaciones de baja densidad.⁸ Su confiabilidad depende además del número y disponibilidad de colectores, del tiempo invertido en la búsqueda y de la experticia y fatiga de los colectores.^{12, 13}

El enfoque de Ecosalud para el control de las ETVs, permite fortalecer las actividades programáticas, establecer alianzas con las comunidades y reconocer sus potencialidades para promover hábitos saludables y mejorar sus condiciones de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Reyes-Lugo M, Rodríguez Acosta A. Domiciliation of the selvatic Chagas disease vector *Pastrongylus geniculatus* (Latreille, 1811, Triatominae: Reduviidae) in Venezuela. 2000; *T Roy Soc Trop Hyg.* 94: 508.
- 2) Ministerio del Poder Popular para la Salud. Guía para el Diagnóstico, Manejo y Tratamiento de la enfermedad de Chagas en fase aguda a nivel de los Establecimientos de Salud. Primera Edición. Caracas. 2007.
- 3) Organización Panamericana de la Salud. Definición de caso. Tripanosomiasis americana (enfermedad de Chagas). Boletín epidemiológico. Vol. 24 N° 3. Septiembre. 2003.
- 4) Serrano, O., Mendoza, Suárez B., Soto A. Seroepidemiología de la enfermedad de Chagas en dos localidades del municipio Costa de Oro, estado Aragua. Venezuela. 2008; *Biomédica* 29: 108-115.
- 5) Benítez J. Programa Nacional de Control de Chagas. Situación 2006. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Caracas. 2007.
- 6) Añez N., Grisante. G., Rojas. A., Díaz. N., Añez-Rojas. N., Carrasco. H., Parada. H., et al. La cara oculta de la enfermedad de Chagas en Venezuela. 2003; *Bol. Mal. Salud. Amb.* 44: 45-47.
- 7) Herrera L. Enfermedad de Chagas en seis caseríos endémicos del estado Cojedes. Presentación de resultados del sub proyecto: Reservorios, Vectores y Participación Ciudadana en las estrategias de prevención y control de la enfermedad de Chagas. San Carlos, Cojedes, Venezuela. Junio de 2011.
- 8) Schofield C J. A comparison of sampling techniques for domestic population of triatomine. 1978; *R. Soc. Trop. Med. Hyg.* 72: 449-55.
- 9) Feliciangeli M.D., Hernández M., Suárez B., Martínez C., Bravo A., Bracho J. Comparación de métodos de captura intradoméstica de triatominos vectores de la enfermedad de Chagas en Venezuela. 2007; *Bol. Mal. Sal. Amb.* 1: 103-117.
- 10) Angulo V.M, Esteban L. Nueva trampa para la captura de triatominos en hábitats silvestres y peridomésticos. 2011; *Biomédica*; 31: 264-81
- 11) Soto-Vivas, A. Clave pictórica de triatóminos (Hemiptera: Triatominae) de Venezuela. 2011; *Bol. Mal. Sal. Amb.* 2: 259-274.
- 12) Forattini O. P., Huarez E. & Correa R. R. Medida de infestação domiciliar por *Triatoma infestans*. 1969; *Rev. Saude Publica.* 3: 159-172.
- 13) Gómez Núñez J. C. Desarrollo de un nuevo método para evaluar la infestación intra doméstica por *Rhodnius prolixus*. 1965; *Acta Cient. Venez.* 16: 26-31.

ECOSALUD. UNA MIRADA GÉNERO SENSITIVA.

ECOHEALTH. A GENDER SENSITIVE OUTLOOK.

María Cristina González Moreno¹

ABSTRACT

To recognize the interdependence between human health and the environment from the perspective of ecohealth, involves a look from the complexity which incorporate the gender category, has represented an epistemological rupture with the universalizing essentialism. The article is divided into three major sections. A first development, which attempts to make visible as it has been the construction of the feminine as an expression of social and sexual division of work impacting relations of knowledge- power -submission and thus, differential forms of living, sick, dying women and their relationships with the ecosystem. The World Health Organization, points out that women are which support larger the impact of climate change and its effects on health, representing almost all of the global deaths from preventable diseases. A second aspect that has to do with the challenges of the approach of eco health, in relation to the construction of knowledge, involving a look ecosystem, transdisciplinary social, gender equity and the community actively participating. Finally, some key moments which allow to specify how have been the advances that have been achieved thanks to the feminist movement, who have been insisting on the need to empower women in such a way that the State and the health sector, to become aware of their right to participate in public affairs.

KEY WORDS: Gender, ecohealth, interdiscipline, health- environment.

RESUMEN

Reconocer la interdependencia entre la salud humana y el ambiente desde el enfoque de ecosalud, implica una mirada desde la complejidad donde incorporar la categoría de género ha representado una ruptura epistemológica con el esencialismo universalizante. El artículo se estructura en tres grandes apartes. Un primer desarrollo, que intenta visibilizar como ha sido la construcción de lo femenino como expresión de la división social y sexual del trabajo impactando unas relaciones de saber-poder- sumisión y de esta manera, formas diferenciadas de vivir, enfermar, morir de las mujeres y sus relaciones con el ecosistema. La Organización Mundial de la Salud, precisa que las mujeres son las que soportan en mayor magnitud el impacto del cambio climático y sus efectos en la salud, representando casi la totalidad de las muertes mundiales a consecuencia de enfermedades prevenibles. Un segundo aspecto que tiene que ver con los desafíos del enfoque de ecosalud, en lo referente a la construcción del conocimiento, implicando una mirada ecosistémica, transdisciplinaria con equidad social, de género y con la comunidad participando activamente. Finalmente, se hilvanan algunos momentos claves los cuales permiten precisar cómo han sido los avances que se han logrado gracias a los movimientos feministas, quienes han venido insistiendo en la necesidad de empoderar a las mujeres de forma que ellas, el estado y el sector salud, tomen conciencia de su derecho a participar en los asuntos públicos.

PALABRAS CLAVE: Género, ecosalud, interdisciplina, salud - ambiente.

INTRODUCCIÓN

Género y Ecosalud: Las necesarias precisiones.

La categoría de género es una de las contribuciones teóricas más importantes del pensamiento feminista contemporáneo. Con la incorporación del género dentro de la discusión de eco salud, se ha

producido una interesante ruptura epistemológica con el pensamiento esencialista y universalista. El género como construcción teórica cuestiona la relación naturaleza/ cultura y toda la visión tanto de lo femenino como de lo masculino, derivada del sexo biológico exclusivamente. Esta mirada reduccionista, estableció unas relaciones jerárquicas en base a la división social y sexual del trabajo. En este sentido, la perspectiva de género ha contribuido a repensar la identidad genérica derivada de lo biológico. En tanto tal, al ser considerados los hombres el modelo humano por excelencia y el sujeto único universal; a las mujeres se les imponen unas relaciones de poder- sumisión que han impactado su manera de vivir, enfermar, morir y sus relaciones con el ecosistema.

Recibido: Noviembre, 2014 Aprobado: Diciembre, 2014

¹Unidad de Investigación y Estudios de Salud Pública (UNIESAP).
Universidad de Carabobo-Núcleo Aragua.

Correspondencia: mariacegonzalez60@gmail.com.

El género como construcción cultural, permite visibilizar las relaciones asimétricas de poder que han existido a lo largo de la historia. Al implicar relaciones jerárquicas, el género posibilita visibilizar el problema del poder en las relaciones entre hombres y mujeres lo que nos remite al patriarcado, y todo lo que ello ha implicado para las mujeres en el ejercicio de lo público: exclusión, desvalorización, opresión, subordinación. Al implicar el género un sistema simbólico, éste es la expresión más concreta de la asignación de significados atribuyendo valor, prestigio o desprestigio según se sea mujer u hombre. Como sistema binario, lo masculino y lo femenino tienen valoraciones totalmente diferentes. condición ideológica que marca profundas brechas de inequidad social muy especialmente para las mujeres en lo que se refiere al acceso al espacio de lo público, y puntualmente al proceso de construcción del conocimiento. Como categoría analítica, permite captar el sentido de prácticas y conductas tanto individuales como institucionales, lo que le imprime un gran valor heurístico. Como herramienta hermenéutica, abre caminos para incorporar dentro de la construcción del conocimiento feminista, nuevos temas de interés los cuales van a contribuir a ensanchar la mirada en función de tener una visión ideológica mucho más clara. El concepto de género permitió visibilizar el androcentrismo occidental, el cual ha sido el responsable de legitimar mecanismos de exclusión y dominación, cuestionando los principios epistemológicos sexistas y desarmando las estructuras simbólicas impuestas. Como señaláramos en apartes anteriores, el género al cuestionar los universales genéricos hombre/ mujer, cultura/ naturaleza, está contribuyendo a fracturar el régimen social de representaciones imperantes.

Asumo con Montero,¹ que la diferencia sexual no es cultural como si lo es el género. Reivindico al género como perspectiva de análisis y como construcción social. El género ha sido definido como una construcción social que rige las relaciones sociales entre los sexos y los códigos normativos y valores filosóficos, políticos, religiosos, axiológicos, gnoseológicos a partir de los cuales; se establecen criterios que permiten hablar de lo masculino y lo femenino generándose unas relaciones de poder asimétricas, subordinadas, aunque susceptibles de ser modificadas en el transcurso del tiempo.² Hablar del género, implica asumir un sistema simbólico que asigna significados atribuyendo valor, prestigio o desprestigio a los individuos en la sociedad. Dentro de este marco conceptual, lo masculino y lo femenino son vistos como una dualidad y a cada uno de ellos se le valora diferencialmente. Lo masculino por ejemplo, tiene siempre una connotación positiva significando poder, prestigio, fuerza, inteligencia.³

Artiles,⁴ define al género como una construcción ideológica, como el conjunto de asignaciones culturales que diferencia a los hombres de las mujeres, los articula dentro de relaciones de poder y se expresa en símbolos, estereotipos, y en el modo de actuación social en los espacios donde se expresa. De Negri,⁵ lo conceptualiza como una construcción social histórica de los contenidos simbólicos de lo femenino y lo masculino en articulación con la clase social, la etnia, la raza, los ciclos de vida configurados a partir de las diferencias biológicas de los sexos. Sin lugar a dudas, el poder es un referente fundamental para comprender la existencia personal y social de las mujeres. La condición de dominación hay que buscarla en el patriarcado, sistema de dominación que sella las diferencias negando los derechos a las mujeres, perpetuando la relación poder- sumisión, naturalizando las relaciones desiguales en todos los órdenes de la vida relacional. Gracias a la naturalización de las diferencias, se han sedimentado toda una serie de inequidades que marcan formas asimétricas de salud expresadas en perfiles diferenciados de morbi mortalidad. Se universalizaron aspectos de la salud de las mujeres sin mirar necesidades inter e intra genéricas. Brechas de género que evidencian como las diferencias construidas en función del sexo, discriminan y obstaculizan la posibilidad de lograr igualdad en las diferencias. *"Ser igualmente diferentes implica acabar con la visión que convierte a las diferencias en desigualdades, y a partir de allí hacer nuevas lecturas que permitan ver la equidad como instrumento de análisis y planificación de políticas de salud dentro de una estrategia de promoción de la calidad de vida y salud".*⁵ Las intervenciones e investigaciones en salud se limitaron al análisis por diferenciales de sexo sin ningún tipo de abordaje desde el género.

Tájer,⁶ precisa que utilizar la categoría de género para analizar las inequidades en salud tanto de mujeres como de los hombres, obliga a precisar cuáles son los niveles en los que la diferencia entre géneros se transforma en inequidades de salud. Precisa la autora que cuando de las mujeres se trata, se debe asumir una perspectiva multifactorial, poliédrica, a fin de responder de manera transcompleja la trama de relaciones y sinergias que están interviniendo en las relaciones que establecen con el medio ambiente. Dentro de esta perspectiva, es de vital importancia comprender la interdependencia existente entre la salud humana y el ambiente.

Incorporar el género como categoría de análisis dentro del enfoque de ecosalud, ha implicado asumir una mirada generadora de toda una gama de

conocimientos interconectados, un equipaje novedoso desde otra perspectiva onto epistémica; permitiendo cuestionar la naturalización de la inferioridad de las mujeres. Todo ello ha posibilitado desmontar el sistema sexo/ género responsable de esa red mediante la cual, las sociedades y las culturas reproducen a los seres humanos contribuyendo a sedimentar la opresión y la explotación de las mujeres. En síntesis, podemos afirmar que la perspectiva de género, constituye una categoría explicativa en torno a la construcción simbólica que se ha hecho de las mujeres y de los hombres como expresión de unas relaciones de poder. La diferencia sexual, ha marcado históricamente la exclusión de las mujeres, dejándolas indefectiblemente atravesadas por la cultura patriarcal.

El poder patriarcal hegemónico se convirtió en la única voz autorizada para sellarnos como lo otro, condenadas al silencio del gineceo, a la procreación y al cuidado de los otros y otras exclusivamente. Todo este proceso homogeneizador, produjo unas relaciones de sumisión y estrategias de socialización, las cuales ejercen un poder caracterizado por la división social y sexual del trabajo. Es necesario dejar claro que esta relación de subordinación y expropiación, entro en la historia de la mano masculina al apropiarse este de los medios y modos de producción; es decir, la apropiación patriarcal del mundo. *"Una concepción filosófica en cuanto discurso acerca de la naturalización de la inferioridad de la mujer. Un discurso sesgado y perverso que ha servido para imponer la lógica de la dominación, una ética cargada de valoraciones que descalifican a la mujer sellándola como naturaleza, lo inmodificable, lo objetual"*.⁷

Incorporar la perspectiva de género dentro del enfoque de ecosalud, pasa por visibilizar cómo esos sellos de inequidad social, determinan diferencialmente el proceso salud-enfermedad-atención, generándose procesos de morbimortalidad y modelos igualmente excluyentes de atención tanto para las mujeres como para los hombres. En tanto tal, incorporar la mirada de género en el espacio salud, permite visibilizar como ha sido la construcción de lo femenino a través de la historia para de esta manera, ir desmontando las representaciones ideológicas que han determinado modos diferentes de vivir, enfermar y morir de las mujeres.⁸ Estas diferencias han impactado significativamente la atención de salud de las mujeres ignorándose por completo sus necesidades básicas y estratégicas.

Sin lugar a dudas, se ha evidenciado una cierta preocupación por la inclusión de la perspectiva de género dentro del espacio salud. Preocupación que ha tenido

como escenario, agendas suscritas por los diferentes países especialmente por las regiones más empobrecidas del planeta gracias a la presión ejercida por los diferentes movimientos de mujeres quienes desde distintas trincheras ideológicas, han visibilizado las inequidades de género vividas por la mitad de la población del planeta: las mujeres. Para el año 2050 la población del planeta girará alrededor de los 9 mil millones y la mitad estará conformada por mujeres. La pobreza en el mundo se ha feminizado lo que nos está planteando, incorporar la mirada género sensitiva como variable transversal a fin de poder ir impactando las brechas de inequidad social. Mientras persistan las inequidades de género, todos los esfuerzos por mejorar la salud y lograr sustentabilidad serán en vano. Las mujeres, las niñas, las ancianas estarán expuestas a la muerte prematura.

Ser hombre o ser mujer tiene una influencia bien significativa en la relación que establecen con el ecosistema y el impacto en salud. Relación que repercute en la exposición a diferentes riesgos de enfermar, su acceso a los servicios y por ende, al logro de metas para el logro de una calidad de vida dentro de lo que hoy conocemos como el buen vivir. Esta distinción cultural entre las esferas femenina y masculina lejos de ser neutra, se asocia con las relaciones desiguales de poder entre ambos sexos, hecho este que se traduce en diferenciales de riesgos, necesidades, y acceso y control sobre los recursos en salud. Se entiende que las diferencias de salud entre los hombres y las mujeres existen y son significativas dentro de cualquier grupo socioeconómico, aunque no sean uniformes ni avancen en la misma dirección. El género como construcción social, es un factor de peso que exagera la vulnerabilidad biológica y acompaña a la biología en la determinación de las desigualdades en materia de salud.⁹

En las Evaluaciones de Impacto en Salud impulsadas desde la Unión Europea,¹⁰ se entiende que en cada momento de la vida de las personas la salud y el bienestar de las mismas, interactúan de forma compleja con un conjunto de fenómenos sociales y económicos, ambientales y de comportamientos que es necesario mirar con detenimiento. Todo este desafío, nos está invitando a dar pasos firmes en relación a la reducción de las brechas de inequidad en salud como condición para lograr potenciar el equilibrio eco social y de esta forma; reducir los problemas de salud de las comunidades. *"la mujer es quien más asume mayores responsabilidades por la salud de sus familias, el tejido social de sus comunidades y la socialización de los niños"*.¹¹

En consecuencia, la mayor preocupación de las mujeres por el cuidado de la familia y la comunidad las lleva a estar más presentes en la denuncia e involucramiento en los problemas de contaminación ambiental o problemas sanitarios. En todas las sociedades y culturas hay creencias profundamente arraigadas acerca de las actitudes, comportamientos y actividades más apropiadas para hombres y mujeres. Esas actitudes, los supuestos en que se basan y los estereotipos que crean, tienen enorme incidencia en la manera en que se estructura el mundo de la vida, se distribuyen los recursos, se asumen las oportunidades y se construyen comportamientos en lo referente a la salud.

La Organización Mundial de la Salud,¹² precisa que las mujeres son las que soportan en mayor magnitud el impacto del cambio climático y sus efectos en la salud, representando casi la totalidad de las muertes mundiales a consecuencia de enfermedades prevenibles. En la medida en que las sociedades humanas están biológica y socialmente definidos por sexo, las relaciones que establecen hombres y mujeres en la preservación de la vida es totalmente desigual. Las mujeres históricamente soportan de una forma desigual estas inequidades recayendo sobre sus hombros todo el peso de los desequilibrios ecológicos y los impactos en la salud. La mujer ha estado asociada a la naturaleza lo que ha justificado plenamente la culpabilización. Sello ideológico responsable de una visión eminentemente esencialista que las asocia a la preservación de la vida y la naturaleza excluyendo a los hombres de sus responsabilidades.

"En el esfuerzo político y epistemológico por sacar a las mujeres de la categoría de la naturaleza y situarlas en la cultura como sujetos de la historia construidos y autoconstruidos, el concepto de género ha tendido a estar en cuarentena debido a las infecciones del sexo biológico. Por consiguiente, ha sido muy difícil teorizar sobre las construcciones en marcha de lo que considera como sexo o como femenino".¹³

Ecosalud. Los nuevos desafíos

Desde el enfoque de ecosalud, se intenta dar respuesta a los desafíos que está imponiendo el siglo XXI para cerrar las brechas de inequidad social en el área de la salud, específicamente para el control de enfermedades transmitidas por vectores.

Enfoque que se orienta hacia el estudio y gestión de los ecosistemas y su estrecha vinculación con la salud humana. En otras palabras, vivir en armonía

con la naturaleza. Podemos afirmar sin lugar a dudas, que el enfoque implica una mirada ecosistémica, transdisciplinaria con equidad social, de género y con la comunidad participando activamente. Los enfoques ecosistémicos han venido tomando el escenario como expresión de las inconsistencias de un modelo biomédico totalmente ahistórico, y a espaldas del mundo de la vida. El tradicional modelo asistencialista- focalizado- preventivo está agotado por no haber podido impactar la pobreza, la muerte prevenible, el desequilibrio ecosistémico entre otras calamidades. Estamos frente a una resignificación del pensamiento en salud, con la incorporación del enfoque de ecosalud como planteamiento que viene a rescatar el mundo de la vida y desde allí; visualizar las necesidades sentidas, las potencialidades de la gente, de sus contextos para construir en red todo un complejo entramado de acercamientos a la realidad que permita impactar desde otra visión, desde otras sensibilidades, desde otras sensorialidades, el estudio y la gestión de los ecosistemas y su relación con la salud humana. Un giro copernicano dentro del campo de la investigación en salud, que rompe con la linealidad del paradigma lógico positivista como única forma de construir conocimiento.

Restaurar el equilibrio ecológico del planeta se ha convertido en un desafío impostergable, lo que ha posibilitado hacer un viraje desde la salud pública hacia la salud colectiva incorporando el género como variable transversal. Repensar la mirada lineal propia del paradigma lógico positivista androcéntrico por excelencia, hacia una perspectiva más integral e integradora donde entren en sinergia multiplicidad de aspectos poco considerados por la mirada reduccionista de la salud pública, ha sido el gran aporte del enfoque de ecosalud.

Una complejidad que nos está invitando a un diálogo de saberes donde trascendamos lo disciplinar para ir al encuentro de lo transcomplejo. Entendiendo la transcomplejidad como procesos de construcción de conocimiento en red que busca entre otras cosas; comenzar a dar otras respuestas a los procesos salud-enfermedad desde otras perspectivas onto epistemológicas. Nos referimos a un pensamiento dialogizante, un nuevo paradigma inspirado en la capacidad auto reflexiva y crítica que permita abordar la realidad desde un enfoque poliédrico donde el todo está en las partes y viceversa. Para Morín,¹⁴ se trata de esquemas cognitivos que atraviesan lo disciplinar para ir al encuentro de nuevas estructuras epistémicas totalmente diferentes a la simplicidad de la ciencia positiva. El enfoque de ecosalud, se nutre del pensamiento complejo cuando señala que lo humano es

parte esencial de los ecosistemas. Un religamiento entre la salud humana y el ambiente. Villegas,¹⁵ señala que todo este proceso ecosistémico está fundamentado a la construcción de conocimiento en red, una óptica dialéctica donde los diferentes actores y actoras puedan intercambiar saberes y experiencias en función de mejorar en este caso, la salud de las comunidades.

Por otra parte, podemos señalar que el enfoque de eco salud se concreta en una práctica en salud activa, cooperativa e interrelacionada que rompe con la parcelación del conocimiento y la intervención desde quienes tienen el poder para pensar y decidir. Privilegia la capacidad de construir en conjunto visiones compartidas en un diálogo de saberes integradores. Asume que la realidad es múltiple, diversa, relacional y en permanente construcción. Realidad que solo puede ser abordada desde sus propios actores y actoras con sus equipajes representacionales, y sus intersubjetividades que se entrecruzan en un infinito universo semiótico. El enfoque de eco salud pone énfasis en el involucramiento de las comunidades para enfrentar sus problemas de salud. Promover comunidades ambientalmente saludables, pasa indefectiblemente por incorporar la perspectiva de género como paso para lograr equidad social y la resignificación de una nueva gramática del sentido para el estudio y abordaje de los ecosistemas y su relación con la salud.

Género y ecosalud. Los caminos andados

El interés por incorporar el género en las políticas públicas en salud se conoce a partir de la década de los años 70-80. El enfoque Mujeres en el Desarrollo (MED), de corte desarrollista promovía la integración de las mujeres al desarrollo sin tomar en consideración las relaciones de poder existentes, la posición ocupada por ellas en la estructura económica y en las relaciones de género. El gran olvido fue no considerar las relaciones desiguales de género, ni la articulación de los roles productivos y reproductivos en el acceso a los recursos. Las tesis neomalthusianas no encontraron mejor espacio para resolver los problemas de salud, de pobreza, de quiebres que centrar la culpa en la mujer, dejándose de lado, los condicionantes socio-eco-bio estructurales responsables de la degradación del planeta y su impacto en la salud. Las mujeres dentro de este enfoque, solo fueron visibilizadas dentro de sus roles reproductivos reproduciéndose una visión totalmente fragmentada de las mujeres y un solapamiento perverso sobre la regulación social, la autonomía y el ejercicio de una ciudadanía activa que posibilite el empoderamiento de las mujeres al espacio de lo público en salud desde sus entornos comunitarios.

A mediados de la década de los años 80, la promoción de la salud cobra fuerza en los discursos de los organismos internacionales. Cinco principios orientaron este proceso:

Involucramiento de la población en el contexto de su vida cotidiana, en vez de centrarse en personas con riesgos de enfermar.

Incorporar dentro de los determinantes del proceso salud-enfermedad la mirada al ecosistema.

Incorporar diversos caminos teórico conceptuales para el abordaje de la salud y la enfermedad.

Incorporar a las mujeres en la definición de los problemas de salud de la comunidad.

Reconocer el carácter intersectorial de la promoción de la salud, a través de un trabajo en red que posibilite una mirada integral compleja.

Con la realización de la convención CEDAW (1981), se avanza en el derecho que tienen las mujeres a vivir una vida libre de discriminación, emblema bandera de las feministas ecologistas en función de incluir la visión ecosistémica con lentes de género, para abordar los problemas de salud.

En la década de los 90 surge un nuevo modelo: Género en el desarrollo (GAD), la atención estuvo centrada no solo en colocar sobre el tapete las relaciones desiguales de género, sino las estructuras reproductoras de las desigualdades. Lo que interesaba para el momento era incorporar el género en el mainstreaming de las políticas públicas, para lo cual era imprescindible colocar sobre el tapete la situación de las mujeres tomando en consideración las diferencias intra e intergeneracionales. En enfoque GAD, estuvo impulsado por la Conferencia Mundial sobre la mujer celebrada en 1985 en Nairobi. Dentro de los acuerdos allí sellados, se precisó la necesidad de incorporar la perspectiva de género como requisito fundamental para cerrar las brechas de inequidad social.⁸

A partir de esta década de los años 90, se ha evidenciado una interesante apertura hacia la implementación de políticas públicas género-sensitivas en la mayoría de los países de la región. Referenciamos los trabajos de Elson,¹⁶ quien acuñó el término: "Políticas Conscientes de Género". Sería injusto no mencionar los avances que tienen como escenario las

agendas del Cairo y Beijing,^{17,18} como expresión de los movimientos feministas quienes desde diferentes posturas ideológicas, impulsaron toda una serie de discusiones orientadas a visibilizar las situaciones de inequidad vividas por las mujeres, y la necesidad impostergable de contar con políticas públicas que abrieran espacios para el reconocimiento y valoración de las mujeres en todos los espacios de la vida societal.

Las conferencias internacionales desde Ottawa a Yakarta (1986), vienen insistiendo en la necesidad de empoderar a las mujeres de forma que ellas, el estado y el sector salud, tomen conciencia de su derecho a participar en los asuntos públicos, donde la salud ocupo importantes espacios de discusión. Muy a pesar de los esfuerzos, los acuerdos suscritos se han retardado observándose una brecha entre el discurso y la acción. Al respecto García,¹⁹ señala que lo que existe no es un déficit de derechos sino de hechos.

La primera conferencia de promoción de la salud celebrada en Ottawa, sentó las bases para la intervención en salud con equidad de género. Las mujeres fueron visibilizadas en relación a su vinculación en proyectos comunitarios para hacer frente a los asuntos que tienen que ver con la salud en sus espacios comunitarios.

En 1988 la conferencia de Adelaida (Australia), identifico como área clave la protección de la salud de las mujeres, argumentando que son ellas las principales promotoras de salud por las acciones de cuidado que realizan no solo en sus espacios familiares sino comunitarios. Dentro de los debates sostenidos en este encuentro, se precisó la importancia de fortalecer y estimular las asociaciones de mujeres como estrategia para lograr empoderamiento dentro de los programas de promoción de la salud.

En 1991, se realizó en Sundsvall (Suecia), un encuentro donde se puso de manifiesto la necesidad de promover la participación de las mujeres como poseedoras de saberes y habilidades para el fortalecimiento de la salud en sus comunidades.

En 1997, se celebra en Yakarta la IV conferencia sobre promoción de la salud, allí se sentaron las bases para un nuevo enfoque: las intervenciones en salud tienen que reflejar las necesidades de las mujeres desde las propias mujeres. Se asume la perspectiva de género como la vía para involucrar a mujeres y a hombres en las tareas del cuidado de la salud de la comunidad, donde el medio ambiente comienza a ser visualizado dentro de un nuevo concepto de salud (componente de la calidad de vida).

La Organización Panamericana de la Salud coincide con el movimiento de salud de las mujeres en la necesidad de aplicar el enfoque de género en el diseño e implementación de las políticas públicas de salud, no solo en lograr la equidad, sino la eficiencia y sostenibilidad de los programas de salud. Es necesario aclarar que igualdad y equidad no son sinónimos. La equidad tiene como propósito, contribuir a lograr la igualdad por encima de las diferencias que puedan existir cualquiera sea la naturaleza de estas.

La equidad se hace posible, cuando el trato que se da a las mujeres está basado en la justa consideración de las necesidades e intereses desde las diferencias de manera tal que, ese trato justo permita lograr que la igualdad de derechos o de jure, se concrete en políticas. La equidad es lo que va a permitir dar trato diferencial.²⁰ En este orden de ideas, la equidad se logra gracias al trato justo de acuerdo con las necesidades prácticas y estratégicas de género. La igualdad exige valorar y favorecer las diferencias de necesidades, intereses, comportamientos y aspiraciones de hombres y mujeres en tanto tipificados estos en las leyes. De los postulados de Rawls, afloran conceptos como igualdad de oportunidades, igualdad de trato, igualdad ante la ley.

Es oportuno señalar la promulgación en Venezuela del Plan Estratégico Social (2001-2007), (PES)²¹ el cual representó un avance bien significativo con la incorporación del género como variable transversal. El PES, tuvo como norte reducir los déficits de atención en salud impactando en las inequidades de condiciones de calidad de vida y salud por género, ciclos de vida, territorio social, clase social, etnia. La equidad en este marco regulatorio, se convierte en la máxima expresión de la justicia social. En otras palabras, construir ciudadanía a partir de la conquista de los derechos sociales a partir de actores y actrices con autonomía y poder para transformar sus vidas. La equidad de género en salud dentro de ese marco, se refiere a la ausencia de disparidades injustas y evitables entre las mujeres y los hombres en cuanto a la salud y los factores que están influyendo en ella. Por otra parte, hace referencia a la asignación de recursos según las necesidades prácticas y estratégicas de mujeres y hombres. La equidad de género en salud implicó distribuir con justicia las responsabilidades que de ello se derivan. Un nuevo contrato social en función de construcción de ciudadanía.

El desafío estuvo en organizar el campo de las reflexiones y las acciones en salud y condiciones de vida, tal y como se viven en la cotidianidad partiendo de la reproducción social de las condiciones de vida y la utilización de la categoría de territorio social para los

abordajes de salud. El concepto de territorio permite comprender que la calidad de vida y salud no es el espacio de los servicios, sino de la gente en su cotidianidad, con toda la carga intersubjetiva que circula y se entreteje permanentemente. En tal sentido, el territorio es un espacio de participación, de acción intersectorial, de construcción de agendas sociales y de redes. De lo que se trata es de buscar el carácter social del proceso salud enfermedad en su determinación social.

Queda clara, la ausencia total de la mirada ecosistémica como parte fundamental de todo ese entramado que ha obligado a mirar desde la multidimensionalidad, incorporando el ambiente como aspecto clave para mejorar la salud de las comunidades.

En el año 2003 se realizó el I Foro Internacional sobre Enfoques Ecosistémicos para la salud humana en Montreal (Canadá), allí se afianzó el derecho de todas y todos a tener acceso a la salud en función de lograr desarrollo comunitario y sustentabilidad ambiental. Comienza un periodo de gran producción de conocimientos y de investigación utilizando el enfoque de eco salud lo cual ha contribuido a ir conformando un corpus teórico conceptual en torno a la cosa en cuestión. En este sentido, el gobierno de Canadá propone el desarrollo basado en género (GBA), con el propósito de introducir esta perspectiva para evaluar los impactos diferenciales de políticas programas y marcos regulatorios tanto en hombres como en mujeres. Esta herramienta se aplica en los procesos de investigación a fin de clarificar la comprensión sexo/género y su relación con los determinantes eco-socio- biológicos. Por otra parte, permite mejorar aspectos estructurales de las políticas públicas género sensitivas.

En 2008 se llevó a cabo el II Foro en México para promover la adopción del movimiento de ecosalud a nivel mundial. A partir de allí, una nueva semiosis social ha iniciado su proceso de consolidación generándose una nueva matriz de opinión en torno al enfoque de eco salud como plataforma para incentivar el involucramiento de la gente en la intervención de enfermedades transmitidas por vectores, y concretar procesos de investigación e intervención desde una mirada compleja. El gran desafío ha sido lograr la promoción de la participación comunitaria para la construcción de ambientes saludables. Se hace necesario buscar nuevas formas de relación entre la gente y los ecosistemas a fin de lograr mejor salud y desarrollo sustentable. En otras palabras, comprender la salud dentro de la complejidad de los ecosistemas.

Todo este brevísimo recorrido, permite ver claramente como han existido aproximaciones interesantes orientadas a diseñar políticas públicas en salud con lentes de género y a repensar los procesos de producción de conocimiento desde otros márgenes. El enfoque de eco salud coloca sobre la mesa, el debate en torno a la necesidad de reducir las brechas de inequidad de género en función de lograr una mayor gestión ambiental y de esta manera, mejorar la calidad de vida y salud de las mujeres. Seis grandes principios rectores fundamentan el enfoque de ecosalud.

1.- Pensamiento sistémico

Permite desde una mirada compleja abordar realidades dentro de una posición poliédrica. Ello posibilita abordajes socio-bio-ecológicos donde interactúan multiplicidad de factores epigenéticos los cuales tienen obligatoriamente que ser abordados sinérgicamente en aras de interpretar, comprender y abordar las problemáticas de salud desde lo sistémico y desde diferentes horizontes. Ello exige la vinculación de actores y actoras comunitarias conjuntamente con los equipos multidisciplinarios de intervención; para construir en conjunto las necesarias aproximaciones y acciones desde los territorios sociales y desde el mundo de la vida.

2- Investigación Transdisciplinaria

Implica la integración de diferentes perspectivas científicas en el abordaje de los problemas de salud, en función de lograr aproximaciones desde diferentes perspectivas socio bio ecológicas. La transdisciplina reconoce lo importante de valorizar los saberes no solo formales sino aquellos que se construyen desde el conocimiento del sentido común. Un dialogo de saberes que promueva la participación comunitaria activa en todas las fases del proceso de investigación e intervención, posibilitando la tan ansiada integración inter paradigmática para realizar abordajes más integradores. Proceso dialógico que marca cambios profundos en la construcción del conocimiento.

3.-Participación Comunitaria

El enfoque de ecosalud se afianza en la participación como una vía de reconocimiento de saberes y experiencias desplegadas en las comunidades para afrontar la problemática de salud. Tradicionalmente estas innovaciones no fueron tomadas en consideración por los expertos quienes desde otros contextos y vivencias, planificaron y abordaron realidades a espaldas de las comunidades. El modelo de gestión y a

atención estuvo marcado por la exclusión y el desprecio de otros saberes. Involucrar y empoderar a la gente es un paso decisivo para lograr sostenibilidad y construcción de ciudadanía activa. Uno de los fundamentos más significativos del enfoque ecosistémico lo constituye los procesos de investigación acción participativa (IAP) como estrategia para lograr desde el mundo de la vida, visualizar los problemas y construir en equipo las soluciones posibles. Involucrar a la comunidad desde la IAP, garantiza un proceso de investigación incluyente, dinámico, cooperativo, hermenéutico, concientizador.

4- Sustentabilidad

Este principio implica que los cambios sean ambientalmente sanos, socialmente sustentables, apropiados y de fácil sistematización. Para ello, se requieren mecanismos de gobernanza flexibles y adaptables. La apuesta es por lograr cambios éticos, positivos y duraderos. Los desafíos que impone la sustentabilidad son enormes, de tal modo que el equipo investigador debe estar preparado para unas dinámicas que no pueden encerrarse en tiempos definidos, ni enmarcarse en acciones a costa de las realidades que se viven. Para tener éxito, necesitamos mentes amplias y flexibles capaces de establecer vínculos que abran caminos y posibiliten ver el sol aun en las tormentas.

5- Equidad social y de género.

Un enfoque ecosistémico que involucre el género como matriz conceptual, permite visibilizar las inequidades sociales como expresión de una cultura patriarcal - misógina. Representa un gran avance para identificar el impacto que ha tenido en salud la división social y sexual. Las inequidades de género son responsables en gran medida del desequilibrio ecosistémico así como de una morbi mortalidad absolutamente prevenibles. Ser hombre o ser mujer impacta en la relación que se tiene con los ecosistemas, en el acceso a la salud, educación, oportunidades laborales, vivienda. Siendo las mujeres la mitad de la población mundial, el llamado es a concretar el discurso en la acción, a partir de políticas públicas con lentes de

género. Se han suscrito cientos de acuerdos producto de los reclamos desde los feminismos, con el propósito de llamar la atención sobre las condiciones de vida y salud de las mujeres. Estamos saturados de leyes y declaraciones que solo son discursos. La deuda social con las mujeres, sigue siendo un reto impostergable. La OMS,¹⁰ señala en uno de sus tantos informes que la violencia, la pobreza, las desnutrición entre otros males, representa la casi la totalidad de las muertes de mujeres y niñas ocasionadas por la malaria, en el mundo.

Incorporar la mirada de género, dentro del enfoque eco salud, va a contribuir a mejorar las condiciones de inequidad social que viven las mujeres a partir de procesos de concientización y capacitación sobre lo que significa ser mujer, y el papel fundamental que tienen que jugar en la conformación de una cultura que valore y respete la vida.

6.-Del conocimiento a la acción

Resignificar al conocimiento que se genera en la investigación desde otras perspectivas epistémicas en función de impactar las condiciones de vida y salud, es fundamental para ir concretando el discurso en la acción. En tanto tal, se estaría construyendo una forma de hacer sostenible lo que se produce. La sistematización es tarea obligada así como establecer estrategias para elaborar el mapeo de actores y actoras visualizando y calibrando las diferentes posturas para de esta manera, ir sobre pasos firmes que permitan transitar los mejores caminos con los y las actoras que pueden potencialmente impulsar, apoyar y acompañar el proceso investigativo. Paso fundamental para la construcción de alianzas estratégicas abriéndole espacios a los procesos de *advocay* (negociación). Es un imperativo asegurar la implementación, transferencia y traducción del conocimiento en aras de mejorar la salud de las comunidades, utilizando diversos enfoques y abordajes que tiendan a lograr los esperados impactos socio- ecológicos. Un proceso de construcción de conocimiento desde otra episteme, un proceso dialógico y flexible, pensado para la inclusión y la construcción de una ciudadanía activa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Montero, L. El imaginario colectivo sobre el parto y el nacimiento construido por enfermeras a través de su praxis obstétrica. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Carabobo. Venezuela. 2014.
- 2) Ramos, M. Historia Social: un espacio de encuentro entre género y clase. En Gómez G. Las relaciones de Género Ayer, 1995; (17): 85-102. Madrid.
- 3) Comesaña, G. La ineludible metodología de género. Revista Venezolana de Ciencias Sociales. Universidad Experimental "Rafael María Baralt". Vicerrectorado Académico. 2004; 8: (1). Venezuela.
- 4) Artiles, L. Políticas de Salud desde una perspectiva de género. Curso itinerante Género y Salud. Instituto de Altos Estudios de Salud Pública. "Arnoldo Gabaldón". Maracay, Venezuela, 2001.
- 5) De Negri, A. El desarrollo de un pensamiento estratégico en las políticas públicas para la calidad de vida y salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Caracas. Venezuela. 2002.
- 6) Tájer, D. Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. En Políticas públicas mujer y salud. Ed. Universidad Nacional del Cauca. Popayán. Colombia. 2004.
- 7) González, M. Género y Salud. Una mirada a la norma de atención sexual y reproductiva en Venezuela. En: González, M. y Delgado, Y. (Coord). Mujeres en el Mundo. Universidad de Carabobo. Venezuela. 2011.
- 8) González, M. Género y Salud. En el camino de lo siempre de lo posible. En: González, M. y Delgado, Y. (Coord). Mujeres en el Mundo. Universidad de Carabobo, Venezuela. 2011.
- 9) Sen, G. Women poverty and population. Issues for the concerned environmentalist. En Harcourt W. (ed). Feminist perspectives on sustainable development. Zed. Press. London. 1994.
- 10) Organización Mundial de la Salud. El peso mundial de la enfermedad. Ginebra. Suiza. 2008. Disponible: en www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html.
- 11) Charron, D. La investigación de ecosalud en la práctica. Aplicaciones innovadoras de un enfoque eco sistémico para la salud. Plaza Valdez. Editores. 2014.
- 12) Organización Mundial de la salud. Women and health today evidence. Tomorrows agenda. Ginebra. Suiza. 2009. Disponible en: www.who.int/gender/documents/978941563857/en/index.html.
- 13) Haraway, D. Simians, cyborg and women. Londres Free Association Books. Inglaterra. 1991
- 14) Morín, E. Los siete saberes necesarios para la Educación del futuro. Universidad Central de Venezuela. Caracas. 2000.
- 15) Villegas, N. Epistemología del enfoque integrador transcomplejo. En: Investigación transcompleja. De la Disimplicidad a la Transdisciplinariedad. Universidad Bicentenario de Aragua. Venezuela. 2009
- 16) Elson, D. Sector Programme Support The Health Sector. Manchester University Press. England. 1998.
- 17) Organización de las Naciones Unidas. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Cairo, 1994.
- 18) Organización de las Naciones Unidas. Declaración y Plataforma de Acción adoptada por la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer: Beijing, China, 1994.
- 19) García, E. Derechos Públicos y Ciudadanía de las Mujeres. Ed. GENDHU. Caracas. Venezuela. 1999.
- 20) Rawls J. Teoría de la Justicia Social. Fondo de Cultura Económico. México, 1981.
- 21) Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Plan Estratégico Social 2001-2007- Versión mimeo. Caracas. Venezuela. 2002.

APROXIMACIÓN A LA PROBLEMÁTICA DE LA COENDEMICIDAD ENFERMEDAD DE CHAGAS-LEISHMANIASIS DESDE UN ENFOQUE DE ECOSALUD.

APPROXIMATION TO THE PROBLEM OF COENDEMICITY CHAGAS -LEISHMANIASIS DISEASES FROM AND ECOHEALTH APPROACH.

Yenny Alviarez^{1,2} Elizabeth Ferrer^{1,3}

ABSTRACT

Chagas disease and leishmaniasis belong to the group of Neglected Tropical Diseases are zoonosis considered as a public health problem in Venezuela, present in rural, suburban and urban areas. The transmission of both is given by complex processes, which modifies the environment favoring infection with these two groups of protozoa have a common susceptible host, human, many of their geographical foci coincide and can also exist, practices and attitudes linked to ignorance of the modes of transmission of these diseases could encourage contact and infection /coinfection. To study these the Ecohealth approach, which allows to identify interactions between social and ecological systems, which connects to the complex thought, with a view from its fundamental principles proposed: 1) systems thinking, 2) transdisciplinary research 3) social participation, 4) social and environmental sustainability 5) gender equality and social, and 6) the approach of the gap between knowledge and action, which could provide important information of great help to propose public health policies, to strengthen the control programs for these diseases.

KEY WORDS: Chagas disease, leishmaniasis, Ecohealth approach.

RESUMEN

La enfermedad de Chagas y leishmaniasis pertenecen al grupo de las Enfermedades Tropicales Desatendidas, son zoonosis consideradas problemas de salud pública en Venezuela, presentes en zonas rurales, suburbanas y urbanas. La transmisión de ambas se da por procesos complejos, en los cuales se modifica el medio ambiente favoreciendo la infección con estos dos grupos de protozoarios, tienen un hospedador susceptible común, el humano, muchos de sus focos geográficos coinciden y pueden existir además, prácticas y actitudes que unidas al desconocimiento de las formas de transmisión de estas enfermedades, pudieran favorecer el encuentro y la infección/coinfección. Para el estudio de estas se propone el enfoque de Ecosalud, el cual permite identificar interacciones entre los sistemas sociales y ecológicos, que se conecta con el pensamiento complejo, con una mirada desde sus principios fundamentales: 1) pensamiento sistémico, 2) investigación transdisciplinaria 3) participación social, 4) sostenibilidad social y ambiental, 5) equidad de género y social, y 6) el acercamiento de la brecha entre conocimiento y acción, los cuales podrían aportar datos importantes de gran ayuda para proponer políticas públicas de salud, que fortalezcan los programas de control para estas enfermedades.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad de Chagas, Leishmaniasis, enfoque de Ecosalud.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades tropicales desatendidas (ETD) afectan, principalmente, a las poblaciones que viven con escasos recursos socioeconómicos, bajo nivel educativo, viviendas precarias, carencia de acceso a servicios básicos como agua potable y saneamiento

básico, en zonas de conflicto o en condiciones ambientales deterioradas, y con barreras en el acceso a los servicios de salud. Las poblaciones vulnerables viven en las zonas rurales o en los cinturones de miseria de las ciudades de los países tropicales. Por compartir factores determinantes sociales y ambientales comunes, las ETD frecuentemente presentan superposición geográfica.¹

Los Estados suelen dar poca prioridad a estas ETD, (en cuanto a prevención, vigilancia y control), por su naturaleza crónica, silenciosa y por afectar a comunidades con voz política débil.² A su vez, el sector privado ha limitado la investigación, el desarrollo de nuevos y mejores medicamentos y métodos de diagnóstico, por cuanto no encuentra en su comercialización un mercado capaz de generar utilidades que compensen las inversiones realizadas, dado el

Recibido: Noviembre, 2014 Aprobado: Enero, 2014

¹Instituto de Investigaciones Biomédicas "Dr. Francisco J. Triana-Alonso" (BIOMED), Universidad de Carabobo Sede Aragua, Maracay, Venezuela.²Departamento Clínico Integral, Escuela de Bioanálisis "Profa. Omaira Figueroa", Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo, Maracay, Venezuela.³Departamento de Parasitología, Facultad de Ciencias de la Salud, Sede-Aragua. Universidad de Carabobo.

Correspondencia: yenalvi@gmail.com

limitado poder adquisitivo de los grupos humanos afectados.¹

La enfermedad de Chagas y leishmaniasis pertenecen al grupo de estas ETD,³ son zoonosis, consideradas problemas de salud pública en Venezuela, donde afectan principalmente zonas rurales y suburbanas con precarias condiciones socioeconómicas y de salubridad, aunque en los últimos años la enfermedad de Chagas y la leishmaniasis se han presentado en zonas urbanas.⁴⁻⁶

En un estudio epidemiológico realizado en Venezuela durante el período 1988 al 2007, sobre leishmaniasis cutánea, se determinó a nivel nacional 2.388 casos por año, con una tasa promedio anual de 10,5 por 100.000 habitantes. Los casos fueron registrados por entidad federal, observándose regiones como los estados andinos (Trujillo y Mérida) con tasas superiores a 30 por 100.000 habitantes. Cabe destacar que la distribución según forma clínica fue: 97,94% (46.778 casos) leishmaniasis cutánea localizada; 1,11% (531 casos) leishmaniasis cutánea mucosa y 0,22% (107 casos) leishmaniasis cutánea difusa.⁷ Por otra parte en nuestro país existen zonas endémicas para leishmaniasis visceral, entre ellas se encuentran comunidades rurales del estado Lara (con seropositividad en humanos y perros, de 21% y 89%, respectivamente)⁸ y zonas urbanas, donde específicamente se han realizados reportes de 14 casos de leishmaniasis visceral en el área metropolitana de Valencia durante los años 1989 al 2003.⁹

Con respecto a la enfermedad de Chagas, en Venezuela en los años 2008 al 2011, se reportaron prevalencias entre 7,2% y 16,3% con 8,3% en niños menores de 10 años de edad, esto sugiere la reemergencia de la enfermedad de Chagas y una transmisión activa.¹⁰⁻¹² Por otro lado, durante los últimos años se han presentado brotes epidémicos de la enfermedad de Chagas por transmisión oral, en zonas urbanas, como en el municipio Chacao y Chichiriviche de la Costa, donde se detectó miocarditis y varias muertes.¹³⁻¹⁵

La transmisión de estas enfermedades se da por procesos complejos en los cuales se modifica el medio ambiente favoreciendo la infección con dos tipos de protozoarios, debido a su relación con vectores invertebrados donde cumplen parte de su ciclo, así como reservorios vertebrados (hombre y demás mamíferos) que son compartidos, y son hospedadores susceptibles comunes, en el ser humano; adicionalmente ambas enfermedades tienen una amplia distribución a lo largo de casi todo el continente americano y muchos de sus

focos geográficos coinciden, pueden existir además, prácticas y actitudes que unidas al desconocimiento de las formas de transmisión de estas enfermedades, pudiesen favorecer la infección y la coinfección.^{16,17}

En este sentido, es importante destacar que el humano en su sobrevivencia, se apropia, invade, usa espacios naturales propios de los vectores y modifica el medio ambiente, utilizando materiales para la construcción de sus viviendas que se traducen en un nido ideal para los insectos y además ha mantenido criaderos de animales cercanos a sus viviendas.¹⁸⁻²⁰ Esta modificación de la naturaleza por parte de los individuos, atraen o transportan hacia ellos mismos los vectores que pueden ser portadores de los parásitos, y así abren la puerta, que favorece el encuentro y la enfermedad. De allí que el estudio de estas enfermedades requiere un abordaje integral, ya que ambas conforman una problemática compleja.

La idea de complejidad suscribe aquí lo argumentado por Morin²¹ en cuanto implica una modalidad de intervención ligada a un pensamiento capaz de dialogar, de considerar la heterogeneidad, la contradicción, la paradoja y los conflictos. La complejidad no significa complicación, todo lo contrario, connota multiplicidad de factores que se cruzan y entrecruzan sin pretender dar explicaciones casualistas o finalistas, es un pensamiento articulante y multidimensional.²² Una perspectiva que reconoce formas lógicas, que van más allá de la linealidad causa / efecto y donde las líneas teóricas se complementan, para dilucidar un campo problemático.²³

La naturaleza íntima de los sistemas o estructuras dinámicas que se componen o constituyen en elementos heterogéneos, son lo que son por su posición o, por la función que desempeña en la estructura o sistema total; es más, el buen o mal funcionamiento de un elemento repercute o compromete el funcionamiento de todo el sistema. El mundo de hoy se caracteriza por sus interconexiones a un nivel amplio y global en el que los fenómenos físicos, biológicos, psicológicos, sociales y ambientales, son todos recíprocamente independientes. Para describir este mundo de manera adecuada, se necesita una perspectiva más amplia, holística, sistémica y ecológica que no pueden ofrecer las concepciones reduccionistas del mundo ni las diferentes disciplinas aisladamente; y menos aún, con términos, conceptos y lenguajes calcificados en el tiempo y el espacio, que fueron útiles para representar realidades que ya no existen y que fueron sustituidas por otras. Se hace necesaria una nueva visión de la realidad, es decir, una transformación

fundamental del modo de pensar, de percibir y de valorar. Cualquier área que se cultive debería tomar en cuenta y respaldar un paradigma que las integre a todas, cada una de acuerdo al rol o función que desempeña en el todo.²⁴

El enfoque de Ecosalud, es teórico/conceptual y metódico que estudia las relaciones de los ecosistemas, los sistemas sociales y la salud humana en diversos temas como la prevención y control de las enfermedades transmitidas por vectores, entre otros. Si bien existen diversas teorías, en los últimos años ha evolucionado de una aproximación basada en tres pilares: 1) transdisciplinariedad, 2) participación y 3) equidad, afectando el ecosistema de la salud, a una mirada con base a seis principios fundamentales que incluyen: 1) el pensamiento sistémico, 2) la investigación transdisciplinaria 3) la participación social, 4) la sostenibilidad social y ambiental, 5) la equidad de género y social, y 6) el acercamiento de la brecha entre conocimiento y acción.²⁵

Este es el enfoque donde se enmarca el pensamiento sistémico, que permite identificar interacciones entre los sistemas sociales y ecológicos, contribuyendo a establecer un marco para definir las consecuencias que tiene para la salud humana. El pensamiento sistémico se conecta con el pensamiento complejo y, más recientemente, con las ciencias de la complejidad al mostrar como las interacciones suelen pasar de escenarios simples a complejos, e incluso caóticos caracterizados por tener altos niveles de incertidumbre.²⁶

Al respecto González y Sosa,²² en el año 2010, señalan que cada estructura está compuesta de otras subestructuras o subsistemas y todos juntos forman una superestructura dinámica de altísimo nivel de complejidad. Ese todo polisistémico obliga a pensar en la interdisciplina para poder captar la riqueza de la interacción entre los diferentes subsistemas. Complementariedad que se puede resumir como sigue: la descripción de los fenómenos depende del modo de observarlos, ninguno de los modelos complementarios de un cierto fenómeno es completo, un determinado fenómeno se manifiesta al observador desde diferentes perspectivas. No se trata de sumar sino de respetar e integrar los diferentes aportes en un todo coherente, una lógica de la interdependencia dialéctica, en la cual, las partes son comprendidas desde el punto de vista de un todo y viceversa.

En este mismo orden de ideas, Morin²¹ se sitúa en un nivel transdisciplinario que permite concebir, al mismo tiempo, tanto la unidad como la diferenciación

de las ciencias, no solamente según la naturaleza material de su objeto, sino también según los tipos y las complejidades de los fenómenos de asociación/organización. La investigación transdisciplinaria, nos obliga a pensar que nos movemos en un mundo de complejidad e incertidumbre en el que la realidad debería comprenderse y explicarse desde todas las perspectivas posibles, a partir de la interacción de las más diversas áreas de conocimiento y a partir de un entendimiento transdisciplinar que evite el reduccionismo propio de los abordajes disciplinares articulando la experiencia al conocimiento científico y el saber social.

Con respecto a la transdisciplinariedad, es importante destacar que existen conductas del hombre y modificaciones del medio ambiente por parte de este, que favorecen las infecciones zoonóticas, por lo que es importante abordar el problema de una manera integral estudiando; el humano, los reservorios, los vectores, las condiciones socioeconómicas y culturales de la población, así como, su relación con el medio ambiente.¹⁹⁻²⁰

La Reemergencia de la enfermedad de Chagas y la Leishmaniasis, ambas patologías complejas, hacen necesario un estudio integral de las mismas, con la debida intervención de equipos multidisciplinarios para el abordaje del problema en su integridad. En Venezuela son pocos los estudios sobre co-infección, tanto en humanos como en reservorios,²⁷ debido principalmente, a la dificultad de su diagnóstico, por las limitaciones de las técnicas convencionales.²⁸ También es cierto que, en el ámbito profesional médico, no se aprecia especial interés en el tema y se observan ciertas deficiencias, posiblemente por su formación en el modelo biomédico reduccionista, donde las especialidades médicas están enfocadas en alcanzar un conjunto de conocimientos relativos a un área específica del cuerpo humano, que son muy útiles en casos individuales y de emergencias, pero influyen muy poco en la salud del conjunto de la población, donde se encuentran las enfermedades tropicales, que afectan principalmente a los grupos sociales económicamente desfavorecidos.²⁹

Con respecto a la investigación, se ha producido un gran desarrollo en las disciplinas que estudian el tema, con un gran impacto en el conocimiento del *Trypanosoma cruzi* y de las especies de *Leishmania*, los vectores, los mecanismos de transmisión, la inmunología, la patología, entre otras. Sin embargo, el sujeto, víctima del problema, se invisibiliza por varios factores. Por un lado, la falta de conocimiento sobre las enfermedades, la baja demanda social, la disminución de expectativas, el aislamiento y abandono por carencia

de información. La urbanización de la enfermedad de Chagas y la leishmaniasis aumenta la complejidad asistencial por la asociación con otras patologías y estados de inmunodepresión, con alto costo social y económico del sistema sanitario, que requiere una masa crítica de profesionales para diagnosticar y tratar las reactivaciones.²⁰ Es importante tomar el desafío de desmontar ciertos mecanismos deterministas/estigmatizantes, donde se recuperen las potencialidades de los sujetos sociales en sus contextos de localización y alejarse de ciertas prácticas asistencialistas que desde una posición asimétrica de dominación/sumisión cristalizan y reproducen una cultura de dependencia entre los actores de la salud.³⁰

Por otro lado, la mayoría de los estudios sobre estas enfermedades están enmarcados en la epidemiología clínica, en su mayoría de prevalencia,³¹ en los cuales no se toman en cuenta o si lo hacen es de una manera muy parcial, los aspectos socioculturales de la población y sus relaciones con el medio ambiente, con un enfoque desde el investigador y donde no se reflejan las realidades de las comunidades, las cuales podrían hacer que estos individuos sean más susceptibles a sufrir estas enfermedades.

Por su parte, De Almeida en el año 1992,³² introduce la propuesta denominada epidemiología crítica, en contraposición a la epidemiología clínica y descriptiva, donde se reconoce la necesidad de los modelos teóricos, construidos bajo la primacía de la lógica de refutación y la rediscusión competente de la noción de causalidad. En este modelo se destaca la profundización, predominante en la investigación antropológica, con un abordaje distinto al tradicional, donde se busca la riqueza del detalle, tan sólo posible a través de un examen profundo de unos pocos casos, que puede ser una rica fuente de información para el proceso de construcción de modelos de investigación epidemiológica. En este mismo orden de ideas, García-Guevara,¹⁹ incluye la etnografía, como método de estudio en la epidemiología crítica, en la cual se hace un análisis de la vida cotidiana, que necesariamente abarca lo cultural, ya que ésta se crea y recrea en los espacios de encuentro en sus dimensiones y espacios culturales y lingüísticos; entre éstos la praxis de los profesionales de la salud, como espacio de encuentro intercultural cotidiano.³³

La transdisciplinariedad y participación van de la mano en el enfoque de Ecosalud. Donde se destaca que la participación de los individuos en una comunidad es muy importante para generar conocimientos en la investigación y mejora por ende, la acción que influye

directamente en los resultados que favorecen comunidades afectadas. Por lo tanto, es un principio de Ecosalud que refleja las actuales tendencias de investigación donde la participación de los actores que viven con las consecuencias de un problema o asunto, que son los afectados, inician e influyen en los cambios que son vitales para el proceso de la investigación para lograr un verdadero cambio.^{25,34}

Entonces es importante destacar, una herramienta fundamental que se usa en la actualidad, que son los estudios de investigación acción, los cuales se centran en los efectos de las acciones de los investigadores en y con la comunidad, con el objetivo de que con acciones conjuntas se puedan mejorar las condiciones, costumbres o cambiar los comportamientos de la comunidad, tarea difícil pero no imposible. La investigación-acción participativa busca la participación efectiva de los actores de la comunidad en la investigación, y tiene sus raíces en la noción de que las personas afectadas deben ser parte del proceso, no solo definiendo y caracterizando los problemas, sino también sus soluciones, de esta manera los actores se convierten en los autores de sus propios procesos de desarrollo. La metodología de las asambleas de ciudadanos, entrevistas a participantes claves y grupos focales proporciona un marco eficaz para incorporar la comunidad en un proceso de investigación. Es importante destacar, la cooperación de diferentes actores (funcionarios, académicos y comunidades) en las actividades, a partir de los proyectos financiados por entes gubernamentales.^{25,34}

La idea que utiliza el conocimiento de la investigación para mejorar la salud y el bienestar, a través de un mejor medio ambiente, es fundamental para un enfoque ecosistémico para la salud. Una variedad de términos se utilizan para describir este proceso, pero en el contexto de la Ecosalud, se prefiere la acción-conocimiento. En este sentido, el punto no es alcanzar un nivel cercano a la perfección de los conocimientos antes de hacer un cambio, sino más bien implica que mediante la participación de diferentes actores se tomen decisiones que pueden ser cambiadas posteriormente, que estos nuevos conocimientos que surgen desde la transdisciplinariedad y la investigación participativa, cambian a través de diferentes ciclos de investigación acción. Es decir, no hay un modelo único, sino que va a depender del entorno, de la cultura, del ambiente, en fin de muchos factores que son particulares de cada sociedad.³⁴

La sostenibilidad ecológica y social es parte del cambio buscado a través de la investigación y acción, que motiva a muchos cambios en el campo de Ecosalud.

Así como la investigación para el desarrollo, la investigación de Ecosalud aspira hacer cambios éticos, positivos y duraderos. La sostenibilidad implica que estos cambios sean ecológicamente racionales y socialmente sostenibles (social y culturalmente responsables y fáciles de manera sistemática), contribuye a cambiar las percepciones motivando a las personas interesadas a participar en proceso colaborativos de construcción social del conocimiento, mejorando la sostenibilidad de los cambios una vez finalizados los procesos.²⁵ El desafío es satisfacer las necesidades humanas sin modificar o sin arriesgar el ecosistema a largo plazo -e idealmente mejorarlo.

Promover la acción positiva tanto en el ambiente, como también mejorar la salud y el bienestar de la comunidad. La hipótesis que sustenta el enfoque de Ecosalud radica en el hecho de que los programas que se generan serán menos costosos que muchos tratamientos médicos o intervenciones en atención primaria de salud.²⁵

La equidad social y de género, comprende un análisis transversal con el propósito de buscar métodos para "visibilizar" lo invisible y contemplar las diferencias, con especial atención en la necesidad de lograr procesos que además de sostenibles sean equitativos y con justicia social, desde distintas dimensiones en el entendido que las mujeres junto a otros grupos sociales desfavorecidos, enfrentan un creciente número de inequidades tanto sociales, como ambientales que deben ser cambiadas, esta es la dimensión 1) de la inequidad, otra se refiere al mercado al 2) mercado laboral o espacio público, la participación de los géneros en la 3) toma de decisiones y destacar la mirada desde el enfoque de género en las consideraciones sobre 4) la propuestas de políticas públicas.³⁵

Un enfoque ecosistémico para la salud aborda explícitamente las condiciones desiguales e injustas que inciden en la salud y el bienestar de las mujeres y otros grupos desfavorecidos de la sociedad. Las diferencias entre los miembros de diferentes géneros, grupos sociales, edades y clases económicas, en todas las sociedades se reflejan en sus relaciones con los ecosistemas, su exposición a los diferentes riesgos para

la salud, su estado de salud, así como su bienestar. En la aplicación de este principio, la investigación no sólo documenta las diferencias sociales y de género en las vías causales, las intervenciones, los resultados y acciones propuestas, sino que también adquiere dimensiones éticas al quedar orientada hacia la reducción de las inequidades.²⁵

Las características de este enfoque de Ecosalud, con sus principios básicos, permiten una relación estrecha con el modelo de la epidemiología crítica contemporánea, la cual plantea el proceso salud-enfermedad en una dimensión sociopolítica e histórica de las sociedades, así como con la georreferencia, que representa el aporte de la tecnología enmarcada en estudios ecológicos y de Ecosalud, donde se incorporan técnicas que facilitan la caracterización de las poblaciones de forma espacial-estratificada, permitiendo la identificación y relación de los diferentes determinantes de salud, socio-ambientales, culturales, institucionales, políticos, económicos, y niveles de organización sociocultural comunitaria. Se puede realizar a través de procesos manuales (sectorización), que arrojan mapas básicos, y a través de procesos automatizados (sistemas de información geográfica), los cuales derivan en mapas temáticos por municipio, parroquia, comunidades, sectores, sub-sectores. Este aporte tecnológico complementa el enfoque de Ecosalud, para el estudio de la leishmaniasis y enfermedad de Chagas, ya que es una representación gráfica de los códigos culturales asociados a estas enfermedades en zonas geográficas determinadas.¹⁹

Con esta mirada se propone que desde este enfoque de Ecosalud se estudie la co-infección enfermedad de Chagas/Leishmaniasis en comunidades de Venezuela, integrando en el estudio al humano, al reservorio, al vector, las condiciones socioeconómicas y culturales de la población, así como, su relación con el medio ambiente, mediante un enfoque integral y transdisciplinario, apoyados en los sistemas de información geográfica, con el fin de aportar datos importantes que podrían ser de gran ayuda para proponer políticas públicas de salud donde se incluyan programas de control para estas enfermedades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Kenyon Aults y Nicholls R. El abordaje integral de las enfermedades tropicales desatendidas en América Latina y el Caribe: un imperativo ético para alcanzar la justicia y equidad social. *Biomédica*, 2010; 20(2): 159-163.
- 2) Hotez PJ, Bottazzi ME, Franco-Paredes C, Ault SK, Periago MR. The neglected tropical diseases of Latin America and the Caribbean: a review of disease burden and distribution and a roadmap for control and elimination. *PLoS Negl Trop. Dis.* 2008; 2: 1-11.
- 3) OMS. Enfermedades tropicales desatendidas. 66ª Asamblea Mundial de Salud. 2013. Pp 1-4.
- 4) Díaz-Suarez O. Enfermedad de Chagas reemergente o desasistida. *Invest Clin*, 2009; 50(4): 415-418.
- 5) Alarcón de Noya B, Díaz-Bello Z, Colmenares C, Zavala-Jaspe R, Mauriello L, Díaz M, Soto M, Aponte M, Ruiz-Guevara R, Losada S, Noya-Alarcón O, Noya-González O. Transmisión urbana de la enfermedad de Chagas en Caracas, Venezuela: aspectos epidemiológicos, clínicos y de laboratorio. *Rev Biomed*, 2009; 20:158-164
- 6) Alarcón de Noya B, Díaz-Bello Z, Colmenares C, Ruiz-Guevara R, Noya O. Enfermedad de Chagas de transmisión oral: vinculación del caso índice con una microepidemia urbana en Venezuela. *Boletín de Malariología y Salud Ambiental*, 2010; 50: 135-138.
- 7) De Lima H, Borges R, Escobar J, Convit J. Leishmaniasis cutánea americana en Venezuela: Un análisis clínico-epidemiológico a nivel nacional y por entidad federal, 1988-2007. *Boletín de Malariología y Salud Ambiental*. 2010; 50(2): 283-299.
- 8) Vargas-Díaz E., Añez N., Rojas A., Crisante G., Yépez J. Estudio epidemiológico de leishmaniasis visceral en el Limón, al norte del estado Lara, Venezuela. *Boletín de Malariología y Salud Ambiental*. 2004; 44(2): 101-107.
- 9) Aguilar C., Cannova D. Leishmaniasis visceral en el área metropolitana de la ciudad de Valencia, Venezuela. *Acta Biol Venez.* 2006; 26(2): 5-10.
- 10) Rojas ME, Várquez P, Villarreal MF, Velandia C, Vergara L, Morán-Borges YH, et al. An entomological and seroepidemiological study of Chagas' disease in an area in central-western Venezuela infested with *Triatoma maculata* (Erichson 1848). *Cadernos de Saúde Pública*. 2008; 24 (10): 2323-33.
- 11) Bonfante-Cabarcas R, Rodríguez-Bonfante C, Vielma BO, García D., Saldivia AM, Aldana E, et al. Seroprevalencia de la infección por *Trypanosoma cruzi* y factores asociados en un área endémica de Venezuela Seroprevalence for *Trypanosoma cruzi* infection and associated factors in an endemic area of Venezuela. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(10):1917-29.
- 12) Añez N, Crisante G, Rojas A. Update on Chagas disease in Venezuela: A review. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*. 2004;99(8):781-7.
- 13) Alarcón de Noya B., Díaz-Bello Z, Colmenares C, Ruíz-Guevara R, Mauriello L, Zavala-Jaspe R, et al. Large urban outbreak of orally acquired acute Chagas disease at a school in Caracas, Venezuela. *Journal of Infectious Diseases*. 2010;201(9):1308-15.
- 14) Rísquez A. Mortalidad por enfermedad de Chagas: A propósito de los brotes de Chagas agudo como enfermedad reemergente de transmisión alimentaria. *Gac Méd Caracas*. 2009;117(4):319-21.
- 15) Peña S. y Oletta JF. Enfermedad de Chagas a 100 años de su descripción y descubrimiento del *Trypanosoma cruzi*. Comisión de Epidemiología. Red de Sociedades Científicas Médicas de Venezuela. Noticias epidemiológicas N° 2 (extraordinario). 4 de Abril de 2009.
- 16) OMS. Las leishmaniasis, informe de un comité de expertos de la OMS. Serie de informes técnicos 701. Geneve: WHO; 1984. 23-74.
- 17) OMS. Second report of the WHO Expert Committee, Control of Chagas' disease. Technical report series 905. Geneve:WHO; 2002. 55- 63.
- 18) Celis D, Guevara de Sequeda M, Rattia J. Estilos de vida en individuos con enfermedad de Chagas. *Espacio Abierto Cuaderno Venezolano de Sociología*, 2012; 21(4): 757-773.
- 19) García-Guevara B. Aporte de la etnografía en el conocimiento de los códigos socioculturales de la leishmaniasis cutánea localizada en un programa de educación para la salud, en Venezuela. *Cad. Saúde Pública*, 2007; 23(Supl 1):S75-S83.
- 20) Castro I. Enfermedad de Chagas: un problema complejo. *Salud Colectiva*, 2012; 8(Supl 1): S31-S33.
- 21) Morin E. Introducción al pensamiento complejo. Gedisa SA España, 1995
- 22) González M y Sosa G. Aspectos epistemológicos de la salud pública. Aproximaciones para el debate. *Salus on line*, 2010; 14: 76-89.

- 23) Betancourt J. Modelo transdisciplinario para la investigación en salud pública. *Rev. Panam. Salud Pública*, 2013; 34(5): 359-363.
- 24) Martínez-Miguel M. Hacia una epistemología de la complejidad y transdisciplinariedad. *Utopía y Praxis latinoamericana*, 2009; 46: 11-31.
- 25) Charron D. *Ecohealth Research in practice. Innovative applications of an ecosystem approach to health.* International Development Research Centre Ed. 2012.
- 26) Freitas de C, Oliveira de S, Schütz G, Freitas M, Camponovo, M. (2007). *Ecosystem Approaches and Health in Latin America.* *Cadernos de Saúde Pública*, 2007; 23(2): 283-296.
- 27) De Lima H, Carrero J, Rodríguez A, De Guglielmo Z, Rodriguez N. Trypanosomatidae de importancia en salud pública en animales silvestres y sinantrópicos en un área rural del municipio Tovar del estado Mérida, Venezuela. *Biomédica*, 2006; 26: 42-50.
- 28) Guhl F, Vallejo G. Trypanosoma (Herpetosoma) rangeli Tejera, 1920 - An Updated Review. *Mem Inst Oswaldo Cruz*, 2003; 98(4): 435-442.
- 29) Capra F. *Punto Crucial, ciencia, sociedad y cultura naciente.* Editorial Troquel, 1992.
- 30) Masi R, Maneiro M, Streiger M, Mendicino D, Del Barco M, Fabbro D, Bizai M. Construcción social de un mal escondido: Chagas. VII Jornadas de Investigación. VI Jornadas de Extensión Universitaria. Universidad Nacional de la Plata. Argentina. 2012. Disponible en: http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/masi_y_mainero..pdf. [Consulta: 18 de Febrero 2014].
- 31) Añez N, Crisante G, Rojas A. Update on Chagas disease in Venezuela: A review. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*. 2004;99(8):781-7.
- 32) Almeida De Filho N. Epidemiología sin números. Una introducción crítica a la ciencia epidemiológica. Organización Panamericana de la Salud, 1992.
- 33) Granada-Echeverry P. La etnografía en la práctica médica. *Revista de Ciencias Humanas* 1998; 31: 57-66.
- 34) Lebel J. *Salud: Un enfoque sistémico.* Alfaomega colombiana. Colombia, 2005.
- 35) Salvador S., Pedetti G. La Mirada de género transversal al enfoque de Ecosalud, marco conceptual y revisión de los estudios de caso. 2010. [Documento en línea]. Disponible en: http://cisdl.org/public/docs/legal/lamirada_degengerotrans_versalaenfoquede_ecosaludsalvador_&pedetti.pdf. [Consulta: Enero 29, 2015].

NORMAS DE PUBLICACIÓN

GUÍA PARA LOS COLABORADORES

FORMA Y PREPARACIÓN DE MANUSCRITOS

Los documentos deben enviarse directamente a la Revista Comunidad y Salud, Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina "Witremundo Torrealba" Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo, Núcleo Aragua, Av. Leonardo Ruiz Pineda, Morita II, Maracay, Edo. Aragua, Venezuela.

Cada documento enviado para publicación debe estar acompañado de una comunicación dirigida al Editor (a) de la Revista, firmada por cada uno de los autores donde declaran estar de acuerdo con participar en dicha publicación y en el orden de autoría establecida, además de ceder los derechos de reproducción a la revista.

La revista se reserva los derechos de hacer modificaciones de forma al texto original.

Los documentos contentivos en los trabajos enviados a la Revista Comunidad y Salud deberán ajustarse a las instrucciones, considerando el estilo y naturaleza de la Revista y a los "Requisitos de Uniformidad para Manuscritos enviados a Revistas Biomédicas", establecidos por el Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas actualizados en noviembre de 2003. Dichos requisitos se conocen también como "Normas de Estilo de Vancouver".

1.- El trabajo debe ser escrito a doble espacio, en hojas tamaño carta (21,5 x 27,5 cm) dejando un margen de al menos 2,5 cm. superior, inferior e izquierdo y 3 cm. de margen derecho. Todas las páginas deben ser numeradas en el ángulo inferior derecho, empezando por la página del título. Se acelerará la programación de un manuscrito ya aprobado si su versión final se acompaña con una copia para PC, un disco compacto (CD) en Microsoft Word versión 2007 o más, con espaciado a 1,5; tipo de letra Time New Roman con tamaño letra 10 pts y justificados los márgenes.

Los trabajos de investigación y o de revisión deben estar escritos en máximo 25 páginas incluyendo Tablas y figuras.

Deben entregarse tres ejemplares idénticos de todo el texto, con sus referencias, tablas y figuras. Las Figuras que muestran imágenes deben entregarse en copias fotográficas,

2.- Los Trabajos para la Sección de Artículos deben dividirse en secciones tituladas "Introducción", "Material y Métodos",

"Resultados" y "Discusión". Otros tipos de artículos, tales como los "Artículos de revisión", pueden acomodarse mejor a otros formatos, que sean aprobados por el Comité Editorial.

3.- El ordenamiento de cada trabajo será el siguiente:

3.1.- Página del Título: La primera página del manuscrito debe contener: 1) El título del trabajo, describirá en forma específica, clara y concisa el contenido central de la publicación; 2) El o los autores, deben ser identificados con su nombre, apellido principal e inicial del segundo. Se recomienda a los autores escribir su nombre con formato constante, en todas sus publicaciones en revistas incluidas en el Index Medicus y otros índices internacionales; 3.- Nombre de la o las Secciones, Departamentos, Servicios e Instituciones a las que debe darse crédito por la ejecución del trabajo; 4.- Nombre y dirección del autor con quien establecer correspondencia o solicitar separatas e incluir su correo electrónico; 5.- Fuente de apoyo financiero, si lo hubo, en forma de subsidio de investigación (grants), equipos, drogas, o todos ellos. Señale con números "superíndices" a los autores y, al pie de la página, identifique su ubicación interinstitucional.

3.2. Resumen: La segunda página debe contener un resumen escrito en español e inglés con una extensión máxima de 250 palabras, que describa los propósitos del estudio o investigación, el material y métodos empleados, los resultados principales y las conclusiones más importantes. No emplee abreviaturas no estandarizadas. No use expresiones vagas como "se presentan los resultados obtenidos y se comenta su significado".

3.3. Introducción: Resuma la racionalidad del estudio y exprese claramente su propósito. Cuando sea pertinente, haga explícita la hipótesis cuya validez pretendió analizar. No revise extensamente el tema y cite sólo las referencias bibliográficas que sean estrictamente atingentes a su propio estudio.

3.4. Material y Método: Describa el lugar y la fecha del estudio, la selección de los sujetos estudiados: personas o animales, órganos, tejidos, células, etc., y sus respectivos controles. Identifique el o los métodos, instrumentos o aparatos y procedimientos empleados, con la precisión adecuada para permitir a otros observadores la posibilidad de reproducir sus resultados. Si se emplearon métodos

bien establecidos y de uso frecuente (incluso métodos estadísticos), límitese a nombrarlos y cite las referencias respectivas. Cuando los métodos han sido publicados pero no son bien conocidos, proporcione las referencias y agregue una breve descripción. Si los métodos son nuevos o aplicó modificaciones a métodos establecidos, descríbalos con precisión, justifique su empleo y enuncie sus limitaciones.

Cuando efectúe experimentos en seres humanos, explique si los procedimientos respetaron normas éticas concordantes con la Declaración de Helsinki (2004), y si fueron revisados y aprobados por un comité ad hoc de la institución donde se efectuó el estudio.

Identifique los fármacos y compuestos químicos empleados, con su nombre genérico, sus dosis y vías de administración. Identifique a los pacientes mediante números correlativos, pero no use sus iniciales, ni los números de fichas clínicas del hospital.

Indique siempre el número de pacientes o de observaciones, los métodos estadísticos empleados y el nivel de significación elegido previamente para juzgar los resultados obtenidos.

3.5. Resultados: Presente sus resultados siguiendo una secuencia lógica y concordante. Los datos se pueden mostrar en tablas y figuras, pero no simultáneamente en ambas.

En el texto, destaque las observaciones importantes, sin repetir todos los datos que se presentan en las Tablas o Figuras. No mezcle la presentación de los resultados con la discusión, la cual debe incluirse en la siguiente sección.

3.6. Discusión: Discuta únicamente los aspectos nuevos e importantes que aporta su trabajo y las conclusiones que usted propone a partir de ellos. No repita detalladamente datos que aparecen en "Resultados". Haga explícitas las concordancias o discordancias de sus hallazgos y sus limitaciones, relacionándolas con otros estudios relevantes, identificados mediante las citas bibliográficas respectivas. Conecte sus conclusiones con los propósitos del estudio, que destacó en "Introducción". Evite formular conclusiones que no estén respaldadas por sus hallazgos, así como apoyarse, en otros trabajos aún no terminados. Plantee nuevas hipótesis cuando le parezca adecuado, pero califíquelas claramente como tales. Cuando sea apropiado, proponga sus recomendaciones.

3.7. Referencias: Para las referencias bibliográficas (citas bibliográficas) prefiera las que correspondan a trabajos originales publicados en revistas indizadas. Numere las referencias consecutivamente siguiendo el orden en que se mencionan por primera vez en el texto. Identifíquelas mediante números arábigos, colocados entre paréntesis o

como supraíndice al final de la frase o párrafo en que se las alude. Las referencias que sean citadas únicamente en las tablas o en las leyendas de las figuras, deben numerarse en la secuencia que corresponda a la primera vez que se citen dichas tablas o figuras en el texto.

Se debe evitar el uso de resúmenes como referencia. Las referencias de trabajos que están aceptados por una revista pero aún en trámites de publicación deberán designarse "en prensa". Evitar el uso de comunicaciones personales. Al listar las referencias, siga el siguiente orden:

A) Artículos de Revista: Apellido e inicial del nombre del o los autores, en mayúscula. Mencione todos los autores cuando sean seis, o menos; si son siete o más, incluya los seis primeros y agregue, "et al". Limite la puntuación a comas que separen los autores entre sí. Sigue el título completo del artículo, en su idioma original. Luego, el nombre de la revista en que apareció, abreviado según el estilo usado por el Index Medicus, año de publicación; volumen de la revista; número entre paréntesis, página inicial y final del artículo.

Ejemplo: 16. González A, Nicovani S, Massardo L, Aguirre V, Cervilla V, Lanchbury JS, et al. Influence of the HLA-DR beta share epitope on susceptibility to and clinical expression of rheumatoid arthritis in Chilean patients. *Ann Rheum Dis* 1997; 56: (1)191-193.

B) Capítulos en Libros: Ejemplo: 18. Croxatto H. Prostaglandinas. Funciones endocrinas del riñón. En: Pumarino H, ed. *Endocrinología y Metabolismo*. Santiago: Editorial Andrés Bello; 1984, p. 823-840.

Los autores son responsables de la exactitud de sus referencias.

3.8 Agradecimientos: Expresar su agradecimiento sólo a personas e instituciones que hicieron contribuciones sustantivas a su trabajo. Los autores son responsables por la mención de personas o instituciones a quienes los lectores podrían atribuir un apoyo a los resultados del trabajo y sus conclusiones.

3.9 Tablas: **Presente cada Tabla en hojas apartes, separando sus líneas con doble espacio (1,5 en WP). Numere las tablas en orden correlativo o en archivo aparte en el Disco Compacto y asígneles un título que explique su contenido (Título en la Tabla). Sobre cada columna coloque un encabezamiento corto o abreviado. Se aceptarán máximo 06 tablas y/o figuras para cada trabajo de investigación o artículo de revisión** No usar líneas verticales, separe con líneas horizontales las cuales se colocan después del título, después de los

encabezamientos de cada columna y una al final de la tabla antes de las notas aclaratorias si las hubiere. Las columnas de datos deben separarse por espacios y no por líneas verticales. Cuando se requieran notas aclaratorias agréguelas al pie de la Tabla. Use notas aclaratorias para todas las abreviaturas no estándar. Cite cada tabla en su orden consecutivo de mención en el texto del trabajo.

3.10 Denomine "Figura" a cualquier ilustración que no sea Tabla (Ej.: Gráfico, Radiografías, Electocardiogramas, Ecografías, etc.). los gráficos deben ser dibujados empleando un programa adecuado para facilitar su edición, o empleando un programa computacional adecuado para que los mismos puedan ser editados. Envíe tres (3) reproducciones fotográficas de cada figura, en blanco y negro, en tamaño 9 x 12 cm. Las letras, números, fechas y símbolos deben verse claro y nítidos en la fotografía y deben tener un tamaño suficiente como para seguir siendo legibles cuando la figura se reduzca de tamaño en la publicación. Sus títulos y leyendas no deben aparecer en la fotografía en forma de imágenes sino de textos y se incluirán en hoja aparte, para ser compuesto por la imprenta. En el respaldo de cada fotografía debe anotarse, con lápiz de carbón o en una etiqueta pegada, el número de la figura, el nombre del autor principal, y una fecha indicando su orientación espacial. Los símbolos, fechas o letras empleadas en las fotografías de preparaciones microscópicas, deben tener tamaño y contraste suficiente para distinguirse en su entorno. Cite cada figura en el texto, en orden consecutivo. Si una figura reproduce material ya publicado, indique su fuente de origen y obtenga permiso escrito del autor y del editor original para reproducirla en su trabajo. Envíe las figuras protegidas en un sobre grueso de tamaño apropiado. Las fotografías de pacientes deben cubrir parte(s) de su rostro para proteger su anonimato.

Las publicaciones de ilustraciones en color debe ser consultadas con la revista y tendrá un costo para los autores.

3.11 Leyenda para las Figuras: **Presente los títulos y leyendas de las figuras en una página separada.** Identifique y explique todo símbolo, flecha, número o letra que haya empleado para señalar alguna parte de las ilustraciones. En la reproducción de preparaciones macroscópicas, explique la ampliación y los métodos de tinción empleados.

4. Ejemplares y Separatas.

Por cada artículo publicado el (los) autor (es) recibirán 5 ejemplares de la revista.

INSTRUCCIONES PARA LAS OTRAS SECCIONES DE LA REVISTA

Los escritos para las secciones Forum Comunitario, Epidemiología en Acción y Crónica Sanitaria, serán revisados por expertos en los distintos temas quienes podrán sugerir modificaciones sin alterar el contenido original del texto. Una vez aceptadas las correcciones por el (los) autor (es), y después de realizada la publicación se le otorgará 5 ejemplares de la revista.

Cada escrito podrá tener una extensión de 20 páginas, redactadas en doble espacio en un solo lado del papel con letra Time New Roman, tamaño 10 pts, y justificados los márgenes. Podrán prescindir del formato IMRYD, pero manteniendo una secuencia lógica en el texto. Para las referencias bibliográficas se utilizar preferiblemente las sugeridas para artículos científicos.

PUBLISHING NORMS

GUIDE FOR COLABORATORS

FORMS AND PREPARATIONS OF MANUSCRIPTS

The papers must be sent directly to Revista Comunidad y Salud (community & health magazine). Departamento de Salud Pública (department of public health), "Witremundo Torrealba" School of Medicine, University of Carabobo, Núcleo Aragua, Av. Leonardo Ruiz Piñeda, Morita II, Maracay, edo. Aragua, Venezuela.

Each manuscript sent for publication must have a communication directed to the editor of the magazine, signed by each one of the authors stating they agree to participate in the magazine and in the established order, and to waive the reproduction rights to the magazine.

The magazine reserves the rights of making modifications to the form of the original text.

The papers sent to community & health magazine must follow these instructions, prepared considering the style and nature of the magazine and the requirements submitted to "revistas biomedicas" established by the "comité internacional de directores de revistas medicas 1997; 126:36-37. These guidelines are also known as Vancouver guidelines.

1. The paper must be written in double space, letter size page (21,5 x 27,5 cm) leaving a margin of at least 2,5 cm - traducir—all pages must be numbered on the upper right hand corner starting with the title page. The programming of a manuscript already approved for its final version 1998 will come with a copy for CD, in Microsoft Word version 1998 or higher with spacing up to 1,5; in letter size 12 pt and the margins justified.

The investigation papers (trabajos de investigación) shouldn't be more than 25 pages long. The review articles (artículos de revisión) can be more than 20 pages long, including "tablas y figuras".

Three identical examples of the text must be delivered or handed in with its references, tables and figures. The figures that show images must be in photos not photocopies.

2. All the papers must be divided in sections titled "introduction", "material & methods", "results & discussion". Other types of articles such as "artículos de revisión" can be better accommodated to other formats, to be approved by the editorial committee.

3. The order of each paper will be as follows:

3.1- Title page: the first page of the manuscript must contain;

1) The title of the paper, will describe in a clear way, the main contents of the publication; 2) the authors or author, must be identified with their name and last name. Its recommended that the authors write their name in a constant format in all their publications in magazines included in the "index medicus" and other international indexes; 3.- name of the section/s, departments, services and institutions that should be credited for their work; 4.- name and address of the author in order to establish correspondence or request separatas. It can include fax number and e-mail address; 5.-source of funds, if there were any, grants, equipment, drugs, or all.

3.2. Summary: the second page must contain a summary written in Spanish & English 250 words long it must describe the purposes of the study or investigation, the material and methods used, the main results and the most important conclusions. It is recommended to use a structured summary (introduction and objectives, methodology, most important results and conclusions). Do not apply abbreviations. Do not use vague expressions" showing how results are obtained or comment its meaning".

3.3. Introduction: summarize the rationality of the study and clearly express its purpose. Only when relevant, express the hypothesis of which you tried to analyze. Don't review the subject extensively cite only book references strictly relevant to the studio.

3.4. Material and method: describe the place and date of the study, people, animals, organs, tissue, cells, etc., and its respective controls. Identify the methods, instruments, apparatus and procedures used, with the adequate precision allowed so other observers can reproduce your results. If well established methods were used and from its frequent use (includes statistic methods) name and cite the respective references. When the methods have been published but are not well known provide the references and add a brief description. If the methods are new or you applied modifications to the methods established, describe them precisely, justify its use and state its limitations.

When you carry out experiments on human beings, explain if the procedures respected the ethical standards in agreement with the (2004) Helsinki declaration, and if they were reviewed and approved by a committee *ad hoc* of the institution where the study was carried out.

Identify the drugs and chemical composites used, with their generic name, its dosage and application. Identify the patients by means of correlative numbers, neither by their initials, nor by their medical history.

Always indicate the number of patients or observations, the

statistical methods used and the level of importance chosen previously to judge the results.

3.5. Results: show your results following a logical sequence and concordance, in the texts, tables and figures, but not in both simultaneously.

In the text, highlight the important observations, without repeating all the facts that are shown in tables and figures. Don't mix the presentation of the results with the discussion. The discussion must be included in the following section.

3.6. Discussion: discuss only the new and important aspects that your work contributes and the conclusions that you propose. don't repeat detailed facts that appear in "results". Express where you agree and disagree with your findings and limitations, relating them with other relevant studies, identified by the respective bibliography. Connect your conclusions with the purpose of the study that you highlighted in "introduction". Avoid formulating conclusions that are not supported by their findings and by other studies that have not been completed. Raise new hypothesis when you think it is adequate, but describe them as such. When appropriate, propose your recommendations.

3.7. References: for bibliographical references (bibliographical quotes) choose the ones that were originally published in medicine journals. Number the references in the order they are mentioned for the first time in the text. Identify them with arabic numbers, placed (between paranthesis) at the end of the phrase or section in which they are mentioned. The references that will be quoted only in the tables(graphs?) Must be numbered in the sequence they are quoted for the first time in the text.

The summaries of presentations to congresses can be quoted as reference only when they were published in journals. if they were published in (Books of Summaries) they can be quoted in the text(between paranthesis) at the end of the pertinent paragraph. References of research will not be accepted if they are accepted by a journal, even if its about to be printed. Follow this order when listing the references:

- A) Journal articles: last name and first name initial of the author or authors, in capital letters. Mention all the authors when they are six, if they are seven or more include the first six and add, "*et al*". Limit the punctuations to commas that separate the authors among them. The complete title of the article, in it's original language. then, the name of the journal where it appeared, abbreviated according to the style by "**index medicus**", year of publication, volume of the journal: starting page and end of article.

Example: 16. Gonzalez A, Nicovani S, Massardo I, Agguire V, Cervilla V, Lanchbury JS, *et al*. Influence of

the hla-dr beta share epitope on susceptibility to and clinical expression of rheumatoid arthritis in chilean patients. *Ann rheum dis* 1997; 56:191-193.

- B) Chapters in Books: example: 18. croxatto h. Prostaglandinas. Funciones endocrinas del riñon. En: Pumarino H, ed. *Endocrinologia y Metabolismo*. Santiago: Editorial Andres Bello, 1984; 823-840.

The authors are responsible for the exactness of their references.

3.8. Gratitude: express your gratitude only to people and institutions that have contributed substantially to your study (work). The authors are responsible for the mentioning of people or institutions in which case the readers could attribute the results of the work and its conclusions.

3.9. Tables: present each table in separate pages, separating it's lines with double space (1,5 in wp). Number the tables in correlative order or file separately in a diskette and assign a title that explains it's content (title in the table) over each column place a short heading or abbreviation. Do not use vertical lines separating with horizontal lines which are placed after the title, after the headings of each column and one at the end of the table and before any special comments if there were any . The column with data(facts) must be separated by spaces and not by vertical lines. When special notes (notas aclaratorias) are required add them at the bottom of the table. Use special notes(notas aclaratorias)for all non standard abbreviations. Cite each table in its consecutive order when mentioned in the text.

3.10. Name "figure" to any illustration that is not a table (example: graphics, x-rays, electrocardiograms, etc.) The graphics must be drawn by a professional or using an adequate computer program . Send 3 photographic reproductions each figure, in black and white 9x12 cm. The numbers, dates, and symbols must be seen sharp and clear in the photograph and must be sufficient in size to be legible, when reduced in size for publishing purposes. Its titles and legends must not appear in the photograph but will be included in a separate page to be printed by the printing house. In the back of each photograph you must write down in a carbon pencil or with a label, the name of the figure , name of the main author and a date indicating it's orientation. The symbols, dates, or alphabet letters in the photographs of microscopic preparations, must be sufficient in size and contrast to be distinguished in its environment.

Cite each figure in the text, in consecutive order. If a figure reproduces material that has been already published, indicate its origin and obtain written permission from the author and original editor to be reproduced for your work (study). Send the figures in a thick, big envelope.

The photographs of patients must have part of their faces covered to protect their anonymity.

The publication of color illustrations must be consulted with the magazine and at the authors expense.

3.11 Legend for the figures: present the titles and legends of the figures in a separate page. Identify and explain every symbol, arrow, number or letter that was used to signal some part of the illustration. In the reproduction of macroscopic preparations, explain the enlargement and the methods used.

4. Issues and Separate.

For each article published the author or authors will receive 5 separate and an issue of the

magazine.

INSTRUCTIONS FOR THE OTHER SECTIONS OF THE MAGAZINES

The texts for the sections forum comunitario, epidemiologia en accion y cronica sanitaria will be reviewed by experts in different issues that could suggest modifications without altering the original content of the text. Once the corrections are accepted by the author or authors, and after the publication has been published they will be rewarded with 5 separate.

Each text can be 20 pages long, can be written in double space and only on one side of the paper and can leave out the imryd format, but maintain a logical sequence in the text.

Comunidad *y* *Salud*

ES UNA REVISTA CIENTÍFICA ARBITRADA E INDIZADA, DE CIRCULACIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL QUE PUBLICA TRABAJOS ORIGINALES SOBRE TEMAS DE **SALUD PÚBLICA**. TAMBIÉN RECOGE LAS TENDENCIAS CONCEPTUALES, SOCIALES Y POLÍTICAS QUE MARCAN EL RUMBO GENERAL DE ESTA ÁREA DEL CONOCIMIENTO.

LA REVISTA SE EDITA SEMESTRALMENTE Y ESTÁ INTEGRADA POR LAS SIGUIENTES SECCIONES:

EDITORIAL

ARTÍCULOS: INCLUYE ESTUDIOS INÉDITOS PRODUCTO DE INVESTIGACIONES CON CARÁCTER TEÓRICO TÉCNICO, EMPÍRICO, CUYA CALIDAD PERMITA AL **COMITÉ EDITORIAL** UBICARLOS EN ESTA SECCIÓN.

FORUM COMUNITARIO: CONSIDERA LA PUBLICACIÓN DE ENSAYOS, ESCRITOS Y ARTÍCULOS DE OPINIÓN QUE REFLEJAN LA POSTURA PERSONAL DE QUIENES LOS ESCRIBEN. **TODOS DEBEN LLEVAR LA FIRMA DEL AUTOR.**

EPIDEMIOLOGÍA EN ACCIÓN: ESTÁ REFERIDA A TODA INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA SOBRE DESARROLLO DE PROGRAMAS, Y PROBLEMAS DE SALUD PRESENTES EN LA COMUNIDAD.

CRÓNICA SANITARIA: INCLUYE BIOGRAFÍAS O RELATOS SOBRE LA VIDA DE PERSONAJES LIGADOS A LA SALUD PÚBLICA, VENEZOLANOS O DEL ÁMBITO INTERNACIONAL. **ASIMISMO HECHOS DE LA SALUD PÚBLICA QUE HAN MARCADO RUMBOS EN LA HISTORIA DE LA SALUD PÚBLICA EN VENEZUELA. ESTA SECCIÓN VERSA SOBRE LA REVISTA MISMA.**

CARTAS A LA REVISTA: INCLUYE COMUNICACIONES A LOS EDITORES.

Comunidad y Salud

**Año 2014, Suplemento Vol. 12, Nº 2/ Julio- Diciembre
Publicación Semestral**

**Diseño y Diagramación: Dennis Quiñones
E-mail: denntibi@hotmail.com; denntibi@yahoo.com**



Universidad
de Carabobo

Comunidad y Salud



Facultad de Ciencias
de la Salud
Escuela de Medicina
"Witremundo Torrealba"

Depósito Legal: pp200202AR1401 - ISSN: 1690-3293

Suscripciones: revistacomunidadysalud@hotmail.com
Teléfono: (00-58-243)2170739 Departamento de Salud Pública

Revista Científica del Departamento de Salud Pública