

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

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

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 graduates 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.

Recibido: Julio, 2014 **Aprobado:** Septiembre, 2014

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

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.

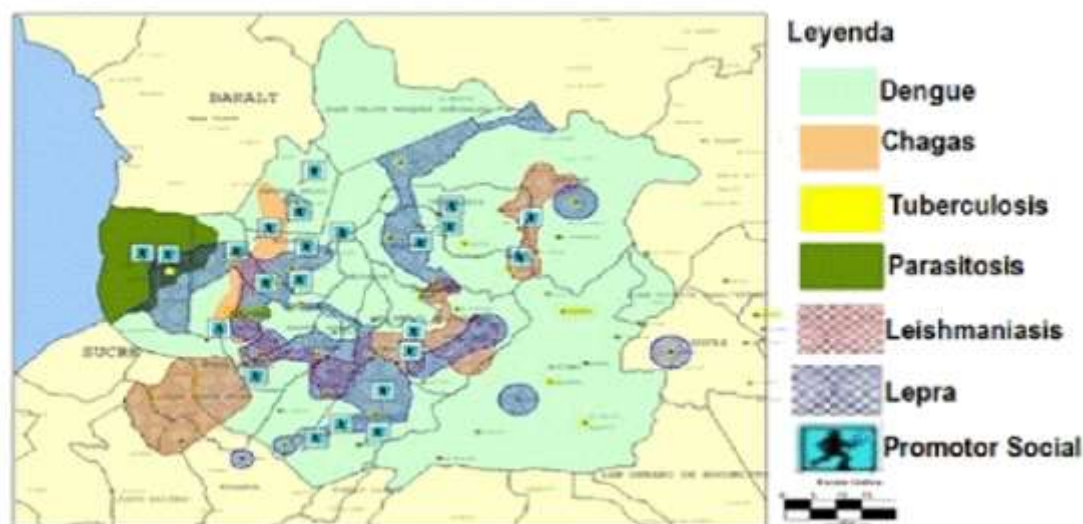
A finales del año 1994, con el inicio del proceso de reforma del sector salud, y el desarrollo de políticas derivadas del ajuste económico aplicadas a nivel nacional, el gobierno nacional avanza en las discusiones con el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF), que se había convertido 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 resolutoria 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 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.

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



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

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:

gubernaciones, 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 evidenció 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 asignó 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 sí 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, quedó 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).

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



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.

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, desarrollo 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. [[Links](#)]
- 2) Hermida C. Gestión y Liderazgo en Salud. Reflexiones para ministros nuevos. Tegucigalpa, Honduras. 1994. [[Links](#)]
- 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. [[Links](#)]
- 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. [[Links](#)]
- 5) García B. Participación Social, dengue y Ecosalud en Venezuela. Espacio Abierto. Cuaderno Venezolano de Sociología. 2014; 23(2):241-257. [[Links](#)]
- 6) García B. y Guevara M. Curso de Promotores Sociales en Salud, estado Lara. Diseño Curricular. Segundo Año Académico. [Documento] 1997-1998. [[Links](#)]
- 7) Santandreu A. Gestión del Conocimiento orientado al aprendizaje. Disponible en <http://prezi.com/jl9rlhwotrve/gestion-de-conocimiento-orientada-alaprendizaje/> 2013. [[Links](#)]
- 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. [[Links](#)]
- 9) Fernández E. Rol del Promotor Social. Disponible en: www.elianafernandez.blogspot.com 2004. [[Links](#)]
- 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. [[Links](#)]
- 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. [[Links](#)]

12) República Bolivariana de Venezuela. Constitución Nacional. Gaceta Oficial Nº 36.860 del 30 de diciembre de 1999 y Nº 5908 Extraordinario del 19 de febrero de 2009, Caracas. [[Links](#)]