INSALUT

INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD TOTAL

UNIDAD PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DEL SER HUMANO

PROMOCIÓN DE LA SALUD

BASES GERENCIALES, JURIDICAS Y CIENTÍFICAS PARA LA CONSOLIDACIÓN DE COMUNIDADES SALUDABLES.

AUTOR:

Dr. Henry Barrios-Cisnero

MÉRIDA,

MARZO DE 1999

INDICE GENERAL

OBJETIVOS DE INSALUT 8

INTRODUCCIÓN 9

CAPITULO UNO 10

PROMOCIÓN DE LA SALUD 10

OBJETIVOS DE LA ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD..... 11
MARCO REFERENCIAL. 11

FASES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA 12

DE PROMOCIÓN DE LA SALUD 12

1. GERENCIA ESTRATÉGICA. 13
Autogerencia de Vida 19

2. INVESTIGACIÓN 28

TENDENCIAS DE LOS PARADIGMAS DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA EN LA SALUD. 28
Investigación Aplicada Participativa. 30
Los lineamientos de la investigación aplicada Participativa se pueden resumir en: 32

Líneas de acción para la investigación científica 33

3. EPIDEMIOLOGÍA APLICADA. 38

4. LEGISLACIÓN 40

BASES JURÍDICAS VENEZOLANAS Y DEL ESTADO MÉRIDA QUE APOYAN A LA ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD. **..... 40**
1. LA CONSTITUCIÓN NACIONAL 42
2. REGLAMENTO DE LA LEY DE MINISTERIOS 45
3. LEY ORGANICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD 47
4.LEY ORGANICA DE DESCENTRALIZACION DELIMITACION Y TRANSFERENCIA DE COMPETENCIA DEL PODER PUBLICO 49
5. LEY ORGANICA DEL RÉGIMEN MUNICIPAL 50

PERSISTENTE 57
6. CONVENIO DE TRANSFERENCIA AL ESTADO MÉRIDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS POR ELMINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL Y POR ORGANISMOS ADSCRITO 59
7. LEY DE SALUD DEL ESTADO MÉRIDA 60

5. LA COMUNICACIÓN SOCIAL 63
5.1. Educación 63
5.2. Los Medios de Comunicación Social Masivos 65
5.3 Organizacion de la Comunidad 67

6. ALIMENTACIÓN 70
Recomendaciones Nutricionales 70
INTELIGENCIA: 73
NATURISMO: 73

7. DESCENTRALIZACLON 74

8. MUNICIPIO SALUDABLE: 75

9. DESARROLLO 77

10. REFORMA ASISTENCIAL 80

CAPITULO DOS: ASOCIACIÓN DE LAS CONDICIONES DE VIDA CON LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN UNA COMUNIDAD O MUNICIPIO SANTOS MARQUINA, ESTADO MÉRIDA86

1. INTRODUCCIÓN 87

2. HIPOTESIS: 89

3. OBJETIVOS ESPECIFICOS 89

4. DEFINICIONES: 91

1. Variables Independientes: 93

2. Variables Dependientes: 93

3) Variables Demográficas: 93

4) Variables Explicativas: 93

TABLA DE CONTINGENCIA 95

5. MÉTODO DE PROCEDIMIENTO 97

5.1 Interrelación con la Comunidad: 97

5.2 Tamaño de la Muestra: 100

6. RECOLECCIÓN DE LOS DATOS CENSALES: 100

6.1 Procedimiento para el Estudio del Campo: 101

7. ESTUDIO PILOTO Y PERIODO DE ESTUDIO 101

ESQUEMA DE ANÁLISIS 102

8. JUSTIFICACION: 106

9. INSTITUCIONES QUE APOYAN EL TRABAJO 106

10. ACTIVIDADES DEL ESTUDIO 107

RECURSOS MINIMOS PERMISBLES PARA ÉSTE PROYECTO 108

REFERENCIAS 112

ANEXO 1: ESCALA DE ESTRATIFICACIÓN SOCIALDE GRAFFAR (MODIFICADA) 113

A. PROFESION DEL JEFE DE LA FAMILIA 113

B. NIVEL DE INSTRUCCION DE LA MADRE 114

C. PRINCIPALES FUENTES DE INGRESO DE LA FAMILIA 114

D. CONDICIONES DE ALOJAMIENTO: 115

COMPUTO PARA LA ESTRATIFICACION SOCIAL 117

ANEXO 2: PLANILLAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS 118

ANEXO 2.1: PLANILLA PARA IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS Y NECESIDADES SENTIDAS POR LA COMUNIDAD A NIVEL DEL HOGAR 123

ANEXO 2.2: PLANILLA PARA IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS Y NECESIDADES SENTIDAS POR LA COMUNIDAD 124

ANEXO 2.3: PLANILLA PARA PRIORIZACIÓN DE CURSOS DE CAPACITACIÓN QUE LA COMUNIDAD ESTA DESEANDO REALIZAR. 125

ANEXO 3: MANUAL PARA EL TALLER DE PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES Y DIFICULTADES Y PLANIFICACIÓN DE PROYECTOS COMUNITARIOS DE SALUD 127

OBJETIVOS: 127

CONFORMACIÓN DEL TALLER 127

LOGÍSTICA 127

APLICACIÓNMATRIZ PARA LA SELECCIÓN DE OPCIONES 128

MÉTODO DE PROCEDIMIENTO: **129**
TECNICA DE ROMPE HIELO. 129
1era. IDENTIFICACIÓN DE DIFICULTADES Y NECESIDADES. 129
1.4 Planificación: 130
1.4.4. MINIPLENARIA. 131
1.4.5. PLENARIA 132
ESQUEMA DE VALORES PARA ESTABLECER PRIORIDADES 134

ANEXO 4: CENSO SOCIOECONÓMICO Y DE SALUD COMO COMPLEMENTO PARA HACER UNDIAGNOSTICO DE LA SITUACION DE SALUDEN UNA COMUNIDAD O MUNICIPIO 137

OBJETIVOS **138**
¿Para qué un censo socioeconómico y de salud? 138

METODOLOGÍA: **139**
¿Qué tipo de estudio epidemiológico realizar? 139

POTENCIALES HIPÓTESIS PARA TRABAJOSDE INVESTIGACIÓN **143**

TRANSVERSAL ANALÍTICOS (Estudios de Prevalecía). **143**
¿Cómo se realizará? 145

SIGNOS CONVENCIONALES **147**

1.1 Graffar Modificado. **153**

1.2 Necesidades Básicas Insatisfechas: **153**

JUSTIFICACIÓN **154**
¿PARA QUIEN ES UTÍL EL CENSO SOCIOECONÓMICO Y DE SALUD EN UNA PARROQUIA O COMUNIDAD? 154

REFERENCIAS 172

ANEXO 5: CENSO SOCIOECONÓMICO DE SALUD Y DE NECESIDADES SENTIDAS EN LA COMUNIDADMANUAL DE PROCEDIMIENTO DEL ENCUESTADOR 173

1.- LAS FUNCIONES DEL ENCUESTADOR. **174**
1.1.- Antes de la obtención de datos: 174
1.2. Durante la obtención de datos: 174
1.3. Después de la recolección de datos: 174

2. LOS DEBERES DEL ENCUESTADOR. **174**

3. MATERIALES QUE UTILIZARA: **175**
3.1. Para hacer el recorrido previo de su área de trabajo. 175
3.2. Durante la recolección de datos. 175

PRESENTACIÓN **176**

4. TAREAS DEL ENCUESTADOR. **177**
4.1 Antes de la recolección de datos: 177
DURANTE EL ENCUESTADO: 178
DESPUES DEL ESCUESTADO: 178

INSTRUCCIONES GENERALES PARA LLENAR EL CUESTIONARIO **178**
FORMAS DE OBTENER LA INFORMACIÓN 179
PARA REALIZAR LAS PREGUNTAS: 179
PARA ANOTAR LA RESPUESTA 179

FORMA CORRECTA 180

INSTRUCCIONES ESPECIFICAS PARA LLENAR EL CUESTIONARIO DEL CENSO SOCIOECONÓMICO **182**

CENSO SOCIOECONÓMICO Y DE SALUD 182

CAPITULO TRES: PROYECTOS OPERATIVOS PARA LA CONSOLIDACIÓN DE LA RED DE PROMOCIÓN DE LA SALUD 208

SISTEMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DEL IPAS-ESTADAL DEL ESTADO MÉRIDA **209**
PRESENTACIÓN DEL PROYECTO 210

CURSO PRÁCTICO: FORMACIÓN DE FACILITADOR PARA EL MANEJO ADECUADO DEL ESTRÉS Y LA ANSIEDAD 217

PERFIL DEL FACILITADOR PARA EL MANEJO ADECUADO DEL ESTRÉS Y LA ANSIEDAD **218**

TEMARIO **219**

PROMOCIÓN DE LA SALUD HOLÍSTICA 1 Y 2 225

TIPOS DE APRENDIZAJE NECESARIO PARA EL ENTRENADOR DE PROMOTORES DE SALUD **226**
1ro Aprendizaje Creativo: 226
2do Aprendizaje Heurístico. 226
3ro Aprendizaje Crítico. 226
3ro Aprendizaje Instrumental-cognoscitivo: 227
4to Aprendizaje afectivo: 227
5to Aprendizaje de habilidades profesionales: 227

ESTRATEGIA METODOLOGICA GENERAL **228**
Plan de Trabajo 228

Estrategias de Evaluación..... 229

OBJETIVOS GENERALES:..... 231

Manual Practico y sencillo..... 232

El Paradigma de la eficiencia. 232

TEMARIO 233

Bibliografía Recomendada:..... 234

CONDICIONES PARA LA SELECCIÓN DE ENTRENADORES DE PROMOCION DE LA SALUD. 236

INDICE DE TABLAS Y CUADROS

TABLA 1: DETALLES COMPARATIVOS ENTRE LA INVESTIGACÍON EPIDEMIOLÓGICA EN COMUNIDAD TIPO CENSO, DESCRIPTIVA Y ANALÍTICA.....140

CUADRO 1: MODELO PARA LA INTEGRACIÓN DE EQUIPOS TRANSDICIPLINARIOS DE INVESTIGACIÓN APLICADA PARTICIPATIVA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD 31
CUADRO 2: ARTÍCULOS DE LAS LEYES VENEZOLANAS Y DEL ESTADO MÉRIDA QUE APOYAN LA ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD 218

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: APLICACIÓN DE LA MATRIZ ESTRATÉGICA FODA.....15
FIGURA 2: SISTEMA INTEGRADO DE LOS COMPONENTES DE UN SISTEMA GERENCIAL.....16
FIGURA 3: SISTEMA INTEGRADO DE LOS COMPONENTES DE UN SISTEMA GERENCIAL APLICADO AL SER HUMANO.....17
FIGURA 4: FLUJOGRAMA DE PASOS 18
FIGURA 5 VISIÓN HOLÍSTICA DEL SER HUMANO COMOUNA EMPRESA PRODUCTIVA 21
FIGURA 6: REPRESENTACIÓN BREVE PARA UN MARCO UNIFORME DE UN ESTUDIO DE COHORTE (COH) O ENSAYO CLÍNICO (ENS).....36
FIGURA 7: DIAGRAMA DE FLUJO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS EN ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS DE INTERVENCIÓN EN COMUNIDAD 37
FIGURA 8: FLUJOGRAMA PARA LA DESCENTRALIZACIÓN DEL SECTOR SALUD.....58
FIGURA 9: MARCO UNIFORME PARA UN ESTUDIO TRANSVERSAL TIPO CENSO.....109
FIGURA 10: DIAGRAMA DE FLUJO PARA PROCESAMIENTO DESCRIPTIVO E INFERENCIAL DE DATOS 110
FIGURA 11: DIAGRAMA DE FLUJO PARA PROSADIMIENTO DE DATOS 111
FIGURA 12: CIRCULO HEURÍSTICO PARA FACILITAR EL PROCESO DE APROPIACIÓN DEL CONOCIMIENTO 230

INSTITUTO DE SALUD TOTAL
UNIDAD PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DEL SER HUMANO

OBJETIVOS DE INSALUT

El Instituto de Investigación en Salud Total, esta concebido como un instituto de investigación científica, asistencia médica y formación académica acorde con los avances científicos y tecnológicos de la Salud Holística, que contribuye al desarrollo integral del ser humano. Asentado en el Registro Mercantil del Estado Mérida, con el numero 49, Tomo A-3, 1er trimestre1995. Cuyos principales Objetivos son:

1. Investigar la efectividad y la eficiencia de las técnicas previsivas, diagnósticas y terapéuticas en la medicina, según las metodologías convencionales y no convencionales, haciendo énfasis en la **Salud holística** y el Naturismo.

2. Desarrollar técnica e instrumentos **Previsivos**, diagnósticos y terapéuticos eficientes para la aplicación de una medicina integrada y ajustada en forma holística y versátil a cada ser humano asistido, fundamentándose en los avances científicos y tecnológicos de la actualidad.

3. Ofrecer de manera eficiente y en forma colectiva e individual capacitación académica, asistencia médica y orientación vivencial, fundamentada científicamente en la Promoción de la Salud holística, La psiconeuroinmunología, la Neurolingüística, Estilo de vida y la Salud holística.

Estamos desarrollando **Lineas de investigación aplicada** relacionadas con la Promoción de la salud holística, la Psiconeuroinmunología, la Neurolingüística, Estilo de vida y la Salud holística. Haciendo enfasis en Gerencia estratégica y reingieneria para mejorar continuamente la calidad o redefinir procesos que faciliten de manera eficiente la consolidación de una vida útil, saludable y feliz. **Usted tiene la gradiosa oportunidad** de participar o cooperar armónicamente para el desarrollo de su tesis de grado o postgrado, ascenso y para la implementación de programas gubernamentales, universitarios o de empresa privadas mediantes proyectos pilotos relacionados con estas cinco Lineas de investigación. INSALUT esta a sus gratas ordenes.

INTRODUCCIÓN

Esta es una revisión bibliohemerográfica sobre la promoción de la salud, partiendo de los conceptos básicos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud. El propósito de esta obra, es el de presentar a los interesados y sobretodo a la comunidad venezolana las bases gerenciales, juridicas y científicas para la consolidación al nivel personal, familiar y comunitario la salud holística. Con lo que consolidara solidas bases para el desarrollo armónico, lo que le permitira gozar plenamente de vidas útiles, saludables y felices, mediante la aplicación eficiente de la Estrategia de Promoción de la Salud.

Teniendo Presente que Promoción de la Salud además de educar para la salud, su propósito fundamental es persuadir, motivar y facilitar la acción personal, familiar y comunitaria para que de manera persistente participen activamente en la consolidación de vidas útiles saludables y felices. Por ello democratiza el conocimiento con un enfoque integrado o transdisciplinario para capacitar a la comunidad para que maneje de manera eficiente herramientas de gerencia estratégica y liderazgo que le permita promover la salud y el desarrollo holístico. Partiendo del principio "Un pueblo sabio o instruido y sano, es una **prioridad fundamental** para el desarrollo integral de una nación"

Con respecto al manejo adecuado de la salud, tal como se aprecia en esta revisión, existe una gran cantidad planes y orientaciones estratégicas que presentan un buen marco referencial, sin embargo no basta con buenas intensiones. Lo más prioritario es llevar a la practica estos lineamientos mediante un **Proyecto piloto de investigación operativa,** donde se pueda desarrollar y expandir los programas de promoción de la salud. Por ello en el capitulo dos de esta revisión se plantea un proyecto piloto o experimento de intervención comunitaria que nos permitan desarrollar al nivel operativo del municipio la estrategia de Promoción de la Salud, con un enfoque holístico para el desarrollo global o integral de la persona, la familia y la comunidad.

El modelo que se sugiere aplicar parte de la base de la gerencia eficiente de recurso y la partic**¡Error!No se encuentran entradas de índice.**ipación activa de la comunida organizada. Por ello se plantea en la primera etapa un diagnóstico de la realidad existente en el Municipio, Parroquia o Comunidad donde se quiera aplicar el proyecto de promoción de la salud este diagnostico se titula **"ASOCIACIÓN DE LAS CONDICIONES DE VIDA CON LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN UNA COMUNIDAD O MUNICIPIO",** colocandose como ejemplo al municipio santos marquinas del estado mérida. En una segunda etapa de realiza una motivación y continua la capacitación de la comunidad mediante un **TALLER DE PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES Y DIFICULTADES Y PLANIFICACIÓN DE PROYECTOS COMUNITARIOS DE SALUD** y el curso de formación de **ENTRENADORES DE PROMOTORES DE SALUD HOLÍSTICA,** y se culmina con esta obra con un Manual de Organización y Descricción de Cargo de una **RED OPERATIVA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD**

El objetivo fundamental de esta revisión el de proporcionar las bases científicas, jurídicas y gerenciales para facilitar el estudio y la investigación aplicada por profesionales en cooperación armónica con la comunidad en general, para que se ocupen de identificar sus necesidades y problemas más prioritarios que interfieren en la consolidación de la salud holística, Planifique estrategias eficientes para la satisfacción o solución acertada de las necesidades y problemas sentidos realmente al nivel local.

Henry Barrios-Cisnero.

CAPITULO UNO

PROMOCIÓN DE LA SALUD

La Estrategia de Promoción de la Salud, según la Carta de Ottawa, en noviembre de 1986[1,2] "Consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma". Es la estrategia fundamental de la politica de "Salud para todos en el siglo XXI".[3] La cual una nueva estrategia de salud holística basada en la equidad y solaridad, con enfasis en que las personas, las familias y la comunidad se hagan responsables de su salud y la sitúen en el marco general del desarrollo[3]. Se ha estructurado sobre los logros de la meta original y servira de gúia para actividades y políticas de salud internacionales, regionales, nacionales y locales[3]

Según el Plan de acción Regional para la Promoción de la Salud de las Américas; para el cuadrienio 1995 – 1998.[4] "La Salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, en los centros de enseñanza, en el trabajo, con la religión y durante el recreo. La Salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud" [4,5]

La Promoción de la Salud, es una estrategia destinada a la suma de la cooperación armónica de recursos y acciones de la población, los servicios de salud, los servicios educativos, las autoridades sanitarias, educativas y de otros sectores sociales y productivos. Encaminados al desarrollo de mejores condiciones de vida, del estilo de vida y del ambiente, que se traduzca en bienestar humano y salud colectiva e individual. [4,5] Consiste en apoyar y capacitar a los individuos y las familias a todos los niveles para que ellos, sus amigos y las comunidades **desarrollen al máximo** su salud potencial**,** mediante la identificación de los factores que obstaculizan la adopción de medidas que favorezcan la salud, eliminarlos o controlarlos y activar las potencialidades individuales, comunitarias e institucionales como gestores de la asistencia sanitaria para reducir las desigualdades y promover el desarrollo como predicción esencial para alcanzar la salud total. [2]

Se concibe a la salud total o **salud holística** como: "Un estado armónico en equilibrio dinámico de los componentes espiritual, psíquico, orgánico, social y energético del ser humano en un contexto determinado, no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad" [6]

Por lo anterior expuesto, la Carta de Ottawa establece como prerrequisito para la salud de un individuo o grupo.[1] A su capacidad de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente en paz y armonía consigo mismo, con sus semejantes y la naturaleza y mejorar las condiciones de la educación, la paz, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad.[1,2,7] Se sugiere también el que el ser humano desarrollé la capacidad de mejorar de manera persistente la espiritualidad, la comunicación consigo mismo y con sus semejantes; La armonía y productividad en cada una de sus 18 áreas vitales como son, Las áreas vitales existenciales: Espiritualidad, Comunicación consigo mismo, Ocupación por su salud, Alimentación, Pareja, Hogar, Creatividad, y Descanso. Y las áreas vitales culturales: Estudio o capacitación, Trabajo, Vivienda, Vestido, Vehículo, Comunicación con los semejantes, Nivel socioeconómico, Seguridad personal, Deporte y Recreación.[6] Sin los cuales no es posible obtener ni mejorar la salud.[1,2,7]

Es de resaltar que **en todos los niveles de prevención y de atención** de la salud se realiza Promoción de la Salud. Por ello es necesario redefinir y mejorar los curriculum o programas de formación del personal de salud, desde el nivel auxiliar hasta el de subespecialistas[8], para que en el ejercicio de cada profesional de la salud aplique de manera consciente y eficiente las herramientas de la promoción de la salud. También es necesario redefinir o cambiar los programas de educación para salud en el ámbito escolar.[9] Con el propósito de influir y consolidar en los estudiantes y en la comunidad conocimientos, actitudes y practicas apropiadas sobre la alimentación y la salud; estimular en los escolares la habilidad para tomar decisiones adecuadas sobre su salud; facilitar su pleno desarrollo físico, psíquico y emocional; Inculcar estilos de vida saludables; Fomentar la responsabilidad y el compromiso de participar en actividades para mejorar la salud; favorecer relaciones constructivas que fomenten la autoestima entre los miembros de la comunidad educativa; ofrecer un ambiente de estudio y trabajo más sano; Definir objetivos claros sobre la promoción de la salud; integrar de manera coherente la educación para la salud en el plan de estudios e identificar y aprovechar los recursos existentes para la educación en salud.[9]

OBJETIVOS DE LA ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD.

El Plan de Acción Regional para la Promoción de la Salud de las Américas; para el cuadrienio 1995 – 1998 contempla 5 objetivos fundamentales: [4,7]

1. Impulsar la formulación y aplicación de proyectos locales de Promoción de la Salud con una visión holística del ser humano y ajustados a las necesidades realmente sentidas por la comunidad asistida.
2. Orientar y estimular intervenciones estratégicas que conduzcan al desarrollo integral del ser humano, mediante la aplicación eficiente de los recursos disponibles.
3. Impulsar el desarrollo y consolidación de parroquias y barrios saludables, como matrices para materializar las acciones de promoción de la salud.
4. Consolidar un laboratorio vivencial de Investigación Aplicada Participativa y docencia para la Promoción de la Salud, donde se integre armónicamente la cooperación intersectorial.
5. Desarrollar un centro de inducción y capacitación de personal para los sistemas de salud regional y local.

MARCO REFERENCIAL.

El concepto de Promoción de la Salud es un planteamiento holístico y ecológico de vida[1] que abarca campos y enfoques diversos y complementarios. Entre los que incluye:

1. La gerencia Estratégica.
2. Investigación
3. Epidemiología Aplicada.
4 Legislación.
5 La Comunidad Social.
5.1. Educación.
5.2. Los Medios de Comunicación Social Masivos.
5.3. Organización de la Comunidad.
6. Alimentación.
7. Descentralización.
8. Desarrollo.
9. Reforma Asistencial.

FASES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

1ro. Presentación de este marco teórico a los profesionales interesados y sobretodo a los que viven en el municipio o comunidad donde este programado implementar la estrategia de promoción de la salud.

2do. Realizar el Censo diagnóstico en el municipio o comunidad para conocer su realidad sociosanitaria y las dificultades y necesidades realmente sentidadas.

2.1. Necesidades básicas insatisfechas.
2.2. Nivel socioeconómico según Graffar modificado.
2.3. Asociación de los problemas de salud con las condiciones de vida.
2.4. Asociación de los probelmas de salud con los hábitos del estilo de vida.
2.5. Condiciones del medio ambiente municipal o comunitario.
2.6. Frecuencia de necesidades realmente sentidas por la comunidad.
2.7. Frecuencia de dificultades realmente sentidas por la comunidad.
2.8. Tasas de morbilidad, mortalidad y natalidad local.

3ro. Presentación de los resultados del censo diagnóstico a la comunidad y desarrollo del taller para la **Priorización de Necesidades y Dificultades y Planificación del Proyecto Comunitario para la Solución.**

4to. Implementación del curso practico de capacitación de Promotores de Salud, entre los habitantes de la comunidad, para que gerencien la cooperación armónica de recursos en la aplicación y desarrollo de los proyectos comunitarios de promoción de la salud holística.

5to. Apoyo y facilitación a la comunidad o municipio por los investigadores y los entrenadores de promotores de salud, en el seguimiento sistematico la evaluación de la eficiencia del proceso y su rediceño en conjunto con los miembros de la comunidad.

TÚ ERES EL UNICO RESPONSABLE DE TUS ACTOS Y TU SALUD
SOLO TÚ PUEDES APRENDER DE TUS ACIERTOS O ERRORES

SOLO TÚ ERES CAPAZ DE MODIFICAR LAS FUERZAS INTERNAS Y EXTERNAS QUE CONDICIONAN TU EXISTENCIA EN ESTE TRANSITO TERRENAL
TÚ TIENES LA LIBERTAD DE ELEGIR UN CAMINO DE SALUD O DE SUFRIMIENTO

1. GERENCIA ESTRATÉGICA.

La Gerencia Estratégica es un método gerencial que se fundamenta en las herramientas del mejoramiento continuo de la eficiencia (calidad total) y de la reingeniería.

La calidad total o el mejoramiento continuo, es un conjunto de herramientas que permite de manera sistemática y progresiva eliminar errores, demoras, complicaciones y defectos en el servicio al usuario, desde la solicitud de la atención y los proveedores hasta la cobranza por el mismo; planificando la valoración sistemática de los procesos para establecer las correcciones oportunas[10]. La reingeniería es una nueva herramienta de apoyo en la búsqueda de estrategias para enfrentar los procesos operativos, donde en ningún momento es suficiente con hacer bien las cosas, sino que promueve el rediseño de los procesos o interacciones donde se hacen bien las cosa, contrastando como se hace contra como deberían hacerse.[11]

La Promoción de la Salud, es una estrategia holística que se sustenta en la multiplicación y cooperación armónica de recursos o instrumentos para la **salud** individual y colectiva del ser humano de manera tansdisciplinaria y nunca restar o dividir esfuersos. Encuentra una complementariedad sinérgica, entre estas dos herramientas gerenciales. Que en la operacionabilidad eficiente de la gerencia estratégica de la Promoción de la Salud en el Estado Mérida se fundamenta en: [10,12, 13]

- Los intereses y recursos de los participantes se subordina y cooperan armónicamente en función a la comunidad asistida y a la dirección de sus propósitos y objetivos, siendo la **meta el unico lider**
- Todos los miembros participantes pertenecen a un equipo eficiente de trabajo, donde fallamos todos o triunfamos juntos.
- El **aprendizaje permanente** es parte fundamental de nuestro trabajo o evolución, con una responsabilidad por realizar lo que tenga más sentido y eficiencia para la consolidación de la realización integral de cada ser humano participante. Poniendo lo mejor de nuestro **Ser** en el desempeño de nuestras funciones para consolidar la meta común.
- No se toma nada por seguro, se cuestionan los procesos desde la raíz de las cosas, para realizar un rediseño radical que permita lograr mejoramientos cuantiosos en las medidas criticas del desempeño tales como. Los costos, la calidad, los servicios, los efectos adversos y la prontitud. Mediante la innovación, la mejoría continua y el mantenimiento.
- Existe un lenguaje corporativo común en función a la comunidad asistida y los procedimientos tienden a simplificar el trabajo para eliminar los cuellos de botella, de tal manera que aseguren la eficiencia en la obtención de los resultados y garanticen su permanente mejoría.
- Se utilizara la tecnología de información:
    1. **Bases de Datos compartidas**, para que la información sea accesible desde cualquier lugar cada vez que se desea.
    2. **Sistema Expertos,** para que los generalistas puedan hacer trabajos de expertos.
    3. **Redes de Telecomunicaciones,** Para que las decisiones acertadas y eficientes sean parte de cualquier trabajador.

El éxito de la aplicación de la estrategia de Promoción de la Salud depende de su **ALMA, que es el Equipo Eficiente de Trabajo**, y de su **LIDER que es la meta común** que se propone consolidar. Fundamentandose en los cincos **Principios esenciales del Ser Humano**:

1. Propósito existencial
2. Amor incondicional.
3. Servicio cooperativo.
4. Gozo existencial.
5. Trascendencia del **Ser.**

La solución de las dificultades que surjan en la organización y las decisiones que tengan que ser implantadas, será producto del consenso y compromiso de cada uno de los miembros que participen. Con la filosofía de productividad con excelencia y calidad total en la consecución de una tarea común, en un clima de respeto y confianza. Partiendo de la armonía interior de cada ser humano participante.

Todas la acciones se encausan hacia la obtención de **una meta común** con excelencia, incorporando un esquema de planificación empresarial basado en los Principios esenciales del Ser Humano. Complementados con la misión, los objetivos estratégicos, las metas específicas y los objetivos de la organización de la comunidad, donde la toma de decisiones se realiza con una objetiva atención consciente, basándose en datos y análisis sustentados.[14]

Para el análisis de cada subsistema, el equipo efectivo de trabajo ve el proceso operativo y organizacional como un todo o de **manera holística,** observando las posibles dificultades (cuello de botellas)o puntos críticos[13,14] agrupados en:

Inherentes al recurso humano.
Inherente a maquinarias y equipos.
Inherentes a materia prima o materiales.
Inherente a métodos de trabajo, normas existentes.
Inherentes a la organización.

Aplicando para ello la matriz FODA[10,13] (figura 1), que es una herramienta de gerencia estratégica de gran utilidad para el análisis de nuestra vida, de nuestra empresa familiar o comercial. Para la formulación y definición de las estrategias, que se planifica y aplica para la consolidación de una vida útil saludable y feliz. El FODA es un sistema de herramientas que contempla: las **f**ortalezas, las **o**portunidades, las **d**ebilidades y las **a**menazas[13], que se puede integrar de manera ecléctica a los **Sistemas Integrados de la Vida** (figuras 2 y 3), inspirados en la calidad total[10]

Este enfoque de sistema integrado[10], es una herramienta de la gerencia con calidad total que permite una visión holística del ser humano con su entorno. Por medio del Sistema Integrado de los componentes de un **sistema gerencial aplicado al ser humano**[15] (figura 3). Se utiliza para que de manera global sea clasificada y evaluada la interrelación del Ser humano consigo mismo, con sus semejantes y con el medio natural y sociocultural que le rodea. Además, permite apreciar otros factores o personas con las cuales nos interrelacionamos, en el complejo sistema de nuestra vida

(Figura 3). También es una herramienta de gran utilidad, en la programación global de las estrategias y tácticas prioritarias, para consolidar nuestra misión y metas más prioritaria en nuestra experiencia terrenal. Este sistema integrado esta constituido por los subsistemas: proveedores, insumos, insumos, procesos, resultados y beneficiarios (figura 2 y 3)

Figura 1
APLICACIÓN DE LA MATRIZ ESTRATÉGICA FODA

	MISIÓN	**FORTALEZA**	**DEBILIDADES**
	Propósito o filosofía que describen los principios y prioridades básicas de una persona u organización, en el logro de sus objetivos o a mediano y largo plazo y su misión de vida, para su autorrealización.	Aspectos positivos de sus actividades, aptitudes, autoestima, sistema de creencias o bienes personales que le ayuden a lograr su misión de vida o consolidación de sus metas.	Creencias destructivas o negativas de sus actitudes, autoestima baja, sistema de valores o creencias en carencia bienes personales que le impiden o dificultan lograr sus metas de vida.
OPORTUNIDADES	Aportes u ofrecimientos provenientes de la naturaleza o los avances científicos y tecnológicos y de los semejantes, que potencialmente pueden beneficiar de manera significativa a la persona u organización. En la consolidación o logro de su misión de vida o autorrealización y para consolidar una vida útil, saludable y feliz en unión con sus seres amados.	**ESTRATEGIA F.O.** **Utiliza las fortalezas para aprovechar oportunidades.**	**ESTRATEGIA D.O.** **Aprovecha las oportunidades para superar las debilidades.**
AMENAZAS	Tendencias, hechos o circunstancias naturales o socioculturales que son creídas como potencialmente dañinas para el bienestar de la persona u organización y le dificulta la consolidación o logro de su misión o de sus metas en las áreas vitales.	**ESTRATEGIA F.A.** **Utiliza las fortalezas para eliminar o neutralizar las amenazas.**	**ESTRATEGIA D.A.** **Neutraliza las amenazas, superando las debilidades**.

FIGURA 2

SISTEMA INTEGRADO DE LOS COMPONENTES DE UN SISTEMA GERENCIAL

PROVEEDORES

PERSONAS O ENTIDAD QUE SUMINISTRAN O ABASTECEN DETERMINADO PRODUCTO, SERVICIO O INFORMACIÓN NECESARIA U REQUERIDA PARA LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES O PROCESOS PARA LA SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES

USUARIO O BENEFICIARIOS

SERES HUMANOS QUE ADQUIEREN O USAN LOS PRODUCTOS O BIENES QUE BRINDAN UNA PERSONA U ORGANIZACIÓN, CONFIANDO SUS INTERESES A ESTA, SIEMPRE Y CUANDO CUMPLA CON LOS REQUISITOS PREESTABLECIDOS.

↓ ↑

INSUMOS

PROVISIÓN DE BIENES, ÚTILES O SERVICIOS NECESARIOS PARA ASEGURAR LOS OBJETIVOS O METAS O SATISFACER LAS NECESIDADES DE CADA UNA DE LOS 5 COMPONENTES DEL SER HUMANO.

RESULTADOS

BIENESTAR HUMANO, BIENES Y SERVICIOS PRODUCTO DE LOS PROCESOS O ACTIVIDADES DEL SER HUMANO EN EL DESEMPEÑO DE SU VIDA, EN CADA UNA DE SUS ÁREAS VITALES.

↓ ↑

PROCESOS

ES LA AGRUPACIÓN ORDENADA DE ACTIVIDADES SEPARADAS, PERO INTERDEPENDIENTES, QUE PERMITEN LA TRANSFORMACIÓN DE LOS INSUMOS Y RECURSOS EN RESULTADOS ESPECÍFICOS DESEADOS O EN BIENESTAR HUMANO

↓ ↑

RECURSOS

SON TODOS LOS ELEMENTOS QUE PERMITEN LA EJECUCIÓN DE LOS PROCESOS EN UN SISTEMA, PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS PREESTABLECIDOS, LOS MISMOS PUEDEN SER HUMANOS O PERSONALES, FINANCIEROS, MATERIALES Y EQUIPOS TECNOLÓGICOS, CONOCIMIENTO E INFRAESTRUCTURA.

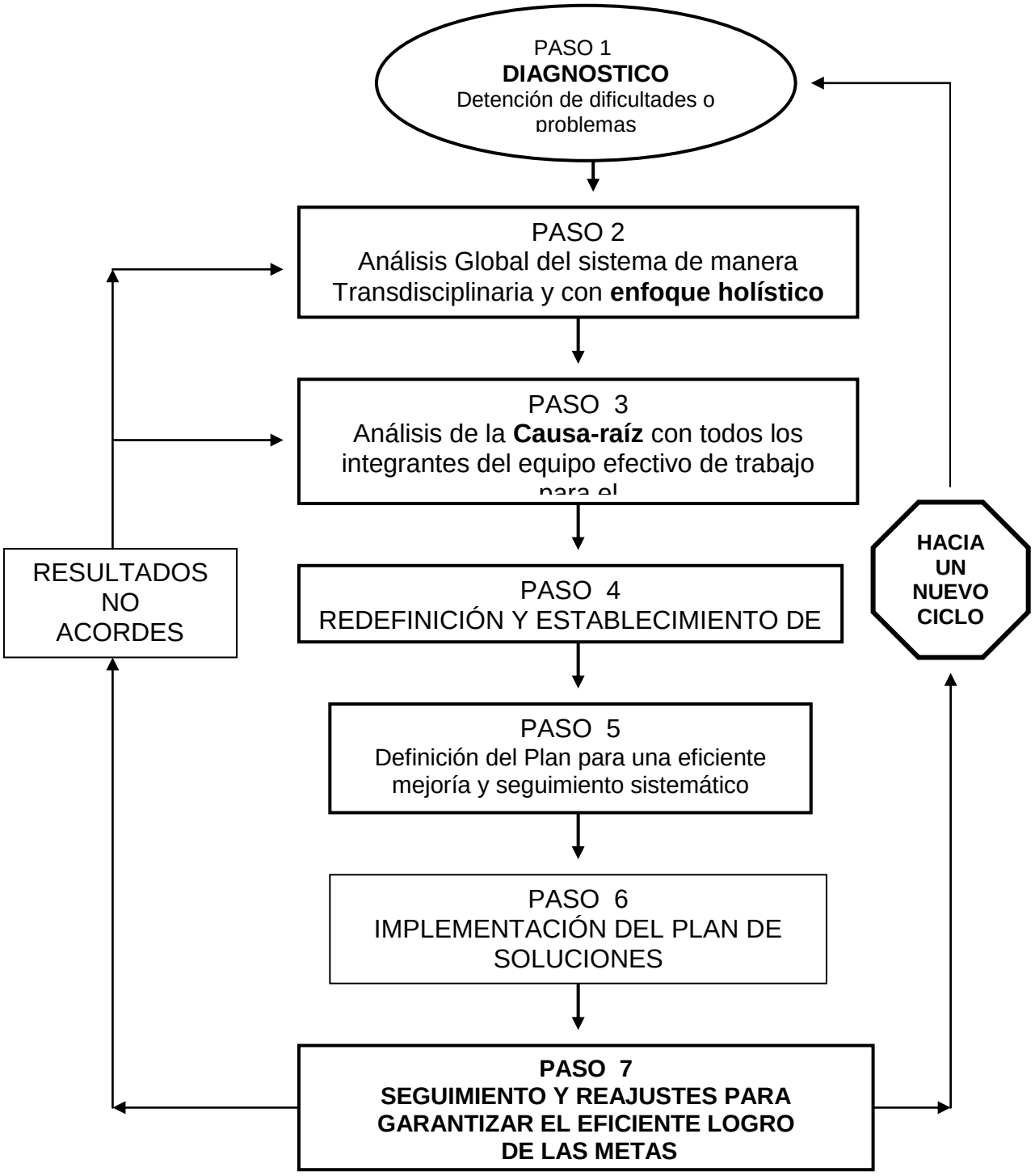
La eficiencia dependerá del uso apropiado del recurso humano capacitado y de la tecnología más versatiles y practicas, además de un adecuado seguimiento para la redefinición y aplicación de las intervenciones para que produzcan la máxima salud holística posible o bienestar personal, familiar y comunitario, con la mayor eficiencia.[10,14]

FIGURA 3
SISTEMA INTEGRADO DE LOS COMPONENTES
DE UN SISTEMA GERENCIAL APLICADO AL SER HUMANO

En la gerencia estratégica se emplean de manera complementaria con los esquemas representados en las tres figuras anteriores, aplicando el siguiente esquema de pasos[13.14]

Figura 4.

FLUJOGRAMA DE PASOS



Autogerencia de Vida

La autogerencia de vida es un proceso prioritario que le permite al humano, ser proactivo, en vez de reactivo en la formulación y consolidación de su meta o misión de vida. El proceso de autogerencia de vida se puede describir como un enfoque objetivo y sistemático para la toma de decisiones en nuestras vidas. Que le permite al ser humano vivir plenamente cada momento presente de su existencia, porque en atención consciente utiliza todo su cerebro creativo, basándose en su propósito de vida, para aprender a superar sus limitaciones y vivir plenamente su camino evolutivo en este transito terrenal.

Al autogerenciar la vida, se vive plenamente el momento presente, sintiendo la realidad, de nuestra naturaleza humana y del entorno natural y sociocultural donde nos desenvolvemos. Con la vista, el oído, el gusto, el tacto y el sentido interno atentos de nuestros pensamientos, sentimientos y acciones, para aprender con persistencia de nuestros éxitos y errores y cambiar nuestro sistema de creencias. Para desarrollar nuestra potencialidad de autorrealización y trascendencia.

De esta manera consolidaremos el desarrollo armónico y pleno de cada uno de nuestros componentes y estaremos en armonía con los **Principios Fundamentales del Ser Humano**. El componente **espiritual,** mediante el **amor por nosotros mismo,** la incondicionalidad por el servicio amoroso a nuestros semejantes y a la naturaleza, que es la base para el **Principio de trascendencia del Ser**. El componente **psicológico**, mediante el aprendizaje continúo, que es donde se sustentan las bases para el **Principio de Cultivo de la Sabiduría,** El componente **orgánico** mediante el crecimiento y desarrollo de nuestra estructura física o material, con eficiencia y humildad, que es la base para el **Principio de Transcendencia del Ego.** El componente **Social,** mediante la comunicación y cooperación armónica de recursos, que es la base para el principio de **Servicio** y el componente **energético,** mediante la toma de decisiones y ejecución acertiva de nuestra vitalidad en el cumplimiento de nuestra misión de vida, que constituye las bases para el **Principio de Gozo Existencial,**

Para gerenciar o dirigir acertadamente la empresa de nuestra vida (figura 1) o cooperar armónicamente con la de nuestros seres amados, es fundamental tener muy claro los objetivos y metas de nuestra vida o los de nuestro hogar. También es prioritario aplicar acertadamente los conceptos básicos que nos van a permitir aprovechar o utilizar eficientemente los recursos que nos proporcionan la madre naturaleza para el gozo existencial, ofrece los avances científicos y tecnológicos para el disfrute de nuestro bienestar y nos facilitan nuestros semejantes para que seamos cada día más felices. Estos principios filosóficos, científicos y gerenciales están descritos ampliamente en los libros: **Estilos de vida, salud y enfermedad, Salud holística, Sugerencias nutricionales para la salud holística, Desarrollo integral del ser humano a través del eneagramas y Manejo eficiente del estrés y la ansiedad.**

Apoyándonos en las bases filosóficas, científicas, gerenciales que nos aportan los más recientes avances científicos y tecnológicos de la medicina o de la ciencia y arte para el manejo y promoción de la salud, cambiaremos desde nuestro interior. Por consiguiente, nos permitiremos desarrollar herramientas sencillas de aplicar y evaluar, económicas, con mínimos efectos dañinos y que fomentan el máximo bienestar y salud, a la vez que minimizan el sufrimiento o la enfermedad. Para el fomento productivo de nuestro capital más valioso, como es la salud holística.

¿Cómo se ve al ser humano en el marco de la Salud Holística?.

Tomando como marco referencia el concepto de ser animado, que aparece en el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española y que están descritos en el libro Salud holística. EL ser humano en el marco de la salud holística se ve como:

SER: Son seres animados que se caracterizan porque:

a) Se originan siempre a partir de otro ser vivo y poseen un mecanismo que permite su reproducción, dando origen a individuos semejantes,

b) Están constituidos por partes que se integran y funcionan armónicamente,

c) Poseen la propiedad de autoconstruirse basándose en sustancias químicas tomadas del mundo exterior,

d) Son susceptibles de reaccionar de un modo determinado, frentes a determinados estímulos y son capaces de adaptarse, manteniéndose dentro de un equilibrio dinámico.

El **Ser humano** es un sistema integrado por los componentes: Espiritual, Psíquico, Orgánico, Social y Energético del Ser, que en estrecha interdependencia se interrelacionan de manera complementaria y sinérgica para cumplir su misión de vida, en un contexto determinado, pleno de historicidad.

La misión teológica del ser humano, es la de maximizar el gozo de su bienestar humano, viviendo en **Paz** y **Armonía** consigo mismo, con sus semejantes y con la naturaleza. Mediante una gerencia eficiente de los recursos que la energía universal y creadora que llamamos DIOS le aporta a través de la naturaleza y los que le ofrecen sus semejantes a través de los avances científicos y tecnológicos en el contexto de su vida. Entendiéndose como contexto al espacio geográfico, sociocultural y del tiempo donde el ser humano transita su camino de vida.

En esta experiencia terrenal del **Ser humano,** lo fundamental es el estar atento para aprender en cada momento presente, a superar nuestras limitaciones o creencias erradas y destructivas. Que nos bloquean o comprimen el desarrollo de nuestras infinitas potencialidades de amor, seguridad y alegría de vivir, depositada en la esencia o semilla de nuestro **Ser**. Así con paciente persistencia o de manera flexible y constante ejecutaremos actividades, reflexionando con creatividad, para aprender del acierto o error de nuestras decisiones, en cada proceso de nuestras áreas vitales, para lograr con eficiencia el objetivo buscado o nuestra autorrealización.

¿Cuál es el perfil de un ser humano sano?

Los aspectos llamativos de un ser humano sano destacan por ser una persona madura y llena de amor por sí misma. Porque sus hechos o conductas le aportan gozo existencial y disfrute del bienestar que le hacen ser cada día más feliz. Con **plena consciencia** de cada momento presente de su vida, en relación con sus ideales para el crecimiento y evolución integral de su ser.

Manifestándose por el mejoramiento continuo de su salud holística o de la armonía funcional de cada uno de sus 5 componentes como son: Espiritual, Psíquico, Orgánico, Social y Energético.

Figura 5
VISIÓN HOLÍSTICA DEL SER HUMANO COMO UNA EMPRESA PRODUCTIVA

¿Que es Salud Holística?

Es un estado armónico en equilibrio dinámico de los componentes espiritual, psíquico, orgánico, social y energético del **Ser**, en su contexto determinado y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad. Como se puede apreciar, se ve al ser humano como un todo por lo que a la salud Holística también se le conoce como salud total, palabra que proviene del griego Holos, que significa todo o totalidad.

¿Cuales son los criterios para poder valorar mi salud holística?

Para que de una manera objetiva tengamos claro los criterios de la salud holística o para consolidar una vida útil, saludable y feliz, a continuación se presentan los fundamentos filosóficos sobre el perfil saludable de cada uno de los 5 componentes del ser humano.

Perfil espiritual de un ser humano sano**:**

1. Vive consciente de sus principios y misión de vida, guiada por el Ceador y de ser uno de sus instrumentos.
2. Encomienda siempre sus pensamientos, sentimientos y acciones al Creador, para que sea su guía en el camino de transcendencia de su **Ser**.
3. Agradece sistemáticamente al Creador sabiduría, amor y persistencia para conocer y consolidar, su propósito existencial y cumplir con eficiencia, amor y humildad su misión de vida.

Perfil psíquico de un ser humano sano:

1. Tiene los **ideales de su vida claros** y asume con responsabilidad las consecuencias de sus actos en la vida, como las principales fuentes de aprendizaje para la consolidación de sus ideales.
2. Es persistente en el crecimiento, maduración y desarrollo integral de su SER, estando atento de su sistema de pensamientos, sentimientos y acciones, planteando siempre soluciones y nunca plantea problemas o prejuicios.
3. Maneja acertada y equilibradamente sus emociones, emitiendo respuestas analíticas, actuando sobre la base del amor, perdonando, tolerando y cooperando con paciencia y confianza.

Perfil orgánico del ser humano sano:

1. Esta ausente de afecciones y enfermedades orgánicas.
2. Siempre protege la integridad de su ser, cumpliendo con equilibrio y armonía sus funciones vitales.
3. Se mantiene de manera persistente en equilibrio dinámico evitando llegar a los extremos en defectos o excesos y ejecutar conductas autodestructivas y dañinas.

Perfil social del ser humano sano:

1. Vive en **paz y armonía** con sigo mismo y con sus semejantes, cooperando con el fomento de su bienestar humano, personal, familiar y comunitario.
2. Nunca le hace a sus semejantes lo que no desea que se le haga a él.
3. Siempre sé interrelaciona con sus semejantes con el mismo amor con que desea que se comunique con él.

Perfil energético del ser humano sano:

1. Siempre esta lleno de capacidad para realizar con eficiencia y gozo el trabajo que le generan sus áreas vitales, en su existencia.
2. Se mantiene lleno de energía, con vitalidad y dinamismo es acertivo en la solución de las dificultades que se presenten, en el desempeño de las áreas vitales, de manera que le proporcionan el máximo de **bienestar humano.**
3. Es capaz de gerenciar de manera acertada la utilización de sus energías o vitalidad, sin llegar al agotamiento por sobrepasar su capacidad energética en las jornadas de trabajo en su vida.

¿Cuales son las áreas vitales del ser humano?

Las áreas vitales del ser humano, constituyen un conjunto de circunstancias vivenciales donde siempre tiene que actuar el ser humano para su existencia. Se clasifica en existenciales y culturales.

Las áreas vitales existenciales.

Son las relacionadas con el propósito existencial y misión de vida del ser humano. Contribuyen directamente a consolidar un verdadero y duradero **bienestar humano,** manifestado como una vida útil, saludable y feliz. También a la perpetuación de la especie y la armonía consigo mismo y en su hogar o entorno.

EXISTENCIALES

1. Espiritual
2. Comunicación consigo mismo.
3. Preocupación por la salud.
4. Alimentación.
5. Pareja
6. Sexualidad
7. Hogar.
8. Creatividad.
9. Descanso.

Las Áreas vitales culturales.

Son las creadas por la sociedad, para mantener la funcionalidad de las comunidades humanas. Contribuyen a mantener el beneficio económico y el sistema de interrelación entre los seres humanos imperante.

CULTURALES

1. Estudio y capacitación.
2. Trabajo o productividad.
3. Vestido.
4. Vivienda y vehículo.
5. Seguridad personal.
6. Comunicación con los semejantes.
7. Nivel socioeconómico.
8. Recreación.
9. Deporte.

Para la optima consolidación de nuestras metas y objetivos, en cada unas de nuestras áreas vitales, es fundamental tener presente y consolidar nuestras necesidades básicas. Aprovechando con seguridad y eficiencia, todos los recursos que le Creador nos aporta para nuestro gozo existencia, que los avances científicos y tecnológicos nos ofrece para el disfrute de nuestro bienestar y que los semejantes que nos aman o estiman nos facilitan para que seamos cada día más felices.

El Paradigma de la eficiencia.

Como la Promoción de la salud es una estrategia holística, amerita un paradigma holístico para medir la eficiencia de su aplicación. Teniendo presente que un bolivar empleado en previción es más productivo que un millardo empleado en curación y que la salud es la base fundamental para consolidar el desarrollo integrar de una persona, familia y comunidad. Se plantean cinco criterios para la valoración de la eficiencia, como base para la toma decisiones y acciones más acertivas para un eficiente manejo de la salud o para el necesario rediseño de técnicas y procedimientos con enfoque holístico. Estos criterios de eficiencia son: [6]

1º. Que sean métodos y procedimientos sencillos de aplicar y evaluar.
2º. Que se requiera la menor inversión de recursos y produca el máximo de bienestar o fomento de la salud en su globalidad.
3º. Que sea inocua para quienes lo aplican, reciben sus efectos y la naturaleza o produzca un mínimo de efectos dañinos.
4º. Que produzca una cura o exelente mejoria en el menor tiempo posible o una exelente reducción o eliminación de las dificultades.
5º. Que produzca el máximo de años sin enfermar a la persona, familia o comunidad asistida.

Como sé podra observar para cumplir lo más eficiente posible estos cincos criterios, es prioritario aplicar nuestro cerebro creativo para analizar de manera objetiva y con persistencia aprender del producto de nuestras deciciones y acciones, para redefinir o crear herramientas que esten en armonía con la naturaleza y mantener un contino seguimiento que permita de manera

sistematica reforzar y mejorar continuamente las situaciones que fomente la salud holística y eliminar o superar aquella tacticas o situaciones que interfieran con la consolidación de una vida útil, saludable y feliz, al nivel personal, familiar y comunitario.

LINEAS DE ACCIÓN

1. Desarrollar cursos y/o talleres de capacitación en Promoción de la Salud a miembros de la comunidad y a profesionales de múltiples disciplinas, para que apliquen adecuadamente las herramientas de gerencia estratégica para su salud personal y colectiva. Integrados en equipos eficientes de trabajo fundamentados en reingienería y calidad total. (Actualmente por medio del Instituto de Salu Total (INSALUT) sé estan desarrollando en la ciudad de Mérida- Venezuela, dos cursos donde de capacitan a 30 personas como entrenadores de promotores de salud natural.

2. Formular una meta de salud para cada comunidad asistida en función a sus necesidades reales, que les proporcione una base común para lograr un adecuado mejoramiento continuo de las condiciones de vida y necesidades básicas, de los inadecuados hábitos del estilo de vida y del estado de salud.

3. Realizar un inventario y una revisión de los recursos y principales actividades relacionadas con la salud que permita la cooperación armónica de recurso a nivel intersectorial.

4. Desarrollar proyectos pilotos de promoción de la salud al nivel de las comunidades locales, los gremios o municipios, que pueda servir de referencia o modelo para otras comunidades organizadas. (Sé esta iniciando dos proyectos de pilotos, uno con los educadores afiliados al IPAS-ESTADAL y el otro en el Municipio Santos Marquina del Estado Mérida. Por iniciativa de INSALUT y cofinanciados con la empresa privada.

5. Basándose en las necesidades de cada comunidad donde se desarrolle los proyectos pilotos, definir los indicadores para el logro eficiente de las metas para mejorar la calidad de los servicios de salud en las comunidades o municipios asistidos. (Sé diceño un estudio transversal con enfoque epidemiologico titulado "Asociación de las Condiciones de Vida con la Morbilidad y Mortalidad" que puede ser aplicado a cualquier comunidad o municipio)

El conseguir una calidad y una eficiencia de los servicios de salud, solo será posible con el esfuerzo mancomunado de todos. Por lo que las autoridades, los administradores, los proveedores y los usuarios de los servicios necesitan asumir el compromiso de la responsabilidad de velar por el uso eficiente de los recursos sanitarios disponibles, en función a las prioridades locales de salud y debe combatir enérgicamente el despilfarro y acciones inadecuadas. Identificando la raíz de las causas e introduciendo inmediatamente los correctivos correspondientes en la política, la gestión y la operacionabilidad de los procedimientos técnicos. [11]

Este compromiso por conseguir calidad y eficiencia en los servicios de salud pone de relieve la atención que merece las acciones, ya sea porque representan un cambio positivo (fortalezas u oportunidades) que se debieran mantener y maximizar en los años venideros, o porque agravan la situación (debilidades o amenazas) si no se adoptan medidas a respecto para eliminarlas o controlarlas.[13]

Los recursos deben reorientarse hacia las nuevas prioridades sanitarias y hacia las dificultades y necesidades realmente sentidas por la población donde se ejecuta los proyectos o programas. Fundamentándose en la investigación y vigilancia epidemiológica aplicada, la gerencia estratégica y la previsión de factores de riesgos que afectan a los grupos de población más desfavorecidos.[16]

Es prioritario mejorar la productividad y el empleo de los recursos humanos para la promoción de la Salud, mediante la mejoría persistente de los procedimientos, métodos y materiales educativos. Para que todas las categorías de personal vaya dando importancia a la necesidad de humanizar a atención de salud, con énfasis en la mejoría de las condiciones de vida, los estilos de vida, la atención primaria de salud y la restitución del daño. Por ello es fundamental:

1. Inculcar a la población el compromiso de su autorresponsabilidad en todos los aspectos de la atención de su propia salud en forma practica y sostenible. Con el objetivo final del mejoramiento continuo de su calidad de vida o bienestar humano.
2. Seleccionar y asignar más cuidadosamente al personal que atiende la salud, garantizándole el apoyo técnico y material que necesiten, con el mejoramiento de la productividad.
3. Mejoramiento continuo o rediseño de los sistemas de administración y vigilancia, con el fin de que los gobiernos y administradores puedan realizar gerencia preventiva, supervisando educativamente la producción y el empleo de los recursos. Corrigiendo las disparidades o ineficiencia detectadas, de manera rápida y realista.

Se entiende a la Implementación de la Estrategia de Promoción de la Salud como un proceso transdisciplinario que busca hacer eficiente el sistema de salud en el nivel más cercano a las personas necesitadas. Aplica los principios de la salud holística en el contexto de calidad de vida, identificando y diagnosticando de la mejor manera las necesidades, condiciones y estilo de vida (factores condicionantes y desencadenantes) para facilitar la concertación y cooperación de voluntades, para resolver con eficiencia las dificultades de salud encontradas.

En este proceso Transdisciplinario, el rol tradicional de “experto” que entrega normativas y acciones a ejecutar por el resto, se transforma por el de cooperante, que aporta información y conocimientos. Compartiendo herramientas que permitan la realización de las tareas en forma conjunta, a nivel del entorno más cercano a la persona o **autogestionario de la salud.** Él cual produce los cambios evolutivos desde su interior para luego interactuar con su familia, lugar de trabajo, grupo de religión, centros de estudio o de recreación etc. Para mejorar las condiciones de vida y la ecología a nivel del hogar o de la comunidad a la que pertenece.

La planificación de actividades en el área de la promoción de la Salud, se realiza íntimamente asociada a los niveles de ejecución de presupuesto; es decir, a niveles locales, con la participación activa del máximo de los miembros de la comunidad asistida. Incluidos los líderes locales, dirigentes políticos y los representantes de los organismos gubernamentales o privados del sistema local de salud.[7] También orientándose los recursos hacia la consolidación de los resultados planeados (objetivos o metas). En lo que atañe a una mejor calidad de vida y de salud y a la reducción específica de los años de vida potencialmente perdidos, la incidencia, la prevalencia, la incapacidad y la mortalidad. Haciendose enfacis en la consolidación de mejores condiciones de vidad, promoción de habitos de vida fomentadores de la salud y protección del medio ambiente.

Los proyectos que se lleven a cabo abarcaran los contextos: social, económico, político y ecológico. Conjugando la educación y comunicación social, la epidemiología, la salud pública y la participación activa de la comunidad usuaria, con un enfoque de equipo eficiente de trabajo y gerencia estratégica.

En el proceso de planificación de los proyectos, **es fundamental** la participación de la comunidad organizada y la de múltiples profesionales desde el mismo comienzo. Los proyectos podrán ser enviados a una gran gama de personalidades e instituciones relacionadas para su análisis y recomendar mejoras para su optima Implementación. Entre estos críticos que identificaran las deficiencias por mejorar en el proyecto y los que han de redefinirse y ocurrir para que funcione eficientemente el plan, destacan: Centros de investigación, asociación de profesionales, organizaciones gubernamentales o cátedras de la ULA u otros centros de educación superior, dirigentes empresariales, asociaciones de vecinos, dirigentes vecinales, entidades religiosas, organizaciones juveniles y otros grupos representativos. Los comentarios que reporten se utilizaran para mejorar y rediseñar las metas y los procedimientos proyectados. Luego se realizaran unas jornadas de análisis y consenso para fijar las estrategias y los procedimientos definitivos para:

1. La elaboración cuidadosa y detallada de programas prácticos y acordes con la realidad existente en la localidad beneficiada.
2. Establecer la estrategia para la vigilancia y control del proceso, en lo que atañe a la consecución eficiente de metas especificas de Promoción de la Salud Holística, de manera continua y persistente.
3. Garantizar la cooperación armónica de los recursos transdisciplinarios, con la participación más plena posible de la población, en la adopción y el cumplimiento de las metas de salud planificada.

De esta manera se constituye un Equipo transdisciplinario de investigación,[6,16] donde todos los participantes en el equipo de trabajo y los miembros de la población beneficiada, tienen el propósito fundamental de comportase como autogestores de su propia salud. Aportando en cooperación armónica los recursos y acciones para solucionar las dificultades detectadas y satisfacer las necesidades sentidas, siendo guiados por la meta de cunsolidar y promover la salud. Teniendo presente las tres maximas reportadas por Werner y Bower[17]

EL PROPÓSITO DE LA EDUCACIÓN DEBE SER
AYUDAR A LAS PERSONAS A ADQUIRIR
LOS CONOCIMIENTOS, HABILIDADES Y CONCIENCIA NECESARIOS
PARA HACER FRENTE A LAS NECESIDADES DE LA VIDA Y RESOLVERLAS

LO MÁS IMPORTANTE PARA UN ENTRENADOR DE PROMOCIÓN SALUD
ES HACERSE TAN INNECESARIO COMO SEA POSIBLE,
HÁGASE CAPACITADOR DE MAESTROS. LUEGO, SOLO ASESOR
RETIRÁNDOSE POR COMPLETO LO MÁS PRONTO POSIBLE

DAVID WERNER Y BILL BOWER.

2. INVESTIGACIÓN

La limitada experiencia en el país y la región de los Andes Venezolanos, con relación a la Promoción de la salud, resalta la prioridad de apoyar proyectos pilotos e investigaciones operativa cuyos resultados tengan una aplicación inmediata en la implementación, perfeccionamiento y evaluación de planes y programas de Promoción de la Salud. Donde los proyectos pilotos proporcionen los medios de ensayar y someter a prueba nuevos métodos con poco riesgo. Así los programas de pequeña escala que den buenos resultados, podrán ser extendidos al aplicar sus experiencias aleccionadoras para convertirse en grandes programas exitosos.[18]

Por otra parte la investigación operativa y de evaluación proporciona una base racional para introducir numerosas innovaciones y mejoras fundamentales en los Programas de Promoción de la Salud. Al poder recoger sistemáticamente la información y analizarla para que sirva de guía en todas las etapas del desarrollo del programa.[18]

Para conocer la perspectiva actual de la Investigación Científica en la Promoción de la Salud en los albores del siglo XXI, es necesario realizar un marco referencial sobre las tendencias de los paradigmas de la investigación científica y tecnológica en salud.

TENDENCIAS DE LOS PARADIGMAS DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA EN LA SALUD.

En la actualidad existe una estrecha interrelación en el desarrollo paralelo de conocimiento y su aplicación lo más inmediatamente posible. La investigación de ser predominantemente en biomedicina, alrededor de una personalidad destacada, con tendencia a la investigación básica o de ensayo de nuevas formas terapéuticas. En la actualidad está tendiendo a orientárse hacía la búsqueda e identificación de problemas relevantes, sus causas básicas y soluciones eficientes, dentro del ámbito nacional y/o local.[4,18,19]

Esta producción científica y tecnológica comienza a ser evaluada en cuanto a sus beneficios, costos, eficiencia, seguridad y ética en su uso. Tiende a seguir lineamentos precisos en el marco de necesidades y prioridades establecidas y por la capacidad económica y técnica del sistema de salud[20]. Buscando comprender de una manera holística los sistemas y procesos interrelacionados con la salud individual, familiar y comunitaria.

Teniendo presente que el "dogmatismo es el fabulador de la incierta certidumbre o del ansioso y perezoso mental necesitado de valores infalibles"(Luis Cardoza y Aragón).[16] Se busca analizar objetiva y honestamente el propio método científico y sus efectos logrados. Hacer una metacrítica, entendiéndose por ésta una acción de análisis cuantitativo y cualitativo (total) sobre la misma razón de ser de la ciencia, sometiéndose a prueba el método científico con el fin de mejorarlo o redefinirlo[21] dándole un enfoque holístico contra la simple razón analista.

Para las investigaciones de salud, en la actualidad se considera una necesidad esencial la existencia de líneas bien estructuradas en torno a las dificultades y necesidades más prioritarias y la estrecha cooperación entre investigadores, de manera tal que se abarquen e integren complementariamente: ciencias biomédicas y sociales, servicios de salud, evaluación de técnicas de

atención sanitaria, transferencia de tecnología, investigación, estadística y epidemiologíaca aplicada y otros especialistas afines para ampliar el conocimiento.[19] También es fundamental que facilite las intervenciones dirigidas a modificar la conducta individual y colectiva, lograr orientar los sistemas de creencias, las condiciones de vidas y los estilos de vidas hacia patrones más saludables y que tenga aplicación inmediata en el la mejoria continua de la calidad, la ejecución y evaluación de planes y programas de promoción, la previción, prevención, protección y rehabilitación de la salud.[23] De manera que la meta fundamental sea la de consolidar una vida útil, saludable y feliz.

Se consideran líneas fundamentales para la investigación en salud, la paz, **la educación**, la vivienda, la alimentación, el ingreso, un ecosistema estable, la conservación de los recursos, la justicia social y a la equidad, valorando y buscando aspectos más operacionales y concretos que nos sirvan para promover cambios en la práctica de salud, buscando efectivamente el compromiso de estos sectores sociales y la responsabilidad ciudadana en la salud personal y comunitaria.[23]

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha establecido cinco criterios para la planificación de investigación en materia de salud a largo plazo:[24]

1) Promoción y mantenimiento del apoyo necesario para estudios básicos que respondan a todas las necesidades y expectativas en materia de salud;
2) Mejorar la calidad, la eficacia y la eficiencia de la atención de salud, concentrando las actividades de investigación en problemas específicos, aplicando conocimientos fundamentales a la práctica clínica y mejoramiento de los medios para organizar y financiar los servicios de salud;
3) Difusión de los conocimientos que necesiten las instituciones y los individuos para responsabilizarse en la promoción de su salud y prevenir las enfermedades;
4) Mantenimiento y mejora de la capacidad de investigación en beneficio de la salud,
5) Incorporación de las actividades de investigación a los proyectos intersectoriales y multidisciplinarios.

El Plan Regional de la OPS apoyara investigaciones que estudien:[3] conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud, la alimentación y nutrición en la población general sobre costos-efectividad de las interrelaciones de prevención y promoción; investigaciones evaluativas sobre proyectos de promoción de salud e iniciativas de investigación acción con énfasis en la relación entre salud, condiciones de vida y cultura; investigaciones encaminadas a someter a prueba las relaciones de interdependencias sobre factores de riesgos específicos (p.ej. consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas, alimentos nocivos), en términos de sus lógicas y de las estrategias posibles para abordar la prevención de enfermedades.[4] Se puede complementar **planteándole** a la OPS la necesidad de apoyar investigaciones para lograr un conocimiento más holístico sobre el conjunto de pensamientos, sentimientos y aciones o crencia primarias, que en el ámbito individual y colectivo condicionan la actual situación de salud en cada ser humano, familia y comunidad, de manera que con un pleno conocimiento del sistema de creencias y de la realidad local. Se pueda facilitar un cambio estable de la predominante conciencia fragmentaria e instrumental para el beneficio económico y el egoísmo. Por una conciencia holística y panorámica que nos conduzca a una sociedad más justa y humana donde el bienestar humano comunitario sea el objetivo fundamental.[26]

De lo mencionado anteriormente, se concluye que el enfoque científico y tecnológico está destinado a la innovación y desarrollo de técnicas y procedimientos médicos y gerenciales adecuados para un eficiente manejo de la salud. Para tal fin se propone 3 criterios que sirvan para objetivar la evaluación de la eficacia, que se especifican a continuación:

I. **Que produzcan el máximo bienestar humano o fomento de la salud y minimicen el sufrimiento o la enfermedad con la menor inversión de recursos.**

II. **Que sean sencillas y simple de aplicar y evaluar.**

III. **Que sean inocuas para quienes las aplican, reciben sus efectos y la naturaleza o produzca un mínimo de efectos dañinos.**

Como se puede apreciar para poder operacionalizar y lograr las metas y los criterios gerenciales de investigación en salud para el siglo XXI. Es necesario redimencionar los paradigmas que se han mantenido hasta el presente y surge la necesidad de un modelo operativo para **Investigación Aplicada Participativa para el manejo integral de la salud.**[6,16] Que se resume en el cuadro 1.

Investigación Aplicada Participativa.

Para la implementación de la gerencia Estratégica en la Promoción de la Salud y la consolidación de líneas de investigación sobre dificultades y necesidades realmente sentidas y prioritarias. Es fondamental, hacer hincapié en una metodología con fundamento holístico como es la de **EQUIPOS TRANSDISCIPLINARIOS DE INVESTIGACIÓN APLICADA PARTICIPATIVA**, representada en el cuadro 1.

Corresponde al el proceso científico donde tanto los investigadores como los sujetos de estudios participan activamente en la identificación y análisis de la totalidad de sus dificultades y necesidades de salud, jerarquizándolas según su prioridad e impacto en la comunidad, para así con un enfoque sistémico resolver eficientemente las dificultades y necesidades planteadas. Esta metodología se enmarca dentro de la **investigación-acción** con participación comunitaria.[16]

"LA TAREA MÁS IMPORTANTE DE UN PROMOTOR DE SALUD ES LA DE ENSEÑAR, LA DE ANIMAR A COMPARTIR CONOCIMIENTOS, HABILIDADES, EXPERIENCIA E IDEAS, PARA AUMENTAR LA HABILIDAD Y LA CONFIANZA DE LA GENTE. PARA RESOLVER SUS PROPIOS PROBLEMAS Y A GANAR MÁS CONTROL SOBRE SU PROPIA SALUD Y SU VIDA".

DAVID WERNER Y BILL BOWER.

CUADRO 1

MODELO PARA LA INTEGRACIÓN DE EQUIPOS TRANSDICIPLINARIOS DE INVESTIGACIÓN APLICADA PARTICIPATIVA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL	Laboratorio Clínico-epidemiológica Nutricionales Psicológicos y Sociológicos Enseñanza aprendizaje Comunicación Social Gerencia, Administración Ingeniería de Sistemas Desarrollo urbanístico, etc.	Análisis y descripción de las técnicas metodológicas de investigación aplicada y Gerencia. Secuencia de objetivos, metas y estrategias por etapa; para la identificación de las metodologías y resultados de investigación más versátiles o eficientes para el manejo de la salud y la implementación de acciones para la promoción de la **salud holística**, mediante la eliminación o control de **factores de riesgo**.
DESARROLLOS DE MÉTODOS	Integración del equipo transdiciplinario de investigación aplicada PARTICIPATIVA en la **Promoción de la Salud** y diseño de estrategias integradas de metodología transdisciplinarias de investigación aplicada, que sean prácticas y factibles para resolver eficientemente las dificultades o necesidades de salud que se detecten en las comunidades donde se elaboren. Diseños de instrumentos computarizados versátiles para el registro de datos. Diseño de instrumentos objetivos, confiables y consistentes para valorar las variables en estudio y la eficiencia en la utilización de recursos e implementación de los proyectos.	
OPERACIONAL	Descripción de metodología o técnicas de investigación de manejo gerencial, administrativo, informático, enseñanza-aprendizaje, comunicación social. Nutricional, etc. Para la implementación y reajuste de proyectos y planes integrados de los programas que Promocionen la Salud en su totalidad **(Salud Holística),** y que sirvan de base para proyecto de grado, postgrado, ascenso o para programas gubernamentales, universitarios o de empresas privadas. Descripción de indicadores claros para la evaluación y medida de un desenlace o la eficiencia en la utilización de los recursos o cumplimiento de las funciones.	
FUNCIONAL	Aplicación de un **plan eficiente** para el manejo integrado de la salud, que fomente la salud holística y el desarrollo de las líneas de **investigación aplicada participativa** y proyectos de acción transdisciplinaria, con metas claras reales y factibles. Desarrollo de Programas de enseñanza aprendizaje al nivel de la familia, la educación formal y los medios de comunicación, para la Promoción de la Salud.	
RECURSOS	**Humanos** **Los más:** **Eficientes,** **Estudiosos y** **Responsables**	Médicos Internistas, Médicos de Familia, Pediatras, Médicos Generales, Licenciados en Educación, Estudiantes de pregrado y Postgrado, Psicólogos, Comunicadores sociales, Nutricionales, Ingenieros de Sistemas, Gerentes, Economistas o Administradores, Técnicos, etc.
RECURSOS	Materiales	Equipo y Material fungible más versátiles y necesarios.
RECURSOS	Económicos	Sobre la base de la planificación de proyectos para la adquisición o pago de recursos necesarios. Que han de cooperar armónicamente los necesitados y beneficiarios.
RECURSOS	Logísticos	Identificación y planificación de cada recurso necesario en forma cronológica, para cada etapa de las metas a cumplir en la realización de los programas o proyectos transdisciplinarios de manejo la **salud.** Con funciones específicas a ser desempeñadas por cada recurso programado para el desarrollo y evolución de cada proyecto, o en función al tiempo útil para el logro de las metas y diseño de otros **indicadores de eficiencia**. Definición y planificación de los recursos claves para la supervisión y evaluación de proyectos o programa.
RECURSOS	Tiempo	Cronograma para la especificación del tiempo útil para el cumplimiento de las metas.

Los lineamientos de la investigación aplicada Participativa se pueden resumir en: [16,19]

1. La participación de un equipo transdisciplinario de investigación, mediante un enfoque analítico de sistema integrado y colectivo, que identifica las dificultades (problemas) que integraran las líneas de investigación prioritarias, que sean realmente motivo de preocupación pública y no simplemente curiosidades del investigador.
2. Es un proceso de participación abierto, donde todos los participantes sabe lo que están haciendo, el para que, el porque y el cómo, de manera que los resultados sean concientizados y aplicados de inmediato.
3. Todas las personas son capaces de pensar y trabajar juntas en aras de una vida útil, saludable y feliz, compartiendo armónicamente los conocimientos, técnicas y recursos para lograr las metas comunes programadas.
4. En cada etapa la toma de decisiones se producirá mediante el consenso entre los investigadores, los miembros de la comunidad y las instituciones participantes, donde las acciones a tomar tienen raíces sociales y fundamentos científicos y gerenciales de las múltiples disciplinas involucradas. Actuando prioritariamente sobre la raíz de las causas básicas.
5. Los investigadores y profesionales actúan como facilitadores, animadores y catalizadores, para entrenar y fomentar las potencialidades individuales y colectivas en la eliminación y/o control de las creencias primarias, las condiciones de vida y los estilos de vida que se oponen al fomento de la salud; mediante la autogestión del individuo, la familia o la comunidad afectada.
6. No existe la división tradicional entre investigadores(sujetos) y la muestra(objetos) de la investigación, participando investigadores de múltiples disciplinas relacionadas directa o indirectamente con la salud o la investigación, en estrecha cooperación con activistas sociales, maestros, profesores, religiosos, dirigentes locales, agrupaciones civiles, diversas instituciones de la administración pública y organizaciones no gubernamentales.
7. La población o individuos participantes adquieren mayor capacidad y responsabilidad para entender y resolver, eficientemente con autogestión, autoconducción y cooperación armónica, sus las limitaciones de sus vidas o su salud. Utilizando de una manera, más eficiente los recursos disponibles, a través de planes más realistas que los que se elaboran con métodos convencionales de los administradores de salud.
8. Los investigadores e instituciones no imponen sus valores ni sus ideas a las comunidades, actúan con sensibilidad ante las opiniones de la población intervenida. Se esfuerzan por aprovecharlas y adaptarse a ellas, para facilitarles o acelerar el proceso de aprendizaje evolutivo, con lo que generan confianza, entusiasmo y dedicación. Con el fin de que los miembros de la población de manera autorresponsable, participen activamente y hagan frente a sus propias necesidades de salud o a la consolidación de sus metas.
9. La gestión básica es la descentralización, donde los comités de promotores de salud, o las comunidades organizadas, asumen la responsabilidad y la autoridad de administrar y conducir los proyectos, adaptándolos en función de sus necesidades reales y sentidas. También con relación a las nuevas circunstancias o cambios, para el mejoramiento continuo de las mismas.

Con la supervisión, el asesoramiento y el apoyo proporcionado por los otro niveles del sistema de salud, así como por el equipo transdisciplinario de investigación.

10. Los investigadores en conjunto con la comunidad, establecen los efectos o frutos esperados de su participación individual y colectiva en el control de factores de riesgos para la salud, basándose en indicadores e instrumentos de evaluación que facilitan un seguimiento y evaluación estratégica del proceso en desarrollo.

11. La metodología con técnicas de investigación aplicada, de gerencia estratégica, de educación andragógica con todo el cerebro y de comunicación social que se desarrollen para la implementación de la estrategia de Promoción de la Salud. Al igual que la comunidad favorecida, servirán como Laboratorio Vivencial de Investigación. Para la realización de **tesis** de grado, de Postgrado y de ascenso de los integrantes del equipo transdisciplinario y potencialmente para programas gubernamentales, universitarios o de empresas privadas.

Para concluir esta breve evaluación sobre las tendencias futuras la ciencia y tecnología para el manejo eficiente de la salud, se considera adecuado citar para su meditación al filósofo Elías Capriles.[26]

"Un cambio de los paradigmas científicos y culturales no sería suficiente para garantizar nuestra supervivencia y construir una sociedad viable y armónica. Si bien el desarrollo de un nuevo paradigma sistémico es parte esencial de la transformación necesaria, todavía más necesaria es la transformación de la conciencia, de la que proviene todo paradigma y toda acción humana. Una conciencia fragmentaria y por ende instrumental podría utilizar teorías científicas "sistema" para lograr más efectivamente sus fines miopes y egoístas y seguir así destruyendo la base de la vida y creando una sociedad cada vez más injusta y represiva. Una conciencia holística y panorámica libre de relaciones instrumentales puede crear una sociedad sostenible que permita a los seres humanos realizarse plena y genuinamente".

Líneas de acción para la investigación científica[4,16]

- Promoción de la investigación holística sobre creencias, conocimientos, actitudes, prácticas y condiciones de vida relacionados con la salud, la alimentación y nutrición haciendo énfasis en los sistemas de creencias y las causas básicas que condicionan y mantienen las actuales condiciones de salud al nivel personal, familiar y comunitario.
- Desarrollo metodológico para la investigación sobre sistemas sanitarios como instrumentos decisorios, incluyendo las orientadas a evaluar el costo-efectividad y la eficiencia de las mismas.
- Desarrollar el instrumental metodológico para la investigación social encaminada a someter a prueba la interrelación e interdependencia entre salud, equidad y desarrollo.
- Desarrollo de metodologías e instrumentos para el seguimiento y la medición sistemática de los proyectos de la Estrategia de Promoción de la Salud, en el marco de municipios y ciudades saludables o barrios saludables.
- Desarrollar el procedimiento adecuado para la capacitación y comunicación de la información para la promoción de la Salud Holística.
- Aplicación de proyectos que desarrollen mecanismos de movilización e incorporación de actores sociales en la negociación, concertación y ejecución de Programas de Salud.

La Investigación Aplicada Participativa comienza cuando un grupo de personas toma conciencia de un problema, a continuación viene la reflexión del conocimiento acompañado de la acción informada y la responsabilidad por la transformación de la realidad en una mejor

condición que la existente. Iniciando cada proceso como consecuencia de una necesidad sentida, se pone en marcha el ciclo de educación y análisis, investigación y acción.[27]

En esta labor de Investigación Aplicada Participativa, los individuos que tienen dificultades, necesidades o inquietudes y trabajos comunes, conforman un equipo efectivo de trabajo, donde de manera sinérgica cooperan armónicamente y encaminan todos los esfuerzos para alcanzar objetivos comunes concretos. En un clima de diálogo continuo, confianza recíproca, apertura y cooperación armónica, con un sentido de hermandad entre los participantes.[27]

Para que el equipo eficiente de trabajo se **mantenga integrado,** como una orquesta, donde cada participante coopere en armonía para la obtención de la meta, es necesario que cada integrante tenga bien claro estas interrogantes esenciales. [27]

1. ¿Quiénes somos?
2. ¿Cuales son nuestros principios e ideales fundamentales?
3. ¿Para que estemos aquí?
4. ¿Cuál es nuestro objetivo o meta?
5. ¿Cuál es la función de cada uno?
6. ¿Qué esperamos de nuestros companeros para consolidar la meta? y
7. ¿Cómo podemos trabajar juntos?

En este marco, el **desarrollo** se entiende como un proceso de capacitación en el que las personas toman consciencia de los sistemas de creencias y los modos de vidas individuales y colectivos que potencialmente pueden alcanzar. Por consiguiente, actúan teniendo presente la importancia de la sabiduría popular, tendiendo a mejorar la salud de los individuos y las comunidades.[27]

La Investigación Aplicada Participativa de los servicios de salud, es necesaria para conocer las experiencias, el análisis de la equidad, la calidad, los costos, la productividad y el desarrollo tecnológico. De esta manera se obtiene información valiosa para la toma de decisiones tanto en el ámbito gerencial como en los niveles operativos del sistema de atención sanitaria.[4]

Del informe final de la XXXI reunión del Comité Asesor de Investigación en Salud de la OPS.[28] En lo referente a la "Relación entre investigación en salud y el proceso decisorio" resalta lo siguiente: [28]

Es necesario conocer mejor los agentes sociales involucrados: consumidores, profesionales, políticos, investigadores, periodistas, empresarios, miembros de las órdenes religiosas, etc. No es posible ejercer influencia en estos individuos sin conocer sus principales fuentes de datos, la información que más les interesa y los métodos que usan para evaluarla; las razones que los motivan a tomar decisiones especificas; y las personas con quienes interactúan, compiten, o establecen alianzas.

Si el investigador ha de ser más acto defensor de su investigación, se ve obligado a desplegar habilidades especiales en la esfera política y en el área de la comunicación, además de su capacidad como investigador. Sin embargo, también se necesitan estructuras y mecanismos más formales, como los que se enumeran a continuación, para fortalecer los lazos entre la investigación y la definición de políticas: [28]

- Utilizar más intensamente las metodologías de construcción de consenso entre los diferentes actores que participan en la toma de decisiones sobre políticas de salud;
- Incluir a quienes adoptan las decisiones en los comités asesores de investigación, y a los investigadores en los puestos y foros donde se dictan las políticas;
- Hacer mayor uso del metanálisis, de las conferencias de consenso y de otras metodologías propicias para ayudar a despejar la confusión creada por la obtención de resultados contradictorios;
- Desarrollar la capacidad de responder a situaciones con prontitud y aprovechar momentos estratégicos, como los cambios de gobierno, para superar las barreras temporales;
- Adiestrar a investigadores en la redacción de los resultados de investigaciones, a fin de vencer algunas barreras en la comunicación;
- Crear sistemas de incentivos para que los investigadores fomenten el uso de los resultados de sus estudios

La tarea más perentoria, en lo concerniente a la organización de la actividad científica de la Región, es lograr una nueva institucionalidad (nuevos principios, enfoques, normas, organizaciones y rutinas) a fin de que la ciencia y los investigadores dejen de formar parte de un "sector" o espacio cerrado en que se llevan a cabo actividades eminentemente individualistas dirigidas casi por entero a la acumulación de méritos académicos, según parámetros internacionales. [28]

Se necesita una actitud institucional que dé un enfoque social a la investigación, apartándola del dominio exclusivo de los investigadores para dar cabida a la opinión y participación de una gran variedad de actores sociales y a los criterios de pertinencia y utilidad.[28] Teniendo Presente que **un pueblo instruido o sabio es un requisito fundamental y prioritario para el desarrollo integral de una nación.**

Democratizando las herramientas del método científico se lograra que los miembros de la comunidad lo apliquen de manera consciente en la toma de decisiones de su vida cotidiana. Con lo que tendrán la habilidad de considerar cuidadosamente una situación, de analizar qué problemas existen y de determinar adecuadamente los pasos que mejoraran la situación. Con ello la gente entenderá mejor sus problemas y los resolverá de una manera más eficiente.[28]

A continuación se presenta en la figura 5, un Marco para la Realización de Estudios de Cohorte o Ensayos Clínicos[29] y en la figura 6, el Diagrama de Flujo Para la Recolección de Datos en Estudios Epidemiológicos de Intervención en Comunidad[29]. Estos diagramas serviran de orientación para la búsqueda del conocimiento aplicando el método científico.

LA MÁS EFICIENTE INVERSIÓN
PARA NUESTRA FELICIDAD Y BIENESTAR
ES LA QUE HACEMOS DE MANERA
CONSCIENTE POR FOMENTAR
NUESTRA SALUD.

FIGURA 6
REPRESENTACIÓN BREVE PARA UN MARCO UNIFORME DE UN ESTUDIO DE COHORTE (Coh) O ENSAYO CLÍNICO (Ens)

FIGURA 7
DIAGRAMA DE FLUJO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS EN ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS DE INTERVENCIÓN EN COMUNIDAD

3. EPIDEMIOLOGÍA APLICADA.

La Epidemiología Aplicada, es la aplicación de un conjunto de herramientas de registro y análisis sistemático de la distribución de condiciones fisiológicas y patológicas en poblaciones humanas y de los factores que influencia esa distribución [30] que sirve de apoyo para implementar acciones políticas y administrativas en un manejo eficiente de la salud.[5]

Para la implementación de una adecuada política en materia de salud y bienestar, con objetivo claro y específico para reducir los problemas de salud y sociales, como para mejorar las condiciones de vida que más afectan la población. Es requisito fundamental el formularse indicadores fiables del estado de salud y bienestar de la población, que permita un diagnóstico de la realidad existente y evaluar sistemáticamente la calidad y efectividad de las intervenciones, los servicios, las nuevas tecnologías, así como examinar periódicamente la gama de servicios que se ofrecen desde el punto de vista de la necesidad, la eficiencia y los resultados. [23]

El diagnóstico de la realidad y el seguimiento de los procesos y acciones que se desarrollen con respecto a la Promoción de Salud, se reconoce que es una estrategia compleja donde es necesario replantear la actual manera de pensar y actuar de los epidermiólogos en el país[4]. Donde pasen de ser simples registradores y descriptores de indicadores de salud, a ser **asesores** para el desarrollo de mecanismos de apoyo a la gestión local de las acciones de salud. De manera tal que puedan identificar y diagnosticar las causas básicas que mantienen las dificultades en las comunidades, así como las conductas de riesgo, lo cual contribuya a una mejor toma de decisiones y a formular acertadas políticas de salud.[2]

Es indiscutible que un adecuado manejo de las herramientas de la epidemiología es tan importante como el adecuado funcionamiento del máximo nivel evolutivo del sistema nervioso o la corteza cerebral del ser humano. Este nivel creativo le permite analizar objetivamente las situaciones evaluadas, sin darle juicio ni valor y tomar decisiones acertadas que le conduzca reforzar o mejorar la calidad de las cosas que favoresca el bienestar humano o las métas y a eliminar o redefinir aquellas limitaciones propias o externas que interfieran con la consolidación y promoción de la salud holística. [31]

La epidemiología tiene herramientas para analizar los datos que indican el diagnóstico y seguimiento de las diferentes áreas de acción o realizar investigaciones científicas sobre:

- Las características socioambientales de los diferentes grupos y estratos (condiciones de vida), mediante Grafar modificado, Necesidades básicas insatisfechas y Cesta básica
- Los riesgos psicosociales en término de cómo afectan a la gente las creencias emocionales primarias, El nivel de autoamor, las condiciones de vida, los estilos de vida y cual debe ser la contribución de la epidemiología en la eliminación o control eficiente de dichos riesgos.
- La contribución, junto con otras disciplinas, al análisis de cómo se dan los procesos de participación social en las poblaciones de estudio y como motivar su participación activa.
- Desarrollo de bases para programas de Promoción de la Salud y prevención de enfermedades.
- Evaluación de servicios de salud para estimar la eficacia, efectividad y eficiencia de las nuevas tendencias de atención en relación con la que se dispensan tradicionalmente.

- Estudios experimentales de modificación de factores de riesgo como: experimentos naturales, experimentos planificados por el investigador y modelos estadísticos o matemáticos simulados en computadoras.

Para ello es necesario crear mejores indicadores y planillas de recolección de datos, para la vigilancia de la salud y para la gestión de los servicios e incorporar esos indicadores a los sistemas de información. A manera de sugerencia en el anexo 2 se realiza un análisis de los "**Indicadouación y Seguimiento de los Programas Realizados en el Manejo de la Salud**". Con el objeto de fortalecer la vigilancia y los análisis epidemiológicos, así como facilitar el uso apropiado de los datos disponibles sobre casos y comunidades.[24] De manera que exista un adecuado control y una vigilancia del progreso o dificultades en lo que atañe a la consecución de metas de salud específicas.[7]

La epidemiología aplicada es la base fundamental de la investigación cientifica con base clinicoepidemiológica en el area de salud. La misma ha contribuido enormemente al proceso de identificación de dificultades y formulación de políticas públicas de salud, junto con otras ciencias como la economía, la administración, comunicación social y ciencias del comportamiento.[30]

En todas las áreas operacionales de la Promoción de la salud, la investigación epidemiológica juega un papel destacado especialmente en el diseño, evaluación y conducción de los programas y proyectos de salud. La epidemiología, apoyándose complementariamente con otras ciencias y disciplinas puede desarrollar metodologías para.[32]

- La investigación sobre creencias, conocimientos, actitudes y practicas que son necesarias para obtener las bases para las intervenciones educativas y de comunicación social, para crear los ambientes sociales favorables que apoyen las decisiones y la implementación de políticas.

- La investigación sobre la efectividad y eficiencia de los servicios de salud para la reorientación y replanteamiento de los mismos.

- La investigación en comunicación acertada, fundamentadas en la Programación neurolinguistica (PNL) para generar cambios de comportamiento necesarios, dirigidos a los diferentes estratos socioculturales de la población.

- La investigación que atañe al carácter de "vigilancia" propio de la epidemiología, para monitoreo y evaluación de las intervenciones en salud, desde la identificación de indicadores para medir impactos. Como también para analizar los diferentes procesos dinámicos que implica la implementación de la estrategia de Promoción de la salud o las estrategias tradicionales y alternativas de atención médica.

La puesta en practica y el uso eficaz de sistemas de información que permita vigilar u orientar de manera adecuada los cambios en la población. De las condiciones de vida, los estilos de vida, las condiciones sanitarias y las iniquidades entre la población, así como la participación de la población en la toma de decisiones y los procesos de planificación sectorial. Requiere la recopilación, el análisis sistemático y la difusión de la información científica y técnica en una red de información sanitaria coordinada y de bases de datos sobre salud. Por esta razón es fundamental la creación de un centro de información con fundamentos de epidemiología aplicada.[33]

4. LEGISLACIÓN

Para la implementación adecuada de la Promoción de la Salud, es fundamental tener muy claro el marco jurídico o legislativo vigente[32]. Para hacer que sea congruente con el nuevo orden que se va a establecer. [31] Además, se necesita de legislación de carácter social, económico, educativo y ambiental que sustente políticas destinadas a facilitar la reducción o remoción de los determinantes de las conductas nocivas, de los factores de riesgo particulares y de las condiciones sociales y ambientales que ponen en riesgo la salud. Políticas de alimentación y nutrición que garanticen seguridad alimentaria, provisión de nutrientes y dietas adecuadas a lo largo del ciclo vital; políticas de bienestar social y cultural que aseguren condiciones de vida dignas al nivel de vivienda, empleo, recreación y crecimiento cultural y artístico, etc.[4]

BASES JURÍDICAS VENEZOLANAS Y DEL ESTADO MÉRIDA QUE APOYAN A LA ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD.

Este análisis de las Bases Jurídicas Venezolanas y del Estado Mérida que apoyan a la Estrategia de Promoción de la Salud, tiene el propósito de que cada ciudadano venezolano tenga un conocimiento claro y objetivo de las bases jurídicas existente en el campo del derecho a la salud. Conociendo las leyes existentes, estará en su plena capacidad de participar activamente en el proceso de redefinición de la Constitución nacional que esta planteado en el país. Este análisis le facilita de manera científica o acertada reforzar o mejorar los artículos que apoyen fomenten el bienestar humano y la salud, como eliminar o redefinir aquellos que interfieran con este propósito común. Antes de hablar de las Leyes que apoyan la Estrategia de Promoción de la Salud es menester ver el concepto de Ley: [1]

"Un precepto obligatorio para todos los componentes de un estado o nación, que es dictado por la suprema autoridad y en ella se manda o prohibe"[1]

Es importante también recordar:[34]

- "La ignorancia de la Ley no justifica su incumplimiento".
- Lo que la Ley no prohibe no se puede prohibir.
- La mejor Ley es la que legaliza una buena costumbre ya que es la más fácil de cumplir.
- "La Ley es obligatoria para todos, es sancionada por un poder público, es coercitiva so pena de sanción y para ser cumplida deber ser promulgada".
- Un articulado que se oponga o no favorezca al bienestar colectivo no puede ser considerado como Ley y debe ser eliminada o redefinida.

En este análisis se hace referencia a los artículos más importantes de la Legislación venezolana que señala las obligaciones y los derechos de los funcionarios de la administración pública y de la comunidad. Analizándose según los Artículos de las Leyes Venezolanas y del Estado Mérida que apoyan la Estrategia de Promoción de la Salud en los aspectos de fomento de la salud, descentralización, entidades locales o municipios y participación de la comunidad y de las Organizaciones no gubernamentales (Cuadro 1).

Con el presente estudio se espera motivar a la Población Venezolana para que establezcamos un estudio más profundo de las leyes que rigen nuestro país. En todo los campos. Por lo que se le invita a que redefina y mejore este trabajo y a que se realice un análisis de otros **deberes, derechos y garantías** prioritarias como: Educación, Derechos comunes, Agricultura, Economía y Política.

CUADRO 2

ARTÍCULOS DE LAS LEYES VENEZOLANAS Y DEL ESTADO MÉRIDA QUE APOYAN LA ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

LEY FECHA DE APROBACIÓN	FOMENTO DE LA SALUD	DESCENTRA-LIZACIÓN	ENTIDADES LOCALES O MUNICIPIOS	PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	ORGANIZACIÓN NO GUBERNAMENTAL
CONSTITUCIÓN NACIONAL 23 – 01 – 61	30, 57 73, 70	30 137	12 30 76	57, 59 69, 68 70, 80	57, 67 70, 72
REGLAMENTO DE LA LEY DEL MINISTERIO S.A.S. 31 – 11 - 61	25:1,2		25:5		
LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD 23 – 06 - 87	1, 3, 4 5, 14:1 25, 29	5 10:6.2	5, 7 19:6	5, 8 25	5 8 9
LEY ORGÁNICA DE DESCENTRALIZACIÓN DELIMITACIÓN Y TRANSFERENCIA DE COMPETENCIA 28 - 12 - 89	4:16 17:3	1 4 6 25			
LEY ORGÁNICA DEL REGIMEN MUNICIPAL 15 – 06 - 89	36:1 37: 1,2,3 38:A	13 31 32	13 15 35 40	15, 18:4,32,34 75:4,79 167:3,4, 168, 169, 170, 171, 173, 174, 176, 180, 181, 182	13:4 74: 11 41:3 181
CONVENIO DE TRANSFERENCIA AL ESTADO MÉRIDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS POR EL MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL Y POR ORGANISMOS ADSCRITOS 28 – 12 – 94	2 4:1 4:15 4:24 5:11 6	5:2 5:7 5:10 10	5:1 10 11 27	5:10 5:11 10	
LEY DE SALUD DEL ESTADO MÉRIDA 30 – 06 - 95	1, 10, 10:11 31, 33, 38	3 10:2,6 36	36 37	3, 10:2,11 13:B, 17 19, 20, 31, 37	19 20 37

Lo más malo de la gente mala
Es el silencio de la gente buena.
Gandi.

1. LA CONSTITUCIÓN NACIONAL[35]

(Gaceta Oficial Nro.662 Extraordinaria del 23-01-1961)

ARTÍCULO 30. Es de competencia municipal el gobierno y administración de los intereses peculiares de la entidad, en particular cuanto tenga relación con sus bienes e ingresos y con las materias propias de la vida local, tales como urbanismo, abastos, circulación, cultura, salubridad, asistencia social, institutos populares de créditos, turismo y policía municipal.

En este artículo la Ley le atribuye a los municipios competencia y responsabilidad sobre aspectos básicos de la Promoción de la Salud y apoya la descentralización de los servicios.

ARTÍCULO 57. Las obligaciones que corresponden al estado en cuanto asistencia, educación y bienestar del pueblo no excluyen las que, en virtud de la solidaridad social, incumben a los particulares según su capacidad. La Ley podrá imponer el cumplimiento de estas obligaciones en los casos en que fuere necesario, también podrá imponer, a quienes aspiren a ejercer determinadas profesiones, el deber de prestar servicio durante cierto tiempo en los lugares y condiciones que señalen.

ARTÍCULO 59. Toda persona tiene derecho a ser protegida contra los perjuicios a su honor, reputación o vida privada.

ARTÍCULO 67. Todos tienen derecho de representar o dirigir peticiones ante cualquier entidad o funcionario público sobre los asuntos que sean de la competencia de estos y a obtener oportuna repuesta.

ARTÍCULO 68. Todos pueden utilizar los órganos de la administración de justicia para la defensa de sus derechos e intereses en los términos y condiciones establecidas por la ley.

ARTÍCULO 70. Todos tienen derecho a asociarse con fines lícitos, en conformidad con la ley.

ARTÍCULO 72. El Estado protegerá las asociaciones, corporaciones, sociedades y comunidades que tengan por objeto el mejor cumplimiento de los fines de la persona humana y de la convivencia social y fomentará la organización de cooperativas y demás instituciones destinadas a mejorar la economía popular.

En estos artículos, se promueve y protege los derechos individuales y sociales de la participación ciudadana y comunitaria y de las organizaciones no gubernamentales para cooperar armónicamente con el Estado en las obligaciones que este tiene sobre la Promoción de mejores condiciones de vida y salud comunitaria. Nos corresponde a nosotros como integrantes de la sociedad venezolana organizarnos y participar activamente para contribuir a que se cumplan con estos derechos constitucionales. Porque un estado se construye, únicamente con la participación de sus ciudadanos.

ARTÍCULO 73. El estado protegerá la familia como célula fundamental de la sociedad y velará por el mejoramiento de su situación moral y económico.

ARTÍCULO 76.Todos tienen derecho a la protección de la salud. Las autoridades velaran por el mantenimiento de la salud pública y proveerán los medios de prevención y asistencia a quienes carezcan de ellos. Todos están obligados a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro de los limites impuestos por el respeto a la persona humana.

ARTÍCULO 77. El Estado propenderá a mejorar las condiciones de vida de la población campesina.

En estos artículos resalta la obligación del estado o los organismos gubernamentales de proteger la salud de la población y a mejorar sus condiciones de vida como puntos claves de la Promoción de la Salud. Sin embargo es de resaltar que ninguna legislación por si misma garantiza su cumplimiento, es los seres humanos que vivimos en sociedad los que la creamos y hacemos cumplir. Eres tu con tu libre albedrío y participación activa que puede aprovechar las oportunidades que nos brinda la madre naturaleza y el estado.

Sí, amigo. Al estudiar el propósito de la naturaleza, de la ciencia y tecnología y de los seres que nos aprecian, se confirma que realmente tenemomos todo para gozar de nuestra existencia, para disfrutar del bienestar y ser cada día más feliz. Porque:

Dios quiere nuestro gozo existencial.

Si observas con atención consciente toda la naturaleza, notarás que el Creador a través de ella nos proporciona vegetales, animales y minerales para la comida, protección, vestido, medicina y gozo espiritual.

Existen plantas, animales y minerales que comemos, minerales como hierro, calcio, zinc, cloro, selenio, etc. que sirve de comida y medicina. Para la protección, del reino vegetal nos aporta lino, algodón, cocuisa y madera; del reino animales pieles, seda y lana. Entre los minerales, las piedras, metales y cerámica. Para el gozo espiritual, nos aporta las orquídeas, rosas, flores, frutas, animales hermosos y las piedras o metales preciosos. No conforme con ello reúne los tres reinos de la naturaleza en los paisajes naturales como: bosques, montañas, playas, sabanas, etc., para nuestro disfrute existencial. Entre todas las manifestaciones de la naturaleza, es el ser humano, el que tiene el mayor nivel evolutivo y es quien esta en capacidad de administrar y disponer del resto de los elementos de la creación.

Como observa la madre naturaleza nos proporciona con su amor incondicional todo lo necesario para que plenamente vivamos con felicidad y bienestar en este transito terrenal.

La ciencia y tecnología quiere el disfrute de nuestro bienestar.

Si estudias el propósito de los científicos y tecnologos, comprenderás que es el de solucionar o superar las dificultades, para que tengamos un mundo con mejor bienestar y confort. Notarás que a comienzos de siglo la gran mayoría de los que cocinaban tenían que hacer un gran esfuerzo para recolectar la leña dispersa en el campo, actualmente hasta en los grandes edificios se cocina sin mucho esfuerzo, con las cocinas de gas o eléctricas.

Nuestros antepasados, para comunicarse a distancia con otras personas lo hacían con señales de humo, golpes de tambor o cartas, actualmente es más rápido y sencillo con el teléfono, celular, fax e Internet. También habitaban en cuevas, chozas o ranchos y dormían en el piso o catres, en la

actualidad tenemos nuestros hogares en cómodas casas quintas o apartamentos y dormitorios. Para transportarse de un estado a otro lo hacían a pie a caballo o carretas, actualmente existen lujosos carros ferrocarriles y aviones.

Al estudiar el comercio de los avances científicos y tecnológicos encontramos que cada día se ofrecen mayores avances para que tengamos un mayor bienestar humano.

Los seres que nos aprecian nos facilitan la felicidad

Observarás que las personas que te aman y aprecian al igual que tú haces con quienes amas, te facilitan lo mejor de sus conocimientos, recursos y tiepo, para que tu seas cada día más feliz. Así como tú haces con tus hijos, padres o ser amado.

Teniendo presente que Dios nos proporciona todo para que gocemos de nuestra existencia, la ciencia y tecnología para que disfrutemos del bienestar humano y los seres que nos aman nos facilitan todo lo necesario para que seamos más felices. Solo nos queda preguntarnos:

¿POR QUÉ RAZÓN SUFRIMOS EN LA VIDA?

¿QUÉ BUSCAMOS AL DEJAR PASAR ESAS OPORTUNIDADES?

**CADA UNO DE NOSOTROS TIENE EL NIVEL Y CALIDAD DE VIDA QUE NOS HEMOS CONDICIONADO Y MERECEMOS,
POR NUESTRAS DECISIONES, EN EL APRENDIZAJE DEL CAMINO EVOLUTIVO DE NUESTRA EXISTENCIA.**

ARTÍCULO 78. Todos tienen derecho a la educación. El estado creará y sostendrá escuelas, instituciones y servicios suficientemente dotados para asegurar el acceso a la educación y a la cultura, sin más limitaciones que la derivada de la vocación y de las aptitudes.

ARTÍCULO 80. La Educación tendrá como finalidad el pleno desarrollo de la personalidad, la formación de ciudadanos aptos para la vida y para el ejercicio de la democracia el fomento de la cultura y el desarrollo del espíritu de solidaridad humana.

En estos dos artículos se aprecia la función del estado de orientar y organizar el sistema educativo para lograr la formación integral del ser humano con un espíritu de solidaridad para que coopere armónicamente en pro del bienestar humano y salud t
holística individual y colectiva. Teniendo las oportunidades, como podremos contribuir para que de manera eficiente consolidemos un crecimiento y desarrollo integral como seres humanos.

ARTÍCULO 137. El congreso, por el voto de las dos terceras partes de los miembros de cada cámara, podrá atribuir a los Estados o a los municipios determinadas materias de la competencia nacional, a fin de promover la descentralización administrativa.

En los 13 artículos citados de la Constitución Nacional se observan claros basamentos legales que nos aportan herramientas para la implementación de la Estrategia de Promoción de la Salud, mediante la participación activa de la comunidad de manera individual u organizada en el ámbito de las entidades locales o los municipios. Corresponde a cada uno de nosotros como ciudadanos venezolano implementar de manera eficiente las tácticas o acciones para hacer realidad estos deseos constitucionales. Al hablar de eficiencia, se tiene presente que existe tres criterios fundamentales para valorar la eficiencia de un proceso en el que se aplique cualquier estrategia o herramienta, estas son:

1.Que sea sencilla y simple de aplicar y evaluar,
2.Que genere el máximo de bienestar humano con la menor inversión de recursos, y
3.Que sea inocua para quienes la aplica y quien recibe sus efectos.

EL SUFRIMIENTO NO ES EFECTO DE LA MISERIA O LA IGNORANCIA, SOLO ES PRODUCTO DE NUESTRO CONFORMISMO A MANTENERNOS COMO MISERABLES E IGNORANTES.

2. REGLAMENTO DE LA LEY DE MINISTERIOS[36]

(Gaceta Oficial Nro. 399 extraordinario del 31-11-1953)

ARTÍCULO 25. Corresponde al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social lo concerniente a:

1. El fomento, la conservación y la restitución de la salud.

2. Los programas, proyectos, organización, dirección técnica y administración de todos los servicios directamente destinados al fomento y conservación de la salud, así como de los servicios nacionales destinados a la asistencia y protección moral y material de las personas necesitadas.

3. Los programas, proyectos, organización, dirección técnica, administración e inspección de tos servicios públicos destinados a la restitución de la salud, en la medida que lo establezca las leyes y reglamentos.

4. La aprobación e inspección de todos los servicios destinados a la restitución de la salud.

5. La coordinación de las actividades nacionales, estatales y municipales y privadas de salud pública y servicio social.

6. La ejecución de las obras directamente destinadas a la lucha contra las enfermedades de origen hídrico o telúricas que no estén atribuida especialmente a otro Ministro.

7. Las estadísticas sanitarias.

8. La vigilancia del ejercicio de las profesiones de médicos, farmacéuticos y odontólogos y la aprobación de los Reglamentos internos de los respectivos colegios profesionales, de acuerdo con la ley.

9. La vigilancia de las actividades profesionales en materia de enfermería, asistencia no médica de partos, trabajo social, laboratorio y otras similares.

10. La preparación técnico del personal necesario para el cabal cumplimiento de sus funciones.

11. La organización y dirección de los servicios de veterinaria que se relacionen con la salud pública.

12. Las relaciones y la supervisión del funcionamiento de los Institutos Autónomos adscritos al despacho.

En general, se puede resumir las competencias del M.S.A.S. en:

a) TÉCNICAS: Mediante la elaboración de programas, proyectos, capacitación de personal, información y coordinación de acciones destinadas en orden de importancia al fomento (promoción) la conservación (prevención primaria) y la restitución (asistencia de la enfermedad) de la salud.
b) ADMINISTRATIVAS: Dirección, planificación, organización, control, supervisión, inspección y evaluación de los servicios dedicados al fomento, la conservación y la restitución de la salud.

Se concluye que en el Reglamento de la Ley de Ministerios existen bases Jurídicas para redefinir los recursos del M.S.A.S. hacia estrategias más eficientes, dadas por la menor inversión de recursos, el mayor impacto en la población y la mejor utilización de los servicios mediante la lideralización de programas de cooperación interinstitucional y comunitaria (trasdisciplinarios) en la Promoción de la Salud, que aborde de manera más holística y acertada el manejo de la salud. Con el que con una menor inversión de recursos, se podrá mantener paralelamente servicios para la restitución de la salud descongestionados y de mejor calidad.

¿QUE ENTENDEMOS POR DEMOCRACIA?

TODO GOBIERNO DEBE SUSTENTARSE EN TRES PILARES FUNDAMENTALES AL SEVICIO DE LA COLECTIVIDAD QUE DIRIGE O CONDUCE.

EL PODER DEL ESTADO, BASADO EN LAS FUERZAS DEL ORDEN PÚBLICO.
LA JUSTICIA, BASADA EN LAS LEYES Y JUECES DEL PAÍS.
LA FORMACIÓN ÉTICA DE LOS CONCIUDADANOS Y SU AMOR POR LA PATRIA.

CUANDO FALLA LA ÉTICA, EL PODER DEL ESTADO Y LA JUSTICIA SE CONVIERTEN EN UN DESPOTISMO, QUE BENEFICIA A MUY POCOS Y CAUSA GRADES PERJUICIOS AL COLECTIVO.

"LA GRAN MAYORIA DE LOS MALES DE LA PATRIA ES EL RESULTADO DE LA NEGLIGENCIA DE LOS NECESITADOS O COMPATRIOTAS, ANTE QUE DE LA NEGLIGENCIA DE SUS GOBERNANTES". POR PERMITIR QUE GOBIERNEN CON Y COMO NEGLIGENTES.

MONTESQUIEU

3. LEY ORGANICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD[37]

(Gaceta Oficial Nro. 33745 del 23-06-1987)

ARTÍCULO 1. A los fines de esta ley se entenderá por **Sistema Nacional de Salud**, la integración de todos los servicios destinados a la defensa de la salud en el territorio nacional, así como la función normativa que regulará las actividades del subsector privado de la salud.

ARTÍCULO 3. El Sistema Nacional de Salud garantizará la protección de la salud a todos los habitantes del país sin discriminación de ninguna naturaleza.

ARTÍCULO 4. El objeto del Sistema Nacional de Salud es la prestación de servicios de atención a la salud, encaminada no sólo a procurar la ausencia de enfermedad, sino a promover el mayor bienestar físico, mental y social de los habitantes del país.

ARTÍCULO 5. La prestación del servicio de la salud se realizará mediante la atención médica integral de carácter preventivo curativo y por acciones de saneamiento sanitario-ambiental que tendrá carácter de utilidad pública e interés social y en consecuencia, los entes de la administración pública nacional, las entidades federales y municipios deben participar conforme al contenido de las leyes y reglamentos respectivos, y las corporaciones gremiales, sindicales y organizaciones de las comunidades, coadyuvarán a su realización.

ARTÍCULO 14. El Subsistema integrado de atención médica tendrá las siguientes funciones y actividades específicas:

1. Las destinadas a la promoción, prevención, conservación, defensa y restitución de la salud, incluida la rehabilitación, mediante políticas dirigidas al individuo, a la familia y a la comunidad.

ARTÍCULO 25. El subsistema de asistencia social, mediante la cooperación participativa de las comunidades organizadas, comprenderá la realización de programas destinados a promover en el individuo, la familia y la comunidad, todo aquello que propenda por su propio esfuerzo a elevar su nivel económico y social, así como también lo que contribuya al mejoramiento de la calidad de vida y del ambiente en que habitan, con el fin de combatir los factores que causan la pobreza extrema y la ignorancia y coadyuvar a la promoción social de la salud y de la justicia social, en coordinación con los propósitos, funciones y actividades del Ministerio de la Familia y demás entes públicos o privados que tengan inherencia con la asistencia social.

En estos 6 artículos se aprecia que la misión del Sistema Nacional de Salud es la de ampliar el espacio de la salud, haciendo énfasis en la Promoción de la Salud, mediante la responsabilidad intersectorial de cooperar para que el individuo, la familia y la comunidad organizada gestionen en cooperación con el estado para mejorar las condiciones de vida y controlar los factores de riesgos para la salud que es la clave para el éxito de la Estrategia de Promoción de la Salud.

ARTÍCULO 7. La organización del Sistema Nacional de Salud, se fundamentará en los principios de unificación normativa procedimental, coordinación central y desconcentración programática de funciones de planificación, ejecución, dirección, administración, catastro y registro, supervisión, control y evaluación sanitaria.

ARTÍCULO 10. PARAGRAFO SEGUNDO.- El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social atribuirá, en forma progresiva a las regiones o entidades federales, las funcionen administrativas de los subsistemas. Si estas atribuciones implicaren una transferencia de competencias constitucionales conferida al Poder Nacional, se procederá de conformidad con el artículo 137 de la Constitución.

ARTÍCULO 29. Al operar la delegación prevista en el parágrafo segundo, los órganos regionales del Sistema Nacional de Salud se ajustaran a los principios de regionalización con centralización técnico normativa y descentralización administrativa; su organización, estructura y atribuciones se determinará en el reglamento de esta ley.

En el artículo 5 el 7, 10 y 29 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud se ordenan a la descentralización. Atribuyéndole a los municipios y estados las funciones de planificación, ejecución, dirección, administración, catastro y registro, supervisión, control y evaluación de las disposiciones en materia de atención de salud, mejoramiento del medio y de las condiciones de vida, con la participación activa de las comunidades organizadas. Solo nos resta preguntarnos ¿cómo lo consolidaremos con eficiencia?. Para contestar, teniendo presente que un ser humano que pone su corazón en su profesión o función, imagina y encuentra alternativas y recursos, donde los incapaces y perezosos de dan por vencido. ¿Pones tu corazón en tu misión de vida?

ARTÍCULO 8. El Sistema Nacional de Salud se estructurará y funcionará sobre la base de la participación de la población organizada a todos sus niveles, tanto en la planificación como en la ejecución y evaluación de sus actividades.

ARTÍCULO 9. El Sistema Nacional de Salud funcionará sobre la base de un personal técnicamente capacitado y debidamente organizado. Establecerá mecanismos efectivos y permanentes de coordinación y cooperación con las universidades, institutos universitarios y tecnológicos y demás entes del sistema educativo, así como con las asociaciones profesionales para la formulación y desarrollo de políticas y programas de capacitación de personal en todos los niveles técnicos de las ciencias de la salud, según las necesidades actuales y futuras de los servicios de salud.

Los artículos 5, 8, 9 y 25 de la presente Ley hacen énfasis en la participación conjunta de la comunidad y las ONG de múltiples instituciones, lo cual sugiere que los redactores de la Ley están conscientes de que la clave del éxito de los programas de atención de salud se relaciona directamente con el grado de participación activa de la población desde los inicios de la planificación hasta su evaluación y rediseño.

CUANDO SE TIENE LA CONVICCIÓN Y DECISIÓN DE EMPRENDER UNA EMPRESA, TODOS LOS OBSTACULOS SON SUPERADOS.

¿CUÁL ES TU EMPRESA?

4. LEY ORGANICA DE DESCENTRALIZACION DELIMITACION Y TRANSFERENCIA DE COMPETENCIA DEL PODER PUBLICO[37]

(Gaceta Oficial Nro. 4153 del 28-12-1989)

ARTÍCULO 1. La presente Ley tiene por objeto desarrollar los principios constitucionales para promover la descentralización administrativa, delimitar competencias entre el Poder Nacional y los Estados... y facilitar la transferencia de la prestación de los servicios del Poder Nacional a los Estados.

ARTÍCULO 4. En ejercicio de las competencias concurrentes que establece la constitución y conforme a los procedimientos que esta ley señala, serán transferidos progresivamente a los Estados los siguientes servicios que actualmente presta el Poder Nacional.

13. La ejecución de obras públicas de interés estadal... y la apertura y conservación de las vías de comunicación estadales.

16. La salud pública y la nutrición, observando la dirección técnica, las normas administrativas y la coordinación de los servicios destinados a la defensa de las mismas que disponga el Poder Nacional.

ARTÍCULO 9. El Ejecutivo Nacional deberá impulsar la descentralización y la desconcentración de funciones dentro de sus respectivas dependencias a fin de facilitar la celebración de los convenios para la transferencia de la prestación de servicios específicos, la contratación y ejecución de las obras corresponderá a unidades desconcentradas de los organismos nacionales al nivel de cada estado, bajo la coordinación del Gobernador.

ARTÍCULO 17. En cada ejercicio fiscal, las gobernaciones deberán destinar a sus programas de inversión un mínimo de cincuenta por ciento (50%) del monto que les corresponde por concepto del Situado Constitucional. Se entenderán por Programas de Inversión exclusivamente los siguientes:

2. Programas de Desarrollo Educativo, cultural, científico, tecnológico... , e igualmente los programas sociales de atención a la familia y al niño en situación irregular.

3. Programas de Salud y Asistencia Social, especialmente los nutricionales; la construcción y dotación de edificios médicos-asistenciales; la construcción de acueductos rurales; la construcción y el financiamiento de viviendas de interés social.

8. Programas de Conservación del Ambiente y de los Recursos Naturales.

ARTÍCULO 25. En cada Entidad Federal se creará un comité de Planificación y Coordinación, presidido por el Gobernador e integrado por su tren ejecutivo estadal, los alcaldes y por los jefes de las oficinas nacionales y por organismos regionales con Jurisdicción en el Estado, a fin de garantizar la necesaria coordinación, planificación, evaluación y control de los programas y acciones que se ejecuten en la Entidad Federal. Los Ejecutivos Estadales, recibirán un sector salud regionalizado, que cumpla con los lineamientos técnicos-normativos del nivel central; en ningún momento se prevé una AUTONOMÍA ABSOLUTA del sector en los niveles regionales, el Gobernador del Estado actuará ante el Ejecutivo Nacional como coordinador de las Dependencias.

5. LEY ORGANICA DEL RÉGIMEN MUNICIPAL[38]

(Gaceta Oficial Nro. 4109 extraordinario del 15-06-1989)

ARTÍCULO 36. Los Municipios, para la gestión de sus intereses y en el ámbito de sus competencias, podrán promover toda clase de actividades y prestar cuantos servicios públicos contribuyan a satisfacer las necesidades y aspiraciones de la comunidad.

Son de la competencia propia del Municipio las siguientes materias:

1. Acueductos, cloacas, drenajes y tratamiento de las aguas residuales.

3. Elaborar y aprobar los planes de desarrollo urbano local,... Igualmente, velará porque los planes nacionales y regionales de ordenación del territorio y de ordenación urbanística se cumplan en su ámbito.

4. Promoción y fomento de viviendas, parques y jardines, plazas, playas, balnearios y otros sitios de recreación y deporte, pavimentación de las vías públicas urbanas.

10. Protección del ambiente y cooperación con el saneamiento ambiental.

12. Aseo urbano y domiciliario, comprendidos los servicios de limpieza, de recogida y tratamiento de residuos.

17. Actividades e instalaciones culturales y deportivas y de ocupación del tiempo libre; y compete al municipio la promoción de mejores condiciones de vida mediante servicios públicos que contribuyan a satisfacer las necesidades y aspiraciones de la comunidad. También se aprecia la competencia de la comunidad para cooperar en la satisfacción de sus necesidades.

ARTÍCULO 37. El Municipio cooperara:

1. Con la salubridad pública, especialmente el control de condiciones sanitarias de toda clase de alimentos y bebida y la policía sanitaria en las vías públicas y en los locales y establecimientos destinados al público, conforme a las normas y políticas, de coordinación establecida por el Poder Nacional.
2. En la atención primaria de la salud de carácter preventivo, curativo o rehabilitador, salida de urgencia, información y educación sanitaria, planificación familiar y control epidemiológico, conforme a las normas políticas de coordinación establecidas por el Poder Nacional.
3. En la prestación de los servicios sociales dirigidos al bienestar de la población, especialmente de la infancia, juventud y tercera edad, así como la asistencia a minusválidos, ancianos y personas necesitadas de recursos mínimos de subsistencia; servicios de promoción y reinserción social.

ARTÍCULO 38. En todo centro poblado de más de mil (1000) habitantes, los municipios deben garantizar a los vecinos los servicios mínimos siguientes:

a. Alumbrado público y domiciliario, cementerio, recogida de residuos, limpieza, abastecimiento de agua potable, cloacas y alcantarillado, matadero, plaza y mercado público y atención primaria de la salud.

En los artículos 37 y 38 destaca que la competencia del municipio es la de promover toda clase de actividades y cooperar con la comunidad y otro organismo para la implementación de la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS). En vista, a que se aprecia entre el personal de salud y representantes de la administración pública confusión de términos con el concepto de Atención Primaria de Salud con el primer nivel de atención médica. Cuando esta estrategia, corresponde al primer nivel de prevención. Se considera oportuno definirlo muy bien, según los conceptos emitidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).[39-42]

La Atención Primaria de Salud (APS), es una estrategia que desde septiembre de 1978 viene proponiendo la *OMS / OPS* mediante la declaración de Alma-Ata "en la que insta a todos los gobiernos, a los agentes de salud y desarrollo y a la comunidad mundial a que adopten medidas urgentes para promover y proteger la salud de todos los ciudadanos", como un medio indispensable para el desarrollo económico y social sostenido y armónico para mejorar la calidad de vida y alcanzar la paz al permitirle a los pueblos llevar una vida productiva y saludable.[39]

La APS, es el primer eslabón de la prevención primaria.[42] "Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos, tecnologías sencillas y prácticas científicamente fundados y socialmente aceptables, puestos al alcance de todas las familias e individuos de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación"[39] De esta manera facilita a los necesitados todas las oportunidades para el fomento, mantenimiento y restitución de la salud en su totalidad **(Salud holística)**. En otras palabras mediante la utilización más eficiente de los recursos para el desarrollo integral y armónico de las comunidades.

Es fundamental aclarar que la APS es:[40]

- Ni asistencia médica primaria.
- Ni solamente un primer contacto con los servicios médicos.
- Ni solamente un servicio de salud para todos.

Sino, una actividad destinada a:

- Llegar a todo el mundo, especialmente a los más necesitados.
- Alcanzar el nivel familiar y hogareño sin limitarse al marco de las instalaciones dispensadoras de salud.
- Mantener una relación continua con las personas y las familias.

La APS comprende los cinco conceptos siguientes[40 -42]

1. Es una cobertura universal con equidad, donde nadie debe quedar desamparado, por pobre que sea o lejos que viva con mayor prioridad para los más necesitados.
2. Los servicios han de promover el conocimiento de la salud y de los comportamientos saludables mediante la educación a la comunidad y extenderse hasta la eliminación y/o control de los factores de riesgo de la enfermedad, con criterio más previsivos que preventivo, sin dejar de lado el tratamiento y rehabilitación.
3. Los servicios deben ser eficientes, culturalmente aceptables, asequibles y aprovechables por la comunidad, que en parte ha de compartir los gastos.

4. Las comunidades deben participar a fin de promover la autoresponsabilidad actuando activamente en todo el proceso de definición de dificultades y necesidades de salud, la adopción de soluciones y la aplicación y evaluación de los programas.
5. La lucha contra las enfermedades no puede basarse solo en medidas sanitarias, también debe incluir la lucha contra el analfabetismo, la capacitación de los ciudadanos para mejorar su poder adquisitivo, el abastecimiento de agua potable, el saneamiento ambiental, la mejora de la vivienda, la protección de la ecología, la comercialización y distribución adecuada de los productos, la construcción de carreteras y canales, el mejoramiento de las condiciones femeninas, etc. Pues son factores que también influyen positivamente en la salud.

La APS comprende cuando menos las siguientes actividades:[39,41]

1. La educación de la comunidad sobre las principales dificultades de salud con énfasis en los métodos de prevención y lucha correspondientes.
2. La generación de conciencia y promoción para el ejercicio físico diario, una alimentación adecuada y el manejo acertado del estrés.
3. Un suministro adecuado de agua potable y saneamiento básico.
4. La asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación familiar.
5. La inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
6. La prevención y lucha contra las enfermedades endémicas y crónica degenerativas locales.
7. El adecuado suministro de técnicas terapéuticas eficientes y de medicamentos esenciales.

Todas estas actividades entrañan la activa participación además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividades relacionadas con el desarrollo nacional y comunitario, en particular la educación, la iglesia, la agricultura, la nutrición, la zootecnia y otros sectores que en forma coordinada y transdisciplinaria cooperan armónicamente con recursos y tecnologías gerenciadas eficiente para el bienestar de la comunidad.[40] Para la implementación de esta estrategia de APS, es menester hacer hincapié en una metodología con fundamento holístico como es la **Investigación Aplicada Participativa**,[43] que fue definido en la Gerencia estratégica.

Continuando con el análisis las bases jurídicas que soportan a la Promoción de la Salud, en la Ley Orgánica de Régimen Municipal, en lo referente a la Descentralización y las entidades locales se observa:

ARTÍCULO 13. Son entidades Locales.
1. Los Municipios;
2. Los Distritos Metropolitanos;
3. Las Parroquias; y
3. Las Mancomunidades y demás formas asociativas o descentralizadas municipales con personalidad jurídica.

ARTÍCULO 15. - Los Municipios y demás entidades locales estarán sujetos a derecho en todas sus actividades corresponde a los órganos jurisdiccionales que determine la Ley. El conocimiento de los recursos que se interpongan para el control de la constitucionalidad y legalidad de las Ordenanzas, así como de los Reglamentos, Acuerdos y demás actos administrativos de los Municipios y otros.

ARTÍCULO 31. Los Municipios y Distritos Metropolitanos podrán igualmente acordarse acerca de la creación de empresas, fundaciones, asociaciones civiles y otros organismos descentralizados para cualquier fin de interés local o intermunicipal.

ARTÍCULO 32. Las Parroquias son demarcaciones de carácter local del territorio de un Municipio creadas con el objeto de descentralizar la administración municipal, promover la participación ciudadana y la mejor prestación de los servicios públicos locales.

ARTÍCULO 35. Las Parroquias ejercerán las atribuciones que le sean delegadas por el órgano de gobierno municipal, las cuales podrían tener carácter de gestión, consultivo y de evaluación. La delegación podrá hacerse para todas las Parroquias o sólo para alguna de ellas y deberá contener las siguientes determinaciones:

a) La naturaleza de las funciones específicas que les sean delegadas;

b) Recursos humanos y materiales que se asignan a la Parroquia.

La delegación irá acompañada de los medios necesarios para su eficaz ejecución cuando así se requiera. En todo caso, será obligatoria la consulta a la Junta Parroquial de toda decisión de efectos generales que adopten los Municipios que afecten el desarrollo urbano y conservación ambiental de la Parroquia.

ARTÍCULO 34. las Parroquias serán entes auxiliares de los órganos de gobierno municipal y de participación local, a través de las cuales los vecinos colaboran en la gestión de los asuntos comunitarios.

ARTÍCULO 40. Se entenderán cumplidas las obligaciones mínimas cuando el servicio se preste en condiciones de eficiencia y continuidad, capaces de satisfacer en todo momento las necesidades normales de la respectiva comunidad, bien sea prestado por el Municipio o por otros organismos o entidades.

En estos 7 artículos se aprecia que la descentralización de la administración pública, le asigna competencia al Municipio o las Parroquias como entidades ejecutorias de carácter local, a través de las cuales la población colabora activamente para la mejor prestación de los servicios públicos que fomenten el desarrollo comunitario en armonía con la conservación del ambiente.

Entendiéndose como desarrollo a la acción y efecto de gerenciar estratégicamente los recursos humanos, económicos y tecnológicos para el mejoramiento continuo del **bienestar humano** de toda la población de la entidad local y no el miope y monopolico crecimiento del beneficio económico y tecnológico. Como lograremos capacitar y motivar a la comunidad para que se organicen y participen activamente y mediante la cooperación armónica de recursos para la promoción de una vida útil, saludable y feliz.

NO EXISTEN COSAS IMPOSIBLES, SOLO EXISTEN
SERES HUMANOS INCAPACITADOS POR LA IGNORANCIA Y SU TEMORES

La via más eficiente es la de capacitar a los maestros y profesores del sistema educativo como, Maestros o entrenadores de promoción de la salud. Los cuales se capacitarán como profesionales con alto nivel **científico y ético,** con capacidad docente como multiplicador de las herramientas de la neurolingüística, la psicoterapia evolutiva, la atención consciente y autogerencia de vida saludable. Que apoyándose de manera persistente en las más versátiles bases filosóficas, científicas y gerenciales empleadas en el estudio de la Naturaleza Humana y del Desarrollo de la Humanidad y la Promoción de la Salud, estará en capacidad de:

- Ejercer el liderazgo de su vida y ser un guía de sus seres amados y semejantes en cualquiera de las áreas vitales donde se desempeñe, para consolidar una vida útil, saludable y feliz.
- Desarrollar y aplicar en atención consciente su cerebro analítico y creativo para innovar y redefinir sus modelos mentales y acciones, en el ejercicio del autoliderazgo para promocionar de manera continua una vida con autentica salud holística.
- Manejar de manera acertada y equilibrada las tensiones de su vida, emitiendo respuestas analíticas que le permitan cultivar su sabiduría para actuar basándose en las tendencias creadoras, facilitándose una vida plena de paz y armonía, cooperando con el fomento del bienestar humano, personal, familiar y comunitario.

ARTÍCULO 18. Para la creación de un Municipio... Para la determinación de la suficiencia de los recursos fiscales, la asamblea legislativa deberá considerar la base económica de la comunidad y su capacidad para generar recursos propios...

Se aprecia que los Municipios se crean y se mantienen por los aportes de las personas que lo habitan.

ARTÍCULO 74. Corresponde al Alcalde, como jefe de la rama ejecutiva del Municipio, las funciones siguientes:

11. Estimular la colaboración y solidaridad de los vecinos para la mejor convivencia de la comunidad.

ARTÍCULO 75. En el cumplimiento de sus atribuciones el Alcalde está obligado a adoptar las medidas necesarias para: 4. Mantener informada a la comunidad de la marcha de la administración e interesaría en la resolución de sus problemas.

ARTÍCULO 78. La Junta Parroquial tendrá facultades administrativas y de prestación de servicios conforme a lo dispuesto en la Ordenanza respectiva y demás instrumentos jurídicos municipales.

ARTÍCULO 79. La Junta Parroquial elevará a la consideración de Alcalde las aspiraciones de la comunidad que se relacionen con la prioridad y urgencia de la ejecución, reforma o mejoras de las obras y servicios locales de su jurisdicción, anexando los informes y propuestas pertinentes. A los fines arriba indicados, la Junta Parroquial establecerá medios de consulta y comunicación regular con la comunidad y sus organizaciones sociales, sin perjuicio de que las organizaciones sociales de la comunidad puedan incurrir directamente a las instancias superiores.

ES REQUISITO PARA CUALQUIER CIVILIZACIÓN
QUE LA JUSTICIA SEA APRECIADA
RACIONALMENTE Y OBTENIDA FACILMENTE

L. RONAL HUBBARD

DE LA PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN LA LEY ORGANICA DE REGIMEN MUNICIPAL[38]

ARTÍCULO 167. Los vecinos de un Municipio tienen los siguientes derechos y obligaciones:

3- Participar en la gestión municipal de acuerdo con lo dispuesto en la Ley.

4- Contribuir, mediante el pago de impuesto, tasa y demás prestaciones económicas legalmente previstas, para la realización de las competencias municipales.

ARTÍCULO 168. Los Municipios y los Distritos deben suministrar la más amplia información sobre sus actividades y promover la participación de todos los ciudadanos en la vida local... sin menoscabar las facultades de decisión que corresponden a los Organos de Gobierno local.

ARTÍCULO 169. Todos los ciudadanos tienen derecho a consultar los archivos y registros de los Municipios, así como obtener copias o certificaciones de las decisiones que adopten los órganos de las entidades locales, salvo el caso de documentos clasificados como reservados.

ARTÍCULO 170. Los Municipios y demás entidades locales deben favorecer el desarrollo de Asociaciones de Vecinos destinados a la defensa de los intereses colectivos. Deberán, además facilitar a dichas asociaciones la más amplia información sobre sus actividades y, dentro de sus posibilidades, el uso de los medios públicos y el beneficio de ayudas económicas para la realización de sus fines, impulsando su participación en la gestión municipal.

ARTÍCULO 171. Cada tres (3) meses, por lo menos, la Cámara Municipal o Distrital, con la presencia del Alcalde, deberá celebrar una sesión en la cual se considerarán las materias de interés local de un mínimo de diez (10) vecinos hayan solicitado por escrito y con quince (15) días de anticipación... el público asistente podrá formular preguntas, emitir opiniones y hacer solicitudes y proporciones. El consejo, el cabildo, el alcalde, según compete: deberá dar a los vecinos respuestas oportuna y razonada a su planteamiento y solicitudes. En todo caso, para la celebración de esta reunión, se convocara, entre otras, a organizaciones vecinales, gremiales, sociales, culturales y deportivas de la comunidad.

ARTÍCULO 173. Los vecinos que integran una comunidad con lazos y vínculos permanentes, en un barrio, vecindad o urbanización de acuerdo al ámbito espacial que determine la Oficina Municipal que tenga a su cargo la planificación urbana, podrán constituir una asociación de vecinos, la cual tendrá personalidad jurídica... cuando sea inscrita su Acta Constitutiva *y* Estatutos en el Registro Subalterno (anexo nuestro en base al artículo 172)

ARTÍCULO 174. Las Asociaciones de Vecinos, así como las organizaciones sindicales, gremiales y otras agrupaciones representativas de sectores de la comunidad, legalmente constituidas, podrán presentar al Consejo o Cabildo proyectos de ordenanzas. Esta iniciativa deberá ser respaldada por un número no menos de un mil vecinos del Municipio. Distrito debidamente identificados...

ARTÍCULO 176. Los vecinos del Municipio o Distrito, en (Un 10% de los vecinos de la comunidad)..., podrán solicitar al Consejo o Cabildo la reconsideración de las Ordenanzas que no sean de carácter tributario de presupuesto,...

ARTÍCULO 180. El Consejo o Cabildo requerirá, de conformidad con lo que disponga sus Reglamentos, la Cooperación vecinal para labores de asesoramiento, en:

a) Comisiones permanentes del propio Consejo o Cabildo, y

b) Comisiones de vecinos encargadas de vigilar el buen funcionamiento de los servicios públicos en su jurisdicción: Educativos, asistenciales, recreacionales, de policía, de acueductos, cloacas y drenajes, de aseo urbano, de abastecimiento, mercados y control de precios; de cementerios y servicios funerarios, de transporte público, de vialidad y conservación de vías y cualesquiera otras.

ARTÍCULO 181. Los Municipios o Distritos podrán constituir o afiliarse a una Asociación Civil sin fines de lucro y personalidad jurídica propia, de carácter nacional, que tenga por objeto promover y facilitar su desarrollo integral, conforme a lo que establece la constitución y esta Ley Orgánica.

ARTÍCULO 41. La prestación de los servicios públicos municipales podrá ser hechas por:

1- El Municipio en forma directa;

2- Empresas, fundaciones, asociaciones civiles y otros organismos descentralizados del Municipio, mediante contrato.

En los Artículos citados anteriormente se aprecia como las Leyes Venezolanas apoyan directamente la Estrategia de Promoción de la Salud mediante la descentralización, la competencia de las entidades locales y la participación de la comunidad a través de las Organizaciones No Gubernamentales.

Podemos concluir que el marco jurídico nacional aporta elementos básicos dentro de la Legislación vigente sobre la cual se apoya la Estrategia de Promoción de la Salud y que tanto la OPS / OMS como el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social están impulsando en el país la implementación de esta estrategia.

Los artículos citados textualmente del Reglamento de la Ley del Ministerio Nacional de Salud, de Descentralización, delimitación y Transferencia de Competencia y del Régimen Municipal, aportan un grado de coherencia y homogeneidad que buscan dar cumplimiento a los artículos 12, 30, 57, 59, 67, 68, 70, 72, 73, 76, 80 y 137 de la Constitución Nacional.

Estando completamente de acuerdo con las conclusiones a las que llega el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en febrero de 1993; cuando habla de las leyes venezolanas y el proceso de descentralización en el folleto titulado "Instrumentalización de las políticas de Salud".[36] Se citan las partes más resaltantes de las mismas.

El Municipio adquiriere gran relevancia para el desempeño de las labores que el estado se ha trazado en pro de la salud de la comunidad, bajo la línea de mando técnico normativo del MSAS.

La transformación del sector con énfasis en el desarrollo de los SILOS, permitirá el cumplimiento del principio de equidad y en la prestación de servicio de salud, además de obtener la eficacia y eficiencia administrativa que espera la comunidad.

"Es de hacer notar, que si bien en un primer intento se descentralizarán las funciones del nivel central al regional, a mediano plazo y dependiendo del desarrollo de los municipios, el proceso de descentralización llegará a todos los municipios del país; razón por la cual el nivel operativo de la estructura sanitaria será el **Municipio Sanitario".**

Las políticas del sector son definidas por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social; y la planificación y programación local son de competencia del nivel regional con la participación municipal y los grupos organizados de la comunidad. (Figura 7).

"La ejecución de las actividades es competencia de los Municipios, los cuales funcionarán en forma coordinada con la comunidad, a través de las Juntas Parroquiales".

"Los problemas locales han de ser presentados a través de las asociaciones de vecinos, de las Juntas sociosanitarias y sociohospitalarias (Fundaciones de Salud) a las Juntas Parroquiales para que éstos los eleven al nivel municipal, a través de éstos entes legales. También han de hacerse la evaluación de las actividades que en materia de salud se realicen en una comunidad, mediante esquemas de investigación operativa y practica, con lo que se puede afrontar y resolver los problemas que afecten a determinados programas y servicios de salud, elaborándose y aplicándose soluciones y posteriormente evaluando los progresos[43]

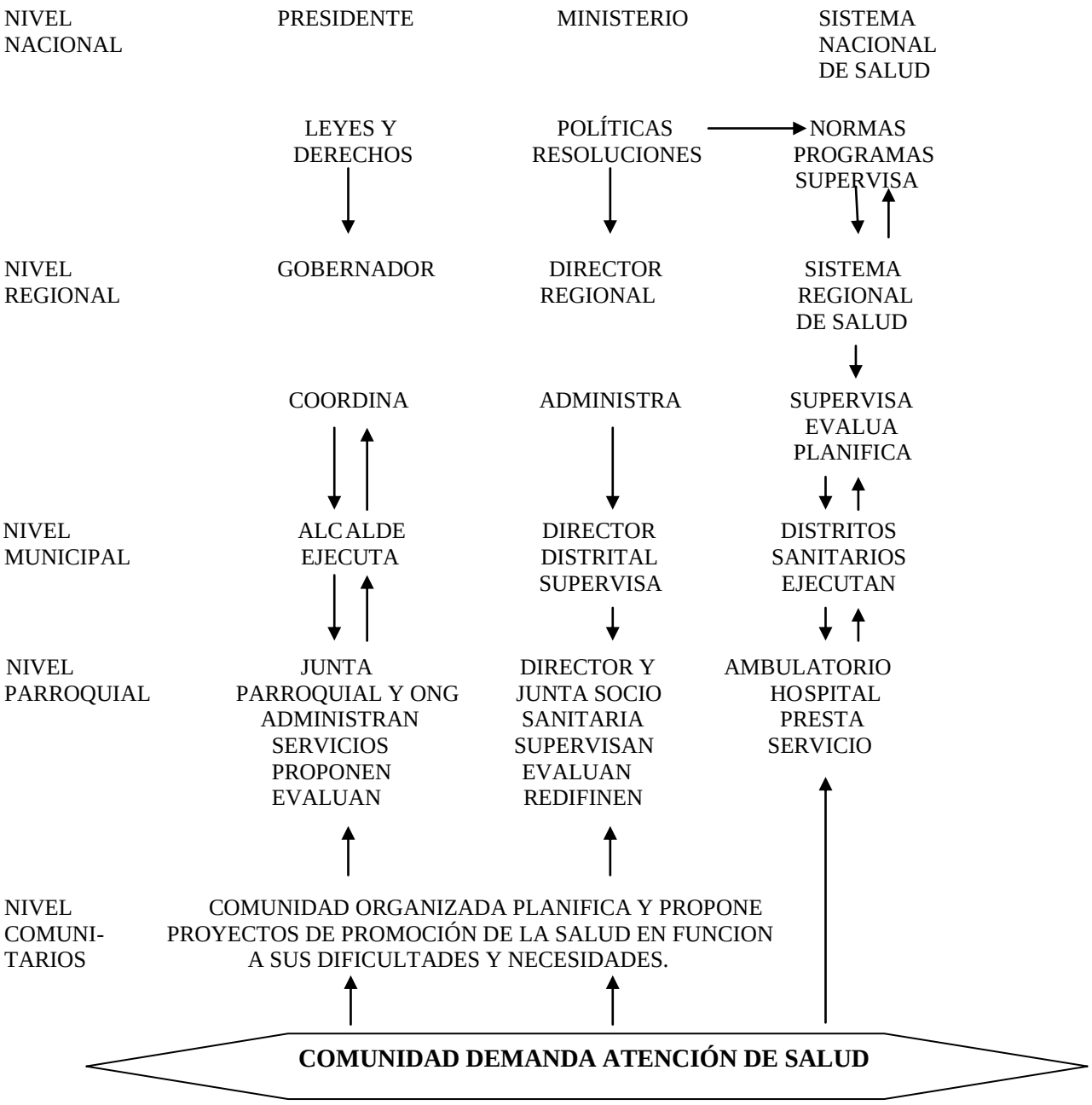
NADA EN EL MUNDO PUEDE OCUPAR EL LUGAR DE LA PERSISTENCIA

EL TALENTO NO; NADA HAY MAS COMUN QUE SERES HUMANOS CON TALENTO Y SIN ÉXITO.
EL GENIO TAMPOCO; EL GENIO SIN RECOMPENSA ES CASI PROVERBIAL.
LA EDUCACIÓN TAMPOCO; EL MUNDO ESTA LLENO DE NEGLIGENTES INSTRUIDOS.
SOLO LA PERSISTENCIA Y LA DETERMINACIÓN SON OMNIPONTES

PERSISTENTE

ES EL QUE CON FLEXIBILIDAD Y CONSTANCIA EJECUTA LAS ACTIVIDADES, REFLEXIONANDO CON CREATIVIDAD Y APRENDIENDO DEL TRIUNFO Y ADVERSIDADES DE SUS DECISIONES, EN CADA PROCESO DE SUS ÁREAS VITALES PARA LOGRAR CON EFICIENCIA EL OBJETIVO BUSCANDO O SU AUTORREALIZACIÓN.

FIGURA 8
FLUJOGRAMA PARA LA DESCENTRALIZACIÓN DEL SECTOR SALUD



FUENTE: Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, OPS/OMS. Las Leyes Venezolanas y el proceso de descentralización en Instrumentación de Políticas de Salud OPS/OMS. MSAS. Caracas, Feb. 1993.

A continuación analizaremos el marco jurídico del Estado Mérida en materia de salud.

6. CONVENIO DE TRANSFERENCIA AL ESTADO MÉRIDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS POR EL MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL Y POR ORGANISMOS ADSCRITO[44]

(CARACAS 28-12-1994)

CLÁUSULA 2: El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social transfiere al estado Mérida y éste recibe los servicios de salud pública ubicados en la región sanitaria de la jurisdicción de dicho estado.

CLÁUSULA 4: Corresponde al Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en materia de servicios de salud...

1. La dirección técnica, el establecimiento de las normas administrativas y la coordinación de los servicios destinados a la defensa de la salud pública.

6. La supervisión y evaluación de las políticas y actividades ejecutadas por los servicios de salud transferidos.

15. El establecimiento de las normas técnicas sanitarias dirigidas a evitar los daños para la salud, derivados de la realización de los procesos de industrialización, desarrollo agropecuario, urbanístico, turístico y otros.

24. Regular y mediar, en su carácter de órgano rector del sector, para la equitativa asignación y distribución de recursos entre los estados, a fin de mejorar el grado de desarrollo de éstos.

CLÁUSULA 5: Competencia del Estado...

1. La formulación de planes y programas estadales, tomando en consideración la situación de los Municipios y en concordancia con la política de salud nacional.

2. La administración de los servicios del sistema regional de salud.

10. Promover e implementar formas de administración autónomas y autogestionaria de las instituciones con claros criterios que preserven la transparencia de las actividades administrativas de las mismas.

10. Las actividades de promoción social con énfasis en la educación para la salud y la participación de las comunidades en todos las etapas del proceso de programas y ejecución de las actividades de los servicios de salud.

15. La ejecución de las políticas de adiestramiento y capacitación del personal, de acuerdo con las necesidades regionales y en coordinación con el Ejecutivo Nacional.

“Es entendido que la Gobernación del Estado Mérida garantizará la protección de la salud a todos los habitantes del estado sin discriminación de ninguna naturaleza, como lo establece el artículo 3 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud"

CLÁUSULA 10: La Gobernación del Estado Mérida se obliga a establecer los mecanismos de modernización de la gestión de los servicios de salud promoviendo la administración autónoma de los centros dispensadores de atención médica y el desarrollo de los sistemas locales de salud (SILOS).

CLÁUSULA 11: Participación de la Comunidad.

La Gobernación del Estado se compromete a crear los mecanismos instancias de participación de la comunidad, tanto a nivel del Estado, en el ámbito municipal como al nivel de los centros de atención médica.

Es entendido que los mecanismos e instancia de participación de la comunidad, sé estructuran y funcionarán sobre la base de la participación de la población organizada en todos sus niveles, tanto en la planificación, como en la ejecución y evaluación de sus actividades, conforme se indica en el articulo 8 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud y su Reglamento, constituyéndose las Juntas Socio Hospitalarias, Socio-Ambulatorias y Socio-Comunitarias.

CLÁUSULA 27: Coordinación y Cooperación con Alcaldías.

Las partes convienen que la autoridad del Sistema Regional de Salud del Estado Mérida debe coordinar y cooperar con las alcaldías del Estado Mérida, con la finalidad del mejor cumplimiento de lo establecido en los ordinales 8,10 y 12 del artículo 96 y ordinales 1, 2, 3 y 4 del artículo 37 de la Ley Orgánica de Régimen Municipal.

7. LEY DE SALUD DEL ESTADO MÉRIDA[45]

Asamblea Legislativa 30-06-1995

ARTÍCULO 1. La presente Ley tiene por objeto la preservación, defensa y restitución de la salud de los habitantes del Estado Mérida.

ARTÍCULO 3. El Sistema de Salud del Estado Mérida se fundamenta, en los principios de participación, descentralización y coordinación de manera que se asegure la adecuada planificación, ejecución y necesidades reales de las comunidades merideñas en términos de daños y riesgos.

El estado Mérida procurará la integración de los Municipios en la prestación de los servicios de salud.

ARTÍCULO 10. Corresponde a la Corporación de Salud, la gestión, planificación, administración, supervisión, evaluación y control de los servicios que preste el sistema estatal de salud, en particular lo siguiente:

2. La formulación de los planes y programas estatales de salud de acuerdo con las formas de administración autónomas y autogestionadas del sistema, en los servicios locales de salud.

10. La promoción e implementación de formas de administración autónomas y autogestionarias de los servicios.

11. Las actividades de promoción social, con énfasis en la educación para la salud y la participación de las comunidades en todos los niveles, tanto en la planificación como en la ejecución y evaluación de las actividades del servicio.

17. El establecimiento del Sistema de Informática y Registro Epidemiológico para determinar los indicadores estadales de salud, como parte del Sistema de Indicadores Nacionales.

ARTÍCULO 13. Son atribuciones del Consejo Directivo:

b). Elaborar los planes y programas de salud del estado, de acuerdo con las formas de administración autónomas y autogestionadas del Sistema en los Servicios locales de salud.

ARTÍCULO 17. Cada uno de los servicios de atención médico y afines funcionará como servicios autónomos, según el régimen que determine la Corporación de salud a la que estará subordinados, salvo disposición especial de esta ley o la creación de entes autónomos por ley estadal.

La organización que se establezca creará en cada uno de los Servicios Autónomos según corresponda una Junta Socio-Hospitalaria, Socio-Ambulatoria o Socio-Comunitaria, que ejercerán las atribuciones de planificación, administración, supervisión y programación señaladas en el reglamento respectivo.

ARTÍCULO 19. Las comunidades organizadas, las personas públicas y privadas podrán mediante convenio con la Corporación de salud, asumir la prestación de determinados servicios públicos de salud que en todo caso estarán bajo las condiciones, el financiamiento y la supervisión del Estado Mérida. La recuperación de costos se establecerá con arreglo a los principios establecidos en la Ley.

ARTÍCULO 20. Las Fundaciones, asociaciones y demás entes públicos o privados de apoyo a las actividades de la salud o unidades de atención médica estarán sometidas a la vigilancia, supervisión y control de la cooperación de la salud del estado, además de los mecanismos establecidos en el Código Civil.

ARTÍCULO 31. El subsistema de Asistencia y Promoción Social, corresponde los servicios y programas destinados a promover al individuo, la familia y la comunidad; al combate de la pobreza extrema y a la promoción social de la salud y específicamente a la asistencia y promoción del anciano, dementes, madres y niños y la asistencia alimentaria.

DE LOS SISTEMAS INTEGRADOS LOCALES DE SALUD

ARTÍCULO 36. Se crean los Sistemas Integrados Locales de Salud (SILOS), que tendrán la planificación, coordinación, supervisión y evaluación de los programas de salud del estado, de acuerdo con los procedimientos establecidos en el Reglamento respectivo.

ARTÍCULO 37. Los Sistemas Integrados Locales de Salud, funcionarán de acuerdo a sus planes principios objetivos y en ellos se asegurará la participación de los Municipios y las comunidades

organizadas en concordancia con las políticas establecidas por la Corporación de Salud.
ARTÍCULO 38. La Corporación de la Salud del Estado, definirá las áreas de salud o distritos sanitarios y demás ámbitos espaciales a los fines de la descentralización y desconcentración de los servicios de salud en el estado y establecerá las estructuras administrativas que crea convenientes para la correcta administración de los servicios dentro de los principios de eficiencia, asistencia y participación definidos en la presente ley.

Una vez más se aprecia como las Leyes del estado Mérida mantiene coherencia y homogeneidad con el propósito de cumplir con el mandato de la Constitución y las Leyes Orgánicas Nacionales.

En las mismas destacan que:

El sistema de salud del Estado Mérida se fundamenta en los principios de participación, descentralización y coordinación de manera que se asegure una adecuada gerencia de los servicios de salud de acuerdo a las necesidades reales de las comunidades merideñas para la Promoción de la Salud.

Participación, mediante la promoción social con énfasis en la educación de la salud y **la participación activa de la comunidad en todos los niveles** de planificación de los programas, ejecución, evaluación y rediseño de las actividades de defensa de la salud sobre la base de la población organizada en los sistemas locales de salud, que se integran al nivel de los municipios y juntas parroquiales.

Descentralización. Porque al nivel de ejecución de programas "El Municipio y las Comunidades Organizadas" adquieren gran relevancia para la planificación, administración, ejecución, seguimiento y rediseño de los programas y actividades en función a la realidad de sus dificultades y necesidades sentidas, de la coordinación y dirección inter-sectoriales y comunitarias para la cooperación armónica de recursos de la comunidad merideña. Para eliminar y controlar las causa básica que mantienen los factores que interfieren con la defensa de la salud con equidad, donde todos los miembros tengan facilidades de superar la pobreza extrema y realizar la promoción social de la salud.

El objeto de la Estrategia de Promoción de la Salud es la de Gerenciar la cooperación armónica de recursos entre la colectividad merideña para el desarrollo de un plan piloto donde sé operacionalice el cumplimiento de estas directrices jurídicas que nos mandan a cumplir la Constitución y las Leyes Orgánicas del país.

TU TIENES LA ÚLTIMA PALABRA PORQUE:

EL PRINCIPAL LIMITANTE Y ENEMIGO PARA EL CAMBIO O RENOVACIÓN,
SE ENCUENTRA DENTRO DE CADA UNO DE NOSOTROS,
POR NUESTRAS CADENAS PSIQUICAS Y MENTALES.

¿PODRAS LIBERARTE DE ELLAS?

5. LA COMUNICACIÓN SOCIAL

La comunicación social, entendida como el empleo de medios visuales, auditivos y kinestésicos para el intercambio de información (mensajes) al nivel interpersonal o colectivo. Esta es la herramienta fundamental para el intercambio de conocimientos en función a la promoción de la salud, como un programa para la formación integral del ser humano.

En el arte de la comunicación acertada, intervienen un conjunto de neuroasociaciones que conducen a actitudes mentales, reacciones neurofisiológicas, reacciones endocrinas y respuestas inmumológicas que según se canalicen pueden fomentar o deteriorar la salud.

Entre los medios más usados para promover la participación activa al nivel individual, familiar o comunitario en las actividades de promoción de la salud, se encuentra en la comunicación de la educación formal e informal, la comunicación directa entre el personal de salud y los consultantes y los medios de comunicación masivos (televisivos, radiales e impresos). Entre los mecanismos con mayor potencialidad y eficiencia destacan la formación de los educadores a los educandos (Educación), la divulgación de la información a través de los programas de comunicación masivos (medios de comunicación social) y la comunidad organizada.

5.1. Educación

El sector de la educación formal e informal cumple un rol fundamental en la creación de metodología y programas para desarrollar o perfeccionar las facultades intelectuales y morales del niño, del joven, del adulto y del anciano, para que autogerencien procesos que incrementen las capacidades y recursos de la población para defender y mejorar su salud. Es prioritario apoyar esta misión de la educación con la producción de módulos educativos que versatilidad académica este referido a los factores al estudio de tácticas o estrategias eficientes para controlar los factores para la salud, haciendo énfasis en las condiciones de vida, los estilos de vida, el psiquismo, y el ambiente, conteniendo sugerencias practicas para que refuercen conductas fomentadoras de la salud.[4] Los centros educativo formales, desde las guarderías hasta los postgrados han demostrado ser un escenario prioritario para promover la salud en todas las etapas formativas de la vida.

El **autocuidado** y la **autogestión** de la salud global, son unos habito que se adquiere en la medida en que la persona cambia sus creencias primarias destructivas y sus ideas del valor de la salud global, como eje fundamental para su desarrollo personal y económico o para mejorar su calidad de vida. La educación es igualmente importante para los usuarios y prestatarios de los servicios a fin de asegurar que estos se utilicen de una manera más apropiada para atender las necesidades sanitarias.

Por ello es una necesidad fundamental el lograr un consenso en cuanto a las líneas de acción que aumenten el efecto de los programas de educación sanitaria al nivel preescolar, básica y universitaria para la promoción de la salud y de formas de vida saludables.

Estas líneas de acción deben comenzar en el hogar, las guarderías y continuar en forma

planificada y sistemática hasta el nivel universitario, mediante actividades participativas o vivenciales que tengan una utilidad inmediata en las actividades cotidianas del ser humano y que promuevan sólidos hábitos de conducta saludables, durante toda la vida. [7]

Líneas de Acción:

1. Planificar y aplicar programas de promoción de la salud orientados al desarroll integral del ser humano, que le hábitue aprender a aprender de manera que en forma persistente mejore las condiciones de vida y los estilos de vida y sea autogerente de acciones fomentadoras de su salud holística desde las etapas tempranas de la vida.
2. Desarrollar programas para la capacitación docente como entrenadores y gerentes de promoción de la salud. Quienes con un alto nivel científico y ético entrenen a sus colegas, alumnos y a la comunidad educativa.
3. Promocionar la elaboración y el concurso de: Módulos educativos, historietas, cuentos, juegos educativos, audiovisuales canciones infantiles y juveniles y pesias, dirigidos a los alumnos, los mestros y la comunidad en genetral. Con temas que orienten sobre tacticas eficientes para la promoción de la salud holística.
4. Desarrollar las brigadas juveniles e infantiles de promotores de salud, desde el nivel escolar al universitario.
5. Organizar encuentros o congresos nacionales e internacionales sobre métodos y procedimientos educativos de la promoción de la salud holística.
6. Incorporar en los programas de educación oficial, desde el nivel preescolar hasta el universitario la materia de Promoción de la Salud Holística, como eje integrador para la formación integreal del educando
7. Llevar a cabo actividades de promoción de la salud que involucren desde personal docente y administrativo hasta todos los miembros de la comunidad esclar.

Estas estrategias de educación para la promoción de la salud deben brisdar de manera eficiente información honesta, pertinente y sencilla sobre prevención primaria de enfermedades, acidentes, farmacodependencia, alcoholismo y violencia; educación familiar, sexual, salud mental y nutrición. Tambien puede enseñar estrategias y tacticas para internalisar principios positivos, adoptar deciciones acertadas ante las situaciones de la vida que conduscan a hacer frente a las presiónes del grupo, evitar los conflictos, canalizar acertadamente los factores generadores de estrés y trabajar en cooperación armónica de recursos[7]

Esta actividad consiste en aplicar un programa educativo progresivo integrado con el plan de estudios, desde el ciclo de educación preescolar hasta el preuniversitario. Incluye el diagnóstico de necesidades en la comunidad escolar, formulación de planes de acción, diceño curricular un concepto holístico del ser humano, para el desarrollo de conocimientos, habilidades y pácticas para mejorar el estado de salud y la nutrición[9]

5.2. Los Medios de Comunicación Social Masivos

Los medios de comunicación social adecuadamente utilizados son los más poderosos instrumentos para promover la salud.[46] Son una herramienta muy útil cuando se utilizan en forma adecuada para Promover la Salud, fundamentadas en la preparación y distribución de un conjunto de informaciónes precisas, sencillas y prácticas sobre los factores de riesgo. Con la idea de que los recectores se hagan autorresponsables de modificar de manera persistente los sistemas de creencias y comportamientos en las condiciones de vida y el estilo de vida para que tengan una vida más saludable, más útil y más productiva y feliz.

Es fundamental que este conjunto de información este constituida por mensajes más atractivos, capaces de transmitit mejor la información al mayor número posible de personas, informando sobre las condiciones o reices de las causas básicas que predisponen la aparición de enfermedades. Examinado de nuevo algunos supuestos básicos para generar métodos más innovadores y penetrantes.[46]

Los mensajes deben hacer incapié en la distribución equitativa de la responsabilidad de la salud entre el gpbierno, el mundo empresarial y los individuos, dandole valor a la autorresponsabilidad por el fomento de la salud y que se tome consciencia del peligro de una actituc miope y no previsiva, además de una falta de interes por prevenir enfermedades. Así como de su impacto en la economía del individuo, su familia y la comunidad. [46]

El propósito de la comunicación es divulgar conocimientos, forjar actitudes e inducir prácticas en procura de que la población desarrolle habilidades colectivas y adopte conductas saludables.[4] Para este propósito el uso de medios masivos de comunicación es muy efectivo para facilitar cambios de actitudes. Pero los canales intrepersonales y el **ejemplo vivencial** "modelos de conducta" seleccionados con la misma comunidad, son necesarios y más efectivos para lograr y mantener cambios de conducta saludable.[2,5]

Los investigadores que promueven formas de vida saludable reconocen que los medios de comunicación de masa pueden orientarse a promover la solución de los problemas más prioritarios de la salud.[4,7,11] Dando especial atención a aquellos programas dirigidos a la mejoría continua de las condiciones de vida, los estilos de vida (manejo del estrés, alimentación y ejercicio físico) fomentadores de la salud y a la modificación de los ambientes ecológicos y socioculturales. Además reorientar los servicios de salud y otros servicios sociales, teniendo en cuenta las características sociales y culturales particulares.

La manera como actualmente, los medios de comunicación funcionan en nuestro País representa una parte importante de las dificultades que limitan la promoción de hábitos saludables, por su concepción limitada. Sin embargo, esos medios también ofrecen imensas posibilidades y oportunidades para facilitar el desarrollo integral del ser humano y la promoción de la salud. Porque las personas que los dirigen estan claro que es su deber desempeñar un servicio público y porque las cuestiones sanitarias suscitan gran interés en los espectadores, lo cual también beneficia a los medios[46]

Los profesionales relacionados directa o indirectamente con la salud, tenemos el deber ineludible de cooperar armonicmente para reorientar los intereses de los medios para que hagan más

incapié en los determinantes ecológicos y socioculturales de la salud, y en propiciar para que se establezca un orden de prioridad de las politicas y estimular el debate público.[46]

Es bien sabido que existe una gran brecha entre la información del conocimiento sobre los riesgos y consecuencias de elegir un comportamiento peligroso y lo que se gana con la conducta saludable con respecto a la puesta en practica de medidas fomentadoras de la salud. La dificultad reside en saber transmitir mensajes creíbles que contribuyan a que el ser humano se haga consciente de cómo sus creencias emocionales primarias o sistema de creencia esta directamente relacionado con su salud, bienestar humano y desarrollo integral. Para ello es fundamental combinar adecuadamente la idea del producto, su valor (psicológico, social y económico), la incomodidad o bienestar que entraña su cumplimiento. Por ello es adecuado identificar las **necesidades realmente sentidas** por el público receptor y responder a ellas. En lugar de elaborar los mensajes y las estrategias correspondientes mediante criterios centralizados, como ha sucedido con frecuencia y que no tienen en cuenta ni se ajustan a las características propias de los destinatarios[46]

Un adecuado examen del proceso implica prestar atención a las **condiciones básicas o raices** que originan y mantienen la enfermedad, facilitar el intercambio voluntario que suponga beneficios tangibles al consumidor a un costo mínimo de dinero, esfuerso físico o emocional o apoyo colectivo para cambiar el sistema de pensamientos, sentimientos y acciones que interfieren con la salud.[46] Por ejemplo utilisando la epidemiología de manera creativa para suministrar información que atraiga la atención en los medios de comunicación social y que permita exponer con claridad la importancia de un determinado tema de salud, abordando las dificultades de salud como cuestiones de política pública y que estimule el comportamiento individal con responsabilidad y sabiduria.

Es prioritario aplicar todas las tácticas de investigación diagnostica y aplicada posibles, para alcanzar los objetivos de lograr una mayor apertura del público a que se dirige el mensaje, siendo los medios de comunicación social alguno de los instrumentos que se utilizan para lograr la promoción intensiva de la salud en las comunidades, las escuelas y6 universidades, la iglesia, los sindicatos, las asociaciones de vecinos, la familia y la persona.[46]

La naturaleza humana conserva vestigios de bestialidad que no escucha la voz de la razón; a pesar de las leyes, los códigos de conductas y los testimonos conocidos, nuestros impulsos engendran tensiones, sufrimiento y violencia que son nocivos pera la salud del individuo, su familia y la comunidad.[46] Esta bestialidad amenaza a la salud no sólo por enfermedades y la mal nutrición sino también por inadecuadas condiciones de vida y limitaciones sociales y económicas entre ellas: la comercialización sin escrúpulos, los estilos de vida desequilibrados y perjudiciales para la salud, los malos servicios de saneamiento y de abastecimiento de agua, el deteriro indiscriminado del ambiente, la falta de políticas públicas de apoyo. Además de las diferencias de criterios entre las distintas autoridades, las prioridades incorrectas en políticas de salud y producción de alimentos y la falta de coordinación de actividades de los organismos que se ocupan de la salud.

La Gerencia estratégica de la Promoción de la Salud debe prever medios para neutralizar las acciones de los oponentes de la salud o redefinirlas para que cooperen armónicamente con la promoción.[4,7]

LÍNEAS DE ACCIÓN

- Aplicar programas de comunicación social apropiados para lograr que la comunidad y las autoridades comprendan que la Promoción de la Salud y la prevención de enfermedades son las más productivas y eficientes inversiones para manejar acertadamente la salud y el desarrollo socioeconómico de una comunidad,

- Crear y desarrollar redes de intercambio de información y solidaridad humana en promoción de la salud, para el fortalecimiento de las acciones al nivel local y nacional, utilizando los medios de difusión para crear grupos de apoyo y realizar intervenciones específicas en la comunidad para su organización y participación activa.

- Diseñar y preparar artículos, programas, audiovisuales y publicaciones dedicada a los temas de
- Promoción de la Salud.

- Diseño y apoyo de las investigaciones transdisciplinarias sobre las necesidades de la población y registro e inventario científico-técnico de recursos institucionales, de información en Promoción de la Salud de la Región, y de necesidades sentidas, para fortalecer la cooperación armónica de recursos y de servicios de información para la salud.

- Propiciar jornadas multidisciplinarias para el diseño de instrumental metodológico para la investigación en la comunicación social y la operacionalización de programas que utilicen de la mejor manera posible los medios de comunicación para estimular el cambio positivo de la sociedad y la mejora continua de la salud.

5.3 Organizacion de la Comunidad

La organización de la comunidad en el marco de la estrategia de Promoción de la Salud constituye el conjunto de organizaciones representativas de la población por medio de cual se logra la acción comunitaria y la intervención ciudadana en la búsqueda de la salud como bien colectivo[7] La participación activa mediante la **cooperación armónica** de recursos para solucionar problemas o satisfacer necesidades o metas comunes, es el procedimiento más útil para organizar la comunidad.

La participación social se refiere a los procesos sociales a través de los cuales los individuos, La familia, los grupos, las organizaciones, las instituciones los sectores, es decir todos los actores sociales involucrados en la vida del municipio, tienen la capacidad, las oportunidades y los mecanismos de acción para identificar las cuestiones de salud u otros problemas afines, así como para el diseño y puesta en práctica de soluciones y su posterior **supervisión educativa** y redíseño.[2]

En nuestro país estos procesos los apoya la Constitución. En el artículo 8 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud[37] "se estructura y funcionará sobre la base de la participación de la población organizada a todos sus niveles, tanto en la planificación, como en la ejecución y evaluación de sus actividades", la Ley Orgánica del Régimen Municipal,[38] en sus artículos 32, 34, 36, 167 y 168 y en esta región del Estado Mérida en le Ley de Salud del Estado Mérida,[45] que en su

artículo 3 reza "El sistema de salud del Estado Mérida se fundamentará en los principios de participación, descentralización y coordinación de manera que se asegure la adecuada planificación, ejecución y evaluación de los servicios de acuerdo a las necesidades reales de las comunidades merideñas en términos de daños y riesgos", y en el artículo 10:11 "Corresponde a la Corporación la gestión, planificación, administración, supervisión, evaluación y control de los servicios que preste el Sistema Estatal de Salud, en particular... 11.- "Las actividades de promoción social con **énfasis en la educación para la salud y la participación de las comunidades en todos los niveles**, tanto en a planificación como en la ejecución y evaluación de las actividades del servicio". Este marco jurídico se analiza más detalladamente en la parte de legislación.

Este marco Jurídico y el Plan de Acción Regional para le Promoción de la Salud en las Américas para el cuadrienio de 1995 -1998 de la Organización Panamericana de la Salud,[32] apoyan la participación social con actividades tendientes a que "la sociedad civil y las comunidades adquieran protagonismo y capacidad para influir sobre las decisiones que afectan sus destinos, especialmente en lo referente a la salud y defender sus derechos civiles y constitucionales."[4] Para ello la Estrategia de Promoción del Instituto de Salud Total esta capacitando a profesionales con alto nivel científico y ético y propicia la creación de escenarios de concentración y negociación donde se convoque a las organizaciones representativas de La población para analizar las dificultades de salud y construir eficientes alternativas para solucionarlas.[4]

Porque la clave del éxito en la ejecución del Plan, consiste en capacitar a la población para hacerla participar en el proceso de planificación, ejecución y supervisión desde el comienzo.

Los principios que rigen la participación de las comunidades reposan en:[2,5,7]

1. La salud es un producto de la organización y conscientización comunitaria, es esencial para el desarrollo económico, social y cultural, así como para la prevención de enfermedades y del sufrimiento.

2. El estado de salud es consecuencia de la dinámica social, individual y colectiva que expone a los miembros de las comunidades a los peligros de medio físico y social o los protege contra ellos. Por lo tanto, la salud es una cuestión de responsabilidad pública.

3. Se necesita la colaboración de todos los sectores sociales para desarrollar programas con actividades especificas, encaminadas a reducir las desigualdades del estado de salud, la marginación social, las necesidades básicas insatisfechas y las disparidades en materia de Promoción de la Salud, de prevención de las enfermedades y la atención médica.

4. Los conflictos de salud y sociales requieren mecanismos de mediación entre los diferentes intereses públicos, privados, voluntarios y comunitarios para crear ambientes y opciones saludables.

5. Para mejorar la salud y la calidad de vida de los pueblos se requiere entregar a las personas la información que les capacite pera actuar con objetividad y responsabilidad por su propia salud global y aprendiendo con persistencia de sus aciertos y equivocaciones de sus acciones, lograr la concertación de todas las voluntades y recursos políticos, institucionales, comunitarios y personales para llevar a cabo el proceso de consolidar una vida útil, saludable y feliz al nivel personal, familiar y comunitario.

La comunidad organizada es decisiva para la Promoción de la Salud, por lo que se estimulará los procesos de análisis conjuntos de las problemáticas de salud y búsqueda de soluciones entre los representantes de sector salud y los representantes de los diferentes grupos formales e infonmales.[5]

El trabajo se llevará a cabo al nivel de los barrios y parroquias, con la participación activa de la comunidad para definir problemas y necesidades comunes prioritarios, identificar la raíz de sus causas básicas, formular programas de acción específicas para prevenir y controlar las dificultades prioritarias de salud. Basado en la epidemiología aplicada, como herramienta clave para orientar acciones acertivas de salud, realizadas mediante la cooperación armónica del gobierno local, el sector salud y los integrantes de La comunidad.

Para el desarrollo de la estrategia de Promoción de la Salud es apropiado que todos los actores de la comunidad participen en las etapas de diagnóstico, planificación, ejecución, seguimiento y evaluactón.[47] Entre estos actores destacan:

- Religiosos de diferentes congregaciones locales.
- Administradores y gerentes de servicios públicos tales como; Sanidad, Ambiente, Obras Públicas, Malariología Aseo, Hidroandes, Cadela, Corpoandes, Fundacite, etc.
- Investigadores sociales en: nutrición, enfermería, medicina, economía, educación, epidemiología, ingeniería de operaciones, ingeniería de sistema, sociología, psicología, antropología, salud pública, comunicación social, administración, etc.
- Representantes de las organizaciones no gubernamentales existentes en la comunidad: asociaciones de vecinos, grupos culturales, protectores específicos, grupos de salud, etc.
- Representantes del poder económico local: industriales, comerciantes, artesanos, empresarios etc.
- Miembros del equipo de salud: administradores de programas, de recursos, planificadores, supervisores, personal médico o paramédico, etc.
- Educadores de los niveles de guarderías, preescolar, básica, media, técnica y superior que existen en la localidad.
- Políticos del nivel local: , líderes naturales de la comunidad, alcalde, concejales miembros de la asamblea legislativa, etc.

El proceso de participación socia para la Promoción de la Salud consiste en el compromiso con el desarrollo sistemático de actividades que permiten a los ciudadanos tener los conocimientos, la capacidad, la información y el poder suficiente para la **cooperación armónica y la autogerencia** estratégica de recursos; que garanticen sanas condiciones colectivas de vida, sanos hábitos del estilo de vida, sanas condiciones ecológicas y el acceso equitativo a bienes y servicios.[2]

En consecuencia para la participación social es necesario el desarrollo de procesos reflexivos y continuos fundados en la acumulación de experiencias y la democratización de conocimientos mediante las cuales las comunidades utilicen de manera eficiente la información, las ideas y las responsabilidades para que se organicen y comprometan democráticamente por el logro de mejores condiciones de vida, realizar sus intereses, establecer sus necesidades y prioridades e intervenir sobre la realidad y los espacios para poder alcanzar salud.[2,24]

TENEMOS TODO EN LA VIDA PARA GOZAR PLENAMENTE DE NUESTRA EXISTENCIA DISFRUTAR DEL BIENESTAR Y SER CADA DÍA MÁS FELIZ

6. ALIMENTACIÓN

La alimentación en conjunto con la educación y la salud conforman de manera interdependiente el trípode sobre el que se soporta el pleno desarrollo socioeconómico del ser humano, su familia y la comunidad.

El hábito alimenticio en conjunto con el manejo adecuado del estrés y las condiciones de vida constituyen el pilar de la prevención primaria y secundaria, y el tratamiento de muchas enfermedades.[16,29,48]

Es necesario desarrollar leyes y políticas de alimentación y nutrición que garanticen seguridad alimentaria, provisión adecuada de nutrientes y dietas adecuadas a lo largo de ciclo vital[4] de individuos y grupos de población dirigidas a optimizar el desarrollo físico y mental y a proteger a las personas de enfermedades relacionadas con hábitos alimentarios inadecuados por carencias, o por excesos nutricionales y por inadecuado procesamiento o aditivos que prevalecen en la región.[5]

Las bases científicas que sustentan las sugerencias nutricionales para la consolidación de una vida útil saludable y feliz, sé analisan y presentan en los libros Estilo de Vida, Salud Enfermedad[16] Y Alimentación para la Salud Holística.[49] En estos textos destacan las siguientes recomendaciones nutricionales y notas importantes.

Recomendaciones Nutricionales

Internacionalmente se han planteado una serie de recomendaciones nutricionales para fomentar la salud del componente orgánico del ser humano, que se sintetiza a continuación:

1. Mantener el peso corporal adecuado a su constitución individual, correspondiente a un índice de masa corporal entre 20-25 o de acuerdo a su altura, los centímetros por encima de 100 más o menos el 10%.

2. Practicar ejercicios para en cada componente del ser diariamente, en lo posible un mínimo de 30 minutos o más, en un mínimo de 5 veces por semana y realizar de 5 a 30 minutos de meditación psicofísica de manera persistente 1 a 3 veces al día.

3. Consumo de grasas acordes con edad, constitución y estado físico sugiriéndose:
   A. Consumo de grasas totales en un 20 a 25% del total de calorías consumidas al día o a una décima parte del volumen total de comida ingerida en el día.
   B. Reducir las grasas saturadas o de origen animal a menos de un 10%, aumentando el consumo de aceite vegetal o de pescado y limitar el consumo de colesterol a un promedio menor de 300 mg por día.

4. Aumentar el consumo de frutas, verduras y hortalizas crudas, a un promedio mayor de la mitad de todas las comidas que se ingieren al día, también necesita consumir más frutas secas,

liliaceas (ajo, cebolla, cebollín, apio españa), crucíferas (repollo, coliflor, bróculi) y cereales integrales. Además disminuir al máximo o eliminar las harinas y azúcares refinadas.

5. Restringir el consumo de sal (cloruro de sodio) a menos de 3 gramos o media cucharadita por día, teniendo presente que la mayoría de los productos nutricionales contienen cloruro de sodio. Esto equivale a que le eche poca sal a la comida de manera que quede ligeramente simple o utilice sal de ajo que puede comprar en cualquier tienda naturista.

6. Restringir o eliminar el consumo de bebidas alcohólicas, ya que el organismo por fermentación de los vegetales, produce el alcohol que se necesita y el alcohol es la droga que esta más relacionada con incremento del daño a la humanidad y la autodestrucción del humano y con la destrucción de la salud de su ser.

7. Eliminar el consumo de cigarrillos, por ser un hábito muy dañino asociado directamente con cáncer y enfermedades cardiovasculares.

8. Evitar el consumo de alimentos cocinados a temperaturas extremas o combustionados como: Frituras, asados a la plancha o en brasas y curados con sal o preservados con nitrito como embutidos, ahumados y enlatados por las nitrozaminas y benzoaminopirenos que son los cancerígenos y los más potentes generadores de radicales libres. Preferir alimentos preparados **al vapor**, sopas o guisados, sin agregarles aceites.

9. Disminuir o eliminar el consumo de carnes (aves, res y peces) si desea comerla, es prudente que sea a menos de 100 gr, 1 a 3 veces por semana, preparados preferiblemente al vapor, en sopas o guisadas y siempre acompañada con un plato de ensalada cruda o guasacaca. Completar las necesidades de proteínas con leguminosas, cereales integrales, ajonjolí, bledo, almendras, nueces, maní y yogurt.

10. Consumir un promedio de 6 a 8 vasos de agua o líquido al día.

11. Comer abundante fruta o ensaladas crudas que son alimentos que mejoran la salud, por aportarle vitaminas, fibras, fitoenzimas.

Notas Importantes:

1. Para una adecuada alimentación es conveniente que la digestión se inicie en la boca con una completa trituración de cada bocado de comida, de manera que se impregne bien el bocado con las enzimas contenidas en la saliva que digieren los carbohidratos. Por lo que debemos masticarlos bien y despacio. Sugiriéndose masticar un promedio de 30 veces cada bocado. Como ejercitación para formar el hábito y te hagas consciente de la consistencia semilíquida que debe tener cada bocado alimenticio antes de tragarlo, es importante que cuentes cada masticada, hasta que lo automatices o te habitúes.

2. Procurar en lo posible no tomar líquidos sobre las comidas y si le provoca solo tome muy poca agua pura o jugos de piña, lechosa y limón; preferiblemente cuando coma algo seco. Porque si

toma mucha agua o líquido, diluye el jugo digestivo del estómago, lo que interfiere con una adecuada digestión.

3. Evite comer entre comidas, sin embargo si consume alguna merienda, prefiera frutas frescas o vegetales en trocitos o ensaladas. Evite los dulces o tortas como merienda y sobre todo después de las 6 de la tarde porque te engordan o causan obesidad.

4. Sustituir las bebidas gaseosas o enlatadas por:

1. Agua natural.
2. Agua de coco.
3. Agua de limón.
4. Horchata de ajonjolí.
5. Jugos de cítricos.
6. Guarapo de caña,
7. Batido de frutas.
8. Infusiones de hierbas.
9. Jugos de hortalizas.

5. Sustituir el azúcar refinada por:

1. Miel de abeja.
2. Papelón.
3. Panela.
4. Melaza de trapiche.

5Guarapo de caña (mermado).

6. Sustituir las proteínas de origen animal (mamíferos, aves y peces) por proteínas de origen vegetal, (leguminosas, cereales integrales, almendra, nueces, ajonjolí, maní, bledo o pira y yogurt). Si deseas comer carnes, preferir en orden de importancia pollos o gallinas criollas, pescado de mar fresco preparada al vapor, en sopas o en guisos, **sin aceites**, con abundantes verduras y adobada con aliños naturales y siempre acompañada de un plato de ensaladas crudas o de guasacaca.

7. Sustituir los aceites refinados o industriales por aceite de ajonjolí, maíz y oliva, de ser posible prensados en frío o mantequilla clarificada (Torondoy o Maracay).

8. Sustituir el café o té por infusiones de hierba.

9. Mantener siempre un estado de paz, armonía y autocontrol, con una imagen positiva de sí mismo y prestando atención a las tendencias creadoras. Para ello su médico le entrenará en una técnica fundamentada científicamente sobre psicología del comportamiento acertivo y meditación holística, para que maneje eficientemente el estrés y procure con sabiduría estar en armonía con usted mismo, sus semejantes y **el creador**. Lo cual estimulara su sistema inmunológico o de defensa.

Como una alimentación saludable es un factor importante para la salud es necesario aplicar tácticas Naturistas que promocionen una alimentación fomentadora de la salud. Entre estas tácticas se pueden citar:

QUE TU ALIMENTO SEA TU MEDICINA
QUE TU MEDICINA SEA TU ALIMENATO

Hipocrates.

LINEAS DE ACCION:

1. La educación, con fines de formar hábitos y capacidad en la elección consciente de alimentos saludables.

2. La Investigación para conocer el estado real de los hábitos y las necesidades nutricionales de La población.

3. La investigación para obtener bases científicas sobre la asociación de los hábitos alimenticios con la salud para la intervención o implementación de políticas alimentarias saludables acordes con las características de la comunidad.

4. Investigar la influencia de las tradiciones, las formas de vidas, la disponibilidad el ingreso y los medios de comunicación en la dieta diaria, de manera que permita la definición de políticas y de intervención en los mismos para promover una alimentación saludable.

5. Capacitar y realizar seguimiento educativo a profesionales de la nutrición, al personal de comedores, educadores, escolares y público en general, al igual que a las coordinadoras de los hogares de cuidados diarios y los dueños de restaurantes sobre los avances científicos y tecnológicos para proveer una alimentación saludable.

INTELIGENCIA:

Es un proceso de vida donde en lo posible se evita tomar conductas autodestructivas o dañinas y nos comunicamos con los semejantes con el mismo AMOR con que deseamos que se comuniquen con nosotros, con la finalidad de consolidar el máximo de nuestro bienestar humano.

NATURISMO:

Es un camino de vivir en paz y armonía consigo mismo, con sus semejantes y con la naturaleza. Evitando en lo posible conductas autodestructivas o dañinas, viviendo conforme a las leyes de la naturaleza y con el espíritu guiado por el Creador, para fomentar el bienestar humano.

7. DESCENTRALIZACLON

En el marco de la Promoción de la Salud la descentralización "es la facultad que se otorga al nivel local o de ejecución y a la comunidad que se sirve, de participar activamente en la gestión del financiamiento local y en decidir sobre la planificación, la ejecución la evaluación y redefinición de los programas de salud, además de decidir sobre los gastos y lo que quizás es más importante sobre las mejoras de la calidad y eficiencia de la atención por servicios de salud".[50]

La iniciativa tiene por objeto descentralizar hasta el nivel de la municipalidad y las comunidades organizadas las decisiones sobre las medidas de financiación de la atención primaria de salud y la utilización de los recursos para hacer más eficiente la gerencia de la salud,[50] haciendo énfasis en la importancia de una gerencia óptima.

Por ello en el Estado Mérida sé esta llevando a cabo un proceso de descentralización de los sistemas de salud que está promoviendo el fortalecimiento de la participación social, ejemplos de ellos es la firma del Convenio de Transferencia al Estado Mérida de los Servicios de Salud Prestado por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y por Organismos Adscritos,[44] la Ley de Salud del Estado Ménda.[45]

Este hincapié en la descentralización pone de manifiesto la importancia de las iniciativas que facilitan la participación comunitaria y la cooperación de diferentes sectores para mejorar la situación social de la pobíadón[1] por ello es vital continuar pro9fundizando el proceso de descentralización política y administrativa para el sector salud.

La descentralización tiene por objeto descongestionar y hacer más ágil el funcionamiento del nivel central, transfiriendo competencia y servicios a otros niveles regionales y locales. Esto implica a su vez un radical acercamiento del Estado a los Municipios y con ello a los ciudadanos, una relación mucho más directa de la comunidad con las autoridades y una ampliación de las posibilidades de participación de la sociedad civil organizada en la gestión de los asuntos de su mayor interés.[1]

La OPS en conjunto con el Gobierno Nacional están cooperando para fortalecer los sistemas locales de salud (SILOS) como un aporte e este movimiento político de transferencia del poder central al pueblo a través de la participación activa de la comunidad, la movilización de recursos y la mejora de los conocimientos gerenciales y de comunicación asertiva de los trabajadores de salud.[1]

Los SILOS son unidades políticas-administrativas básicas donde se coordinan un conjunto de recursos de distintos sectores con la responsabilidad de conducir el desarrollo de la salud de a población en una región detennirada.[51] Los SILOS también implican una modificación de los enfoques de atención tradicionales, enfatizando la Promoción de la SaIud a la estructuración de comunidades saludables, el control del medio ambiente, y la integración de los programas, teniendo como foco principal a las familias y a las comunidades.

Los SILOS deben tener capacidad de resolución sobre la utilización de sus recursos materiales, financieros y humanos, para controlar los riesgos a los que están sometidos los grupos humanos y lograr el desarrollo integral de a salud en el ámbito local, con la colaboración y el trabajo coordinado de sectores políticos, religiosos, económicos, culturales, laborales, de educación, vivienda, urbanismo y legales.

Actualmente los funcionarios del MSAS se están haciendo consciente de que para un manejo eficiente de la salud es prioritario inclinar la balanza a favor de la Atención primaria de Salud y la Promoción de la SaIud. Basada en el principio de resolver los problemas esenciales de salud en el nivel local, mediante una política expresa que favorece el proceso de descentralización. A través de la transferencia de la competencia en salud a los municipios, ampliar el espacio de la salud pública promocionando la salud y privilegiando las acciones preventivas primarias.[52] Haciéndose hincapié en que las personas ocupan el lugar central en el desarrollo de la salud.[24]

La descentralización y el desarrollo de Los SILOS están impulsando el desarrollo institucional al nivel municipal y también están configurando los cambios que ocurren en todo el sector de salud. La estrategia de los SILOS ayudará a impulsar el movimiento de "**Comunidades sanas**" o "**Municipios saludables**" que es una expresión no solo de la transferencia de la toma de decisiones y la responsabilidad al nivel local, sino también de cambio a un modelo de atención sanitaria que fomenta los cambios de conducta y la adopción de condiciones de vida y estilos de vida sanos.[5]

El nivel local en Venezuela definido como Municipio, constituye una unidad delimitada a nivel político, administrativo y geográficamente, con una población definida que comparte tradiciones y culturas y que tiene el mandato, la autoridad y gran parte de los recursos y mecanismos para desarrollar actividades concretas de promoción de la salud.[2] Como representantes de la comunidad, los gobiernos municipales están en la mejor posición para involucrar a políticos, administradores y científicos de múltiples sectores y a la comunidad misma y por lo tanto liderar equipos transdisciplinarios que desarrollen proyectos en cooperación armónica para la promoción de la salud

8. MUNICIPIO SALUDABLE:

Un Municipio saludable se define como, aquel en que las autoridades políticas y civiles, las instituciones y organizaciones públicas y privadas, los propietarios, empresarios y trabajadores y la sociedad, deciden dedicar constantes esfuerzos a mejorar las condiciones de vida, trabajo y cultura de la población, establecen una relación armónica con el medio ambiente físico y natural y expanden los recursos comunitarios para mejorar a convivencia, desarrollar la solidaridad, la cooperación socia y la democracia.[2]

Por ello la política de municipios saludables apunta un proceso continuo de liderazgo, compromiso y creatividad y de acciones que capacita a la comunidad para que de manera responsable **fomenten la salud y su desarrollo integral**. Supone la valoración de las condiciones iniciales para determinar las necesidades o problemas realmente sentidos por la comunidad. Basándose en las circunstancias encontradas los beneficiarios definen en orden de prioridad los objetivos y metas que se proponen alcanzar. También definen el método de seguimiento o evaluación de la aplicación del proceso. Cada uno de estos aspectos puede ser cualificados, cuantificados como un instrumento fundamental para promover, redefinir y tomar decisiones, por medio de la definición concreta de controles, normas y la aplicación de las herramientas de la ingeniería de operaciones, que actuando sobre la realidad de los procesos pueda redefinirlos en pro de la mejoría continua de la eficiencia de la gerencia de la salud.

El movimiento de "**Ciudades y Municipios Saludables**" aparece como un medio que permite la implementación de la Estrategia de Promoción de la Salud en forma concreta. Permitiéndole al sector salud cooperar armónicamente con otros sectores y la comunidad en una forma conjunta

acercarse mas a las necesidades reales de la población y a la entrega de responsabilidad y capacidad de decisión a los grupos locales.[2]
Un Municipio Saludables, es aquel en el que:[4]

1. Existe compromiso político manifiesto para hacer de la salud una prioridad y un objetivo fundamental de la gestión pública para consolidar el desarrollo.
2. Se expresa compromiso de gobernabilidad para mejorar la salud entendida esta como bienestar y disposición para movilizar los recursos sociales, institucionales y comunitarios de la municipalidad.
3. Se plantea mecanismos para convocar y coordinar la cooperación armónica de recursos entre los sectores, instituciones y organizaciones locales con la participación activa de la comunidad organizada.
4. Se explicitan y aplican procedimientos fundamentados científicamente para negociar metas de salud sin reducirlas solo a metas de coberturas de servicios.
5. Se manifiestan las fórmulas para acordar compromisos y responsabilidades de los diferentes actores sociales e institucionales para alcanzar las metas de salud convenidas sobre la base de las necesidades realmente sentidas por la comunidad, que fueron encontradas en el estudio diagnostico.
6. Se pone de manifiesto la manera como se hará seguimiento al cumplimiento de los compromisos adquiridos, al logro de las metas concertadas y al desarrollo de procesos de transformación de las relaciones sociales para el logro de equidad en salud.

El Municipio Saludable constituye el ambiente de concreción operativa de las Orientaciones Estratégicas y de Plan de Acción Regional para La Promoción de la Salud en las Américas para el cuadrienio 1995 – 1998[4], de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

En Venezuela el Movimiento de Municipios Saludables se inició en enero de 1994 cuando la OPS y la OMS en conjunto con el MSAS designan al Municipio Zamora-Falcón como el proyecto piloto de los "Municipios Hacia la Salud”.[52,53]

Desde entonces en el Pueblo de Cumarebo mediante la gerencia emprendida por la Alcaldía de Zamora organizó en el Municipio a 52 asociaciones de vecinos que juntos a las comunidades asumieron un conjunto de programas tendentes al bienestar social.[54] El programa "Municipio hacia la Salud" de la Organización Panamericana de la Salud, ha comenzado a extenderse por el país y hasta ahora quince (15) Municipios de Venezuela se han incorporado.[55]

Entre estos Municipios destacan además del Municipio Autónomo Zamora, del estado Falcón, también a Guiguie, Capital del Municipio Carlos Arvelo, de Carabobo; el Tocuyo, en el Municipio Morón, del estado Lara, el Municipio Pedro Zaraza, en el estado Guárico y Barbacoas en el Municipio Urdaneta del estadoAragua[56] y sé esta adelantando acuerdos para que Mérida se incorpore a la "Red Venezolana de Municipios hacía la SaIud”.

La iniciativa de los Municipios Hacia la Salud en Venezuela se considera como la decisión de la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, de manejar la salud en conjunto con la comunidad como una manera muy amplia, muy integral, muy interdisciplinaria (holística). Como la mejor forma de resolver de manera eficiente los problemas de salud de la comunidad y de los servicios de salud, para hacerlos más resolutivos, más transparentes,

más eficientes y que alcancen la cobertura universal con servicios de igual calidad para todos.[57] Mediante el establecimiento de una red operativa de promoción de la salud.

También es una iniciativa que considera como prioritaria la directa interdependencia e interrelación entre la salud y el desarrollo. Ya que el estudio de las condiciones de vida para la predisposición de eventos de salud en las comunidades, debe ser utilizado en la modificación de los ecosistemas locales, a través de intervenciones para disminuir la violencia, mejorar la vivienda, la alimentación, el saneamiento básico, la educación, el desempleo, y otros problemas sociales, como el embarazo en la adolescente, el analfabetismo y el fortalecimiento de los servicios de los niveles primarios de atención y utilizar la estrategia de Promoción de la Salud en el sentido de producción de la misma para obtener un óptimo crecimiento y desarrollo integral de nuestros niños y adultos. Para que éstos alcancen el mejor nivel educativo o salud holística, el máximo acceso al bienestar que beneficie su salud y les permita lograr autogerencia de su propio destino y con responsabilidad consolidar una vida útil saludable y feliz.

RECORDEMOS QUE:

UN PUEBLO SABIO O INSTRUIDO Y SANO
ES UNA PRIORIDAD FUNDAMENTAL PARA
EL DESARROLLO INTEGRAL DE UNA NACIÓN.

9. DESARROLLO

La inversión de mayor productividad para el desarrollo o progreso personal, familiar y comunitario en el ámbito económico y social es la que hacemos por nuestra salud. También es la dimensión más imponente de la calidad de vida. Por ello la salud se percibe como la fuente de riqueza fundamental para el desarrollo individual o comunitario.[1]

Como las condiciones de vida y el estilo de vida dependen del grado de desarrollo de la región, la asociación de la salud y el desarrollo adquiere suma importancia.[7] Si el desarrollo se paraliza, la salud se resiente. Si la salud se paraliza, el desarrollo sé debiIita.[7,9] El reconocimiento de esta directa interdependencia[8,4,45] ha llevado a la OPS. a hacer hincapié en la salud como la base fundamental para el desarrollo como uno de tos principales campos de interés y actividad.[7]

Evidentemente la salud es necesaria para el desarrollo y el desarrollo también es necesario para la salud. La única finalidad del proceso de desarrollo debe ser mejorar el bienestar humano de la población, incorporando los resultados del progreso científico y tecnológico en la actividad productiva de la comunidad, para le alivio del sufrimiento y el mejoramiento de la calidad de la vida.[4]

La Promoción de la Salud es el más importante componente de las estrategias de desarrollo, en el sentido de que contribuye al bienestar de la población, reduce el riesgo de enfermar y vela porque la gente sea más sana y productiva. No obstante, si se quiere que las actividades de Promoción de la Salud sean eficaces, es necesario tomar otras medidas complementarias de naturaleza económica y social para abordar los problemas más urgentes, prestar asistencia pública a los segmentos más necesitados de la población, eliminar las iniquidades y, al mismo tiempo, lograr que en el futuro disminuyan las necesidades de atención sanitaria que tiene la pobtación.[5] Haciendo énfasis en la importancia de que las personas de manera individual y colectiva participen con una persistente responsabilidad en el fomento y mantenimiento de su propia salud.[24]

Se ha demostrado que más de 70% de las enfermedades infecciosas y enfermedades no transmisibles se pueden evitar solo con mejorar las condiciones de vida y del ambiente y de los inadecuados hábitos de vida.[5,16,29,47] Esa disminución guarda relación con las disminuciones de la prevalencia de los factores de riesgo principales, es decir con el hábito de fumar, la hipertensión, las hiperlipidemias, las dietas ricas en grasas, el sedentarismo, el abuso de drogas y la ansiedad[58] También se ha demostrado que la **más efectiva y eficiente inversión para el desarrollo** es la que se hace para **fomentar nuestra Salud** y prevenir enfermedades. Porque el desarrollo económico del ser humano, la familia y la comunidad dependen directamente del estado de salud de sus componentes. Que se explica con el siguiente ejemplo de la vida.[6]

Amigo trabajador en salud, empresario, gobernante o comerciante (con el debido respeto y disculpa) piense un poco y reviva los momentos cuando tú o uno de tus seres amados (hijo, madre, padre, pareja, hermano, etc.) padeció o murió por una enfermedad (diarrea, virosis, neumonía infarto trombosis, cáncer, diabetes, artritis, intervención quirúrgica, accidente, etc.). Ahora saca cuentas.

¿Cuánto gastaste o gastaron para restituir su salud?,
¿Cuánto gasto el patrono?,
¿Cuánto gasto la institución que lo atendió?,
¿Cuánto dejo de producir para su hogar o la empresa?
¿Cuánto tiempo útil u horas productivas se perdieron?
¿Cuánto sufrimiento, dolor y angustias padecieron usted y tus seres amados?
¿Quiénes más sufrieron o fueron afectados por esas enfermedades?

Si no hubiera enfermado o muerto.

¿Cuantos recursos económicos se hubieran producido y ahorrado?
¿Cuánto dolor y sufrimiento se hubiera evitado?
¿Cuantas horas de trabajo se hubieran aprovechado?
¿Cuarto tiempo y dinero se hubiera podido ahorrar o invertir en alimentación, educación, vestido, recreación, lujo, etc.?
¿Cuánto hubieras aumentado tú productividad o la capacidad económica y bienestar en tu hogar?

Si realizas objetivamente una contabilidad simple, te harás consciente de cuan beneficioso es para ti y tus seres amados, es el que nos ocupemos por invertir en nuestra salud y en la de nuestra comunidad. Pues la salud holística es la base fundamental para el desarrollo.

Servidor público, empresario, comerciante, amigo; la prevención primaria, mediante la Promoción de la Salud es **la más rentable** fuente de capital y recursos para la capacitación, generación de bienes y riquezas.

Si se analiza en forma objetiva los conceptos anteriores se comprenderá claramente las razones por la que es una necesidad eminente el que seamos eficientes autogestionarios de nuestra salud, pues la salud contribuye al desarrollo económico. Siendo el peor error el esperar sentirse enfermo para comenzar a preocuparse por la salud. Pretendiendo que el médico milagrosamente recupere nuestra salud, cuando se ha pasado gran parte de la vida favoreciendo el deterioro de la misma con nuestros inadecuados hábitos de vida.

Es a cada uno de nosotros a quienes nos corresponde consolidar condiciones de vida y hábitos del estilo de vida que en ningún momento alteren o desequilibren la armonía de los componentes espiritual, psíquico, orgánico, social y energético de nuestra integridad como **seres humanos**, por estas razones debemos actuar con responsabilidad y conciencia preventiva que nos fomente y mantenga la salud individual, familiar y comunitaria. Porque nosotros somos los únicos choferes responsables de mantener y conducir el vehículo con que transitamos en esta experiencia terrenal.

Por ello es necesario dotar a la población de información, ideas y responsabilidad, además de estimular su libre expresión de las preocupaciones y la acción individual y comunitaria para resolver los problemas relacionados con el proceso de desarrollo humano, el bienestar del individuo y la salud.[24] De hecho todo lo que se haga por garantizar la existencia de comunidades sanas deberá considerarse como la **más eficiente inversión** para el desarrollo socioeconómico, con grandes posibilidades de beneficios futuros,[24] orientada a combatir el sufrimiento y los gastos causados por las enfermedades que condicionan el atraso y la pobreza.

La salud es el recurso prioritario para el desarrollo de los pueblos[5] por que una persona o comunidad sana garantiza:

1. Una menor cantidad de horas/hombres pérdidas por incapacidad y reposos médicos.
2. Menor incapacidad y muerte prematura.
3. Disminución o eliminación del sufrimiento y gasto del individuo o la familia en la restitución de la salud.
4. Incremento de la productividad y el poder adquisitivo con la consiguiente mejor circulación de capital, que fomenta la comercialización en la comunidad.
5. Incremento del poder adquisitivo y del individuo, la familia y de la comunidad para satisfacer sus necesidades básicas y complementarias. Además del lujo.
7. Mejoría del nivel socioeconómico y la calidad de vida de la comunidad.

10. REFORMA ASISTENCIAL

La mayoría de los países comparten la idea de que la atención médica está en crisis[42] y que la proporción del gasto público destinado a la salud a alcanzado niveles insostenibles por lo que es apremiante reducir los costos y preservar la calidad.[50]

Para hacer más eficiente el manejo de La salud, los administradores de los servicios de salud coinciden en la necesidad de transformar los sistemas de salud, con medidas como:[5,7,50]

1. Descentralización de los sistemas de salud hasta el nivel municipal con el fortalecimiento de la participación social.
2. Concentrar las acciones programáticas del sector en intervenciones eficientes que conduzcan a la eliminación o control de riesgos y a la prevención adecuadas a las necesidades de la población;
3. Desarrollo de los componentes de regulación y vigilancia sanitaria de los servicios no personales de salud, también denominados de atención al medio;
4. Profundizar en el diseño y la operación de mecanismos de cooperación y acción intersectorial y comunitario de manera complementaria y armónica al nivel local fundamentados en la investigación aplicada.

En fin orientación principalmente a la Promoción de la Salud que conllevara la prevención de enfermedades, en vez de dar énfasis excesivo y sesgado de la atención médica curativa como ocurre actualmente, cuya inversión es generalmente de tipo asistencial o por modelo de acción previsibles focalizados y aislados, sin impacto social ni político.

Los expertos de la OPS y OMS concluyen en que "Estas recomendaciones no tienen suficiente alcance, sin la urgente necesidad de **transformar** por completo los sistemas de servicios de salud, tanto a escala nacional como al nivel local, en todos los países de la región.[5]

Esta transformación debe basarse en el principio de la prioridad en la Promoción de la Salud y previsión. Ello supone desde el punto de vista orgánico y funcional, que debe crearse, a todos los niveles del sistema de salud, una red bien organizada y financiada de epidemiología aplicada que esté en condiciones de evitar las enormes pérdidas de capital humano, así como la carga intolerable que tiene colapsado a los servicios de tratamiento. Resultante de la falta de medidas eficientes para combatir las enfermedades transmisibles **evitables**, las enfermedades no transmisibles evitables y los traumatismos y accidentes evitables.[7] Además de incrementar la capacidad de hacer frente a las situaciones de desastre.[5] Pare ello es imprescindible incorporar la Promoción de la Salud o adoptar actitudes que contribuyan a evitar las enfermedades.[2,7] Además de responder verdaderamente a los problemas de salud realmente sentidos y más prioritarios, en el nivel de ejecución con políticas claras que tiendan a reducirlos actuando sobre sus causas básicas.[5,60]

El sector de salud necesita ser concebido de manera integral, de tal manera que las acciones de los diversos sectores se coordinen y complementen, no solo en área de asistencia individual sino también en la protección ambiental, y que las actividades relacionadas con la Promoción de la Salud, la prevención de enfermedades y la recuperación se interconecten.[5]

A continuación se presenta de manera practica un proyecto de investigación, con el propósito fundamental de realizar en el municipio o parroquia el diadnostico de la realidad socioeconómica y de salud existente, además de la definición de las dificultades y necesidades realmente sentidas por las familias y la comunida de la población. Para que la realidad encontrada sirva de fuente de motivación para la cooperacion armónica de recursos resolver las dificultades y satisfacer las necesidades realmente sentidad por la comunidad, mediante la participación activa de la comunidad en la aplicación de la estratégia de promoción de la salud.

Dr. Henry Barrios-Cisnero
Investigador en Salud Holística
Especialista en Medicina Interna
Director de INSALUT

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. 17 – 21, noviembre 1986. *OMS*. Ottawa (Ontario) Canadá.

2. Organización Panamericana de la Salud. El Movimiento de Municipios Saludables en América. *OPS/OMS* Agosto 1992.

3. Organización Panamericana de la Salud. La Organización Mundial de la Salud cumple 50 años. Rev Panm Salud Publica 1998; 4:282 - 6

4. Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción Regional para la Promoción de la Salud de las Américas; para el cuadrienio 1995 – 1998. *CE113/9 Esp*.2 mayo 1994.

5. De Restrepo H.E. Las Políticas de promoción de la salud en la Organización Panamericana de la Salud. Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Santafé de Bogotá, Colombia 9 – 12 noviembre 1992. *OPS*. 1992.

6. Barrios-Cisnero Henry. Salud Holística. Principios filosóficos y científicos para una vida útil saludable y feliz.1998 (*en prensa*)

7. Organización Panamericana de la Salud. Implementación de la estrategia de Promoción de la Salud en la Organización Panamericana de la Salud. *OPS/OMS*. Mayo 1992.

8. Dubey N. P. La Medicina Integrada: diferentes criterios, un solo servicio. For Mundial de la Salud 1997. 18: 62 – 4.

9. Programa de Participación Social y Educación para la Salud de la División de Promoción y Protección de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Componentes educativos de los Programas para la Promoción de la Salud Escolar. *Rev Panam Salud Publica* 2(3), 1997.

10. Barrios-Cisnero Henry. Calidad Total. Herramientas para el Mejoramiento Continuo. En Taller- Cirsode gerencia Comunitaria de Salud. El Vigía – Mérida 11 – 11 – 1995. *Biblioteca Personal*. Septiembre 1995.

11. Leeb B, Carlos. Reingieneria en los Procesos de Negocio. *Fundación "Dr. Ing. Leopoldo Garrido Miralles". Centro de Ingeniero del Estado Mérida*. Mérida, mayo 1995.

12. Conferencia Episcopal Venezolana. Los ajustes Impuestos por el FMI no deben recaer sobre los más débiles. *Diario 2001*. Caracas 9 de noviembre de 1995:7.

13. Fred R. David. La Gerencia Estrategica. 9na reimpresión. *LEGIS.* 1988.

14. Pérez Anelia, Rojas Gerardo. Productividad y calidad total en Grupos efectivos de Trabajo. *Productividad Empresarial*. Mérida 1995.
15. Barrios-Cisnero Henry. Autogerencia de Vida Saludable: modulo practico para consolidar una vida útil, saludable y feliz. Mérida. 1998 (en prensa)

16. Barrios-Cisnero Henry. Estilo de Vida, Salud y Enfermedad. Bases Científicas para la Medicina del Futuro. Consejo de publicaciones - ULA. Mayo 1995.

17. Werner David, Bower Bill. Aprendiendo a Promover Salud. *Fundación Hesperian, Centro de Estudios Educativos.*1984.

18. Bryant R, Phyllis TP, Cynthia S, Lecciones y Retos de la Planificación Familiar para que un Programa Tenga éxito. *Population Reports*. Serie j(40) Agosto 1994.

19. Barrios-Cisnero Henry. Investigación y Medicina Complementaria Perspectiva Actual *Biblioteca Personal.* Octubre 1995.

20. Parker D, Nebrander W. Acabar con el Despilfarro y la Ineficacia en el Sector Sanitario. (Mesa redonda). *Foro Mundial de la Salud*. 1994;15:113-42.

21. Paganini JM. Los Sistemas Locales de Salud (SILOS): Una Base Conceptual y Metodológica para el Desarrollo de los Municipios Saludables *OPS/OMS*. Washington D.C. USA. 1994.

22. De Restrepo H.E. La Epidemiología y las Políticas Públicas Saludables. Documento del Programa de Promoción de la Salud (HPA). *OPS*. Washington D.C. Octubre 1992.

23. Heidemann E. El Sistema Asistencial Canadiense: Costo y Calidad. *Bol Oficina Sanit Panam.* 1994; 117:381-8.

24. Organización Mundial de la Salud. Aplicación de la Estrategia Mundial de Salud Para Todos en el Año 2000. Segunda evaluación, Volumen 1 Análisis Mundial.

25. Organización Mundial de la Salud. Salud para todos en el año 2000. Estrategias. Documento Oficial No. 173.*OPS/OMS*. 1980

26. Capriles Elias. Cambio de Paradigma y Transformación de la Conciencia: En Individuos, Sociedad, Ecosistema. *Consejo de Publicaciones-ULA*. 1994:289-316.

27. Smith SE, Pyrht, Lizardi AO. El Concepto de Investigación-Acción con Participación Comunitaria en Pro de la Salud. *Foro Mundial de la Salud*. 1993; 14:320-5.

28. Organización Panamericana de la Salud. XXXI Reunión del Comité Asesor de Investigación en Salud. Rev Panam Saqlud Publica 1997; 1:471-5

29. Barrios-Cisnero H. Prevención de Enfermedades con el Estilo de Vida: Bases Científicas para la Prevención Primaria y Secundaria de Enfermedades con la Modulación de la Inflamación y la Apoptosis Celular, mediante Modificaciones del Estilo de Vida. *Biblioteca Personal.* Agosto 1995.

30. Novoa-Montero D. Epidemiología Clinica para Investigadores en Hospitales. *Laboratorio Multidisciplinario de Investigación Clínico-epidemiológica (Lab-MIC), Programa de Investigación, Unidad de Medicina Interna*. Mérida 1995.

31. Barrios-Cisnero Henry. Psicoterapia Evolutiva. Mérida 1999. *Biblioteca personal*.

32. Organización Panamericana de la Salud. Orientaciones estratégicas y Prioridades Programáticas para la Organización Panamericana de la Salud 1995 – 1998. CE113/9 Esp.2 mayo 1994.

33. Karel SG, Thomason JA. Las Investigaciones sobre Sistema de Salud, Base Indispensable del Progreso. Foro Mundial de la Salud. 1992; 13:188-92.

34. Díaz L M. Aspectos Jurídicos en la Implementación de los SILOS. En desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en Venezuela. *MSAS, OPS/OMS*. No. 2, Caracas, Marzo 1990:11-16.
35. Congreso de la República de Venezuela. Constitución de la República de Venezuela. Gaceta Oficial 1.58,5 Extraordinario de 11-05-1973.

36. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Organización Panamericana de la Salud. Las Leyes Venezolanas y el Proceso de Descentralización. En Instrumentación de las Políticas de Salud. *OPS/OMS, MSAS*, Caracas, Venezuela, Feb. 1993.

37. Congreso de la República de Venezuela. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Gaceta Oficial 33.745, 23-06-1987.

38. Congreso de la República de Venezuela. Ley Orgánica del Régimen Municipal. Gaceta Oficial 4109. Extraordinario, 15-06-1989.

39. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata. *Salud Mundial*, 1988; Ag -Spt: 16-17.

40. Bryant John H. A los diez años de Alma-Ata. *Salud Mundial*. 1988; Ag-Sp: 10-15.

41. KroegerA, Luna R. Atención Primaria de Salud. Principios y Métodos. *Edit. PAX México. OPS* 1992: 2da edic. p 639.

42. Mc Mahon R, Barton E, Piot M. Administración de la Atención Primaria de Salud: Una Guía para el Personal de Mando Medio. *Edit. PAX México, OPS/OMS*. 1989; p. 317.

43. Razum O, Görgen R, Jochen DH. Investigación Práctica en Programas de Salud. *Foro Mundial de la Salud* 1997;18:59 – 61

44. Ministerio de Relaciones Interiores. Convenio de Transferencia al Estado Mérida de los Servicios de Salud Prestados por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y por Organismos Adscritos. Caracas, 28-12-1994.

45. Asamblea Legislativa del Estado Mérida. Ley de Salud del Estado Mérida. 30-06-1995.

46. Wallack L. Dos Métodos para Promover la Salud en los Medios de Comunicación Social (Mesa Redonda) Foro Mundial de la Salud. 1990. 11:139 – 64.

47. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela, Organización Panamericana de la Salud. Toma de Decisiones en el Nivel Local de Salud. *MSAS/OPS*: Caracas 1992

48. Alberti KG. Coordinación en el Tratamiento de Afecciones Crónicas- Foro Mundial de la Salud. 1991; 12; 303-7.

49. Barrios-Cisnero Henry, Jerez Zoraida. Alimentación para la Promoción de Salud Holística. Mérida, 1999 (en prensa).

50. Creese A. Tendencias Mundiales de la Reforma Asistencial. (Sistemas de Salud). Foro Mundial de la Salud. 1994; 15:345-51.

51. Organización Panamericana de la Salud. Los Sistemas Locales de Salud en las Américas: Una Estrategia SociaI en Marcha.

52. Málaga H. Proyecto Municipios para la Salud. La Experiencia Venezolana en Congreso Internacional de Ciudades Saludables y Ecología. Madrid España 22-25 de marzo de 1995.

53. Organización Panamericana de la Salud. Red Venezolana de Municipios Hacía la Salud. OPS/RVMS. Zamora Municipio Piloto en el país hacía el año 2000. En RED Puerto Cumarebo (Venezuela) 10-11-1995 Año 1 No. 1:1.

54. OPS/RVMS. Tips. En RED Puerto Cumarebo 10-11-1995. Año 1 No. 1:2.

55. OPS/RVMS. Instituida Red Venezolana de Municipios Hacía la Salud. En RED. Puerto Cumarebo 10-11-1995. Año 1 No.1:1.

56. OPS/RVMS. Sucede en RED. Puerto Cumarebo. 10-11-1995. Año 1 No. 1:2.

57. Málaga H. La Salud el Primer Lugar de la Agenda Política del Nivel Local en OPS/RVMS. RED. Puerto Cumarebo. 10-11-1995. Año No 1:2.

58. Alleyne George A. La Actividad de la OPS en el campo de las Enfermedades no Transmisibles. Pan AM J Public Healt 1997; 2:420-27.

59. ILADIBA. A nivel mundial La Atención Médica está en Crisis ILADIBA. 1992. Enero: 20-3.

60. Ministerio de Sanidad. República de Colombia, OPS. Municipios Saludables. Declaración de Santafé de Bogotá para la Promoción de la Salud. 12-12-1991.

CAPITULO DOS

PROYECTO

ASOCIACIÓN DE LAS CONDICIONES DE VIDA CON LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD EN UNA COMUNIDAD O MUNICIPIO

SANTOS MARQUINA - ESTADO MÉRIDA

SUGERENCIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA PRIMERA ETAPA DE LA ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

CENSO SOCIOECONÓMICO DE SALUD Y DE NECESIDADES SENTIDAS EN LA COMUNIDAD

HENRY BARRIOS-CISNERO
INVESTIGADOR EN SALUD HOLÍSTICA
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN
EN SALUD TOTAL

MÉRIDA – VENEZUELA
FEBRERO 1999

1. INTRODUCCIÓN

Se propone una encuesta de prevalencia en el Municipio Santos Marquina del Estado Mérida. En la cual la incidencia, ocurrida durante 1998, de enfermedades infecciosas agudas (faringoamigdalitis, bronquitis, absceso, dermatitis, otitis media, diarrea, síndrome gripal, conjuntivitis y micosis superficial) se medirá mediante una encuesta censal que es respondida por el encuestado según la memoria de haber presentado o no la enfermedad. La prevalencia de enfermedades crónicas tales como: Asma, hipertensión arterial, cardiopatías, diabetes mellitus, artritis, hernia en cavidad abdominal, tumor benigno, convulsiones, anomalías congénitas, tumor maligno y obesidad. Se mediara en una primera instancia por la memoria de haber sido diagnosticado por algún médico y luego corroborada por una evaluación médica realizada por un especialista en Medicina Interna o en Pediatría. La prevalencia de las condiciones de vida se medirá en la encuesta censal mediante los indicadores del nivel de insatisfacción de las necesidades humanas conocida como Necesidades Básicas Insatisfecha (NIB)[1,2,3] y la escala de estratificación social de Graffar modificado (Anexo 1).

Las enfermedades infectocontagiosas agudas en estudio se encuentran entre las 25 primeras causas de morbilidad del estado Mérida y del Distrito Sanitario Mérida, reportadas en el Informe del (EPI-15) de la Unidad de Estadísticas, Coordinación Regional de Epidemiología de Mérida (Memoria y Cuenta 1997 y 1998). Las enfermedades crónicas en estudio se encuentran entre las 12 primeras causas de consulta por enfermedades crónicas, reportadas en las mimas memorias y cuentas.

Las Necesidades Básicas Insatisfecha (NBI) está constituida por cinco indicadores que refleja el nivel de satisfacción de las necesidades humanas[1] que fueron utilizados para el mapa de la pobreza de Venezuela, basado en los resultados del XII censo general de la población y vivienda 1990[1]. Encontrándose que de las 23 entidades federales, Mérida ocupa el 6° lugar entre las 10 entidades con índices menores de pobreza. En este estado del total de hogares familiares existe un 36,40% en nivel de pobreza y un 13,54% en situación de pobreza extrema.[1]

El Municipio Libertador reportó el municipio con menor índice de pobreza con 81,86% de no pobres y un 18.14% pobre y un 4,25% en pobreza extrema, apreciándose en un nivel de menor pobreza que los promedios del país y del estado Mérida.[1] Sobre la Parroquia Santos Marquinas presenta 29,86 de Necesidades Basicas Insatisfechas.

Al asociar el indicador de NBI con los perfiles de mortalidad según condiciones de vida en Venezuela apoyándose en los datos de población y vivienda de 1981.[2] El grupo de trabajo aprecio que las tasas específicas de mortalidad para diarreas, infecciones respiratorias agudas y tuberculosis mostraron gradientes muy acentuado de asociación directa con el deterioro de las condiciones de vida,[2] apreciándose que de un total de cerca de trece mil muertes menores de un año, más de cuatro mil pudieron ser evitadas. También encontraron que todas las demás causas de mortalidad estudiadas (enfermedades transmisibles, neoplasmas, enfermedades cardiovasculares, causas relacionadas con el periodo perinatal, causas externas y otras), aumentan para los estratos en los cuales existen porcentajes más altos de población con NBI. Inclusive para el grupo de causas cardiovasculares, con la excesión del grupo de enfermedades neoplásicas que por el contrario presentan leves descensos.[2]

En consecuencias, es importante llevar a cabo estudios de la incidencia de enfermedades infectocontagiosas agudas y de prevalencia de enfermedades crónicas, para ser asociadas con las condiciones de vida de los hogares y la población que permita obtener información para tomar decisiones correctas y a tiempo, que permitan el uso inteligente del conocimiento para la planificación y gerencia eficiente de la salud mediante la estratégia de Promoción del a Salud.

2. HIPOTESIS:

En este estudio se espera someter a prueba las siguientes hipótesis:

La incidencia de enfermedades infectocontagiosas agudas (faringoamigdalitis, bronquitis, abscesos, otitis media, diarrea, síndrome gripal, conjuntivitis, dermatitis y micosis superficial) es al menos tres veces mayor en las familias con estrato social (Graffar modificado) IV y V que en las familias con estrato social I y II.

La prevalencia de enfermedades crónicas tales como: Asma, hipertensión arterial, cardiopatías, diabetes mellitus, artritis, hernia en cavidad abdominal, tumor benigno, convulsiones, anomalías congénitas y tumor maligno es al menos 2 veces mayor en las familias con estrato social (Graffar Modificado) I y II que en las familias con estrato IV y V.

3. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Estimar las condiciones de vida mediante la escala de Graffar modificado y de necesidades básicas insatisfecha en los barrios y residencias del Municipio Santos Marquinas de Mérida (Venezuela).
- Estimar la incidencia de enfermedades infectocontagiosas agudas en estudio que ocurrieron durante 1998; en las familias de barrios y residencias del Municipio Santos Marquinas basado en la memoria de los entrevistados.
- Estimar la prevalencia de las enfermedades crónicas en estudio diagnosticados en las familias del Municipio Santos Marquinas, basado en un primer momento en los diagnósticos realizados previamente un médico y luego confirmados en consultas.
- Estimar la asociación entre los resultados del nivel de los estratos sociales según Graffar modificado y necesidades básicas insatisfecha con la incidencia de las enfermedades infectocontagiosas en estudio.

- Estimar la asociación entre los resultados del nivel de los estratos sociales según Graffar modificado y las necesidades básicas insatisfecha con la prevalencia de diabetes, artritis, hipertensión, infarto del miocardio, cáncer y obesidad.
- Comparar la sensibilidad, especificidad, el valor predictivo positivo, el valor predictivo negativo y el porcentaje de acuerdo entre la medida el estrato social de Graffar modificado y las necesidades básicas insatisfecha en la población estudiada.

4. DEFINICIONES:

a. ***Serán considerados casos que presentaron enfermedades infectocontagiosas agudas***, aquellos que durante la entrevista manifiesten haber presentado: 1) Síndrome diarreico porque durante el año 1998 o en lo que va de año, presento más de dos evacuaciones liquidas en un solo día. 2)Síndrome viral dado por: gripes, sarampión, rubéola, lechina, faringitis viral, 3) faringoamigdalitis, 4) bronquitis, 5) neumonía, Diagnosticada por un médico y confirmada por Rx y el tratamiento recibido, 6) Bronquitis diagnosticado por un médico y la presencia de tos productiva durante el cuadro, 7) otitis media, 8) conjuntivitis, 9) dermatitis, 10) micosis superficial. Las personas que manifiesten haber presentado alguna de estas enfermedades serán reinterrogadas por los supervisores de la encuesta que serán siempre médicos capacitados y actualizados para objetivizar la información.

b) ***La prevalencia de las enfermedades crónicas*** *en estudio, como son:* Asma, hipertensión arterial, cardiopatías, diabetes mellitus, artritis, hernia en cavidad abdominal, tumor benigno, convulsiones, anomalías congénitas, tumor maligno y obesi dad se consideran en casos a las personas que manifiesten haber sido diagnosticadas por algún médico con el diagnóstico de algunas de estas enfermedades, se le preguntar por el medicamento que este tomando y será citada por el supervisor de la encuesta para ser valorada por un especialista en medicina interna o pediatría según la edad de la persona.

c) ***La estratificación de las clases sociales según Graffar modificado*** se realiza siguiendo el instructivo descrito en el anexo 1.

De acuerdo al puntaje que obtenga en la sumatória de las cuatro categorías como son:

1) Profesión del jefe de la familia;
2) Nivel de instrucción de la madre;
3) Principales fuentes de ingreso de la familia y
4) Condiciones de alojamiento.
5) Las familias en estudio serán clasificadas en:

-Estrato Alto (puntaje 4, 5 y 6).

-Estrato Medio alto (puntaje 7, 8 y 9).

-Estrato Bajo (puntaje 10, 11 y 12)

-Estrato Obrera o Pobreza (puntaje 13,14,15 y 16) y

-Estrato Pobreza Extrema (puntaje 17,18,19 y 20).

d) ***Los Indicadores de Necesidades Básicas Insatisfecha*** *se utilizan:*

1) Los hogares con niños en edad escolar (7 a 12 años) que no asisten a la escuela,
2) Hogares en hacinamiento critico como aquellos en las que exista más de tres personas por cuarto utilizado para dormir,
3) Hogares en viviendas inadecuadas considerándose para ello a los ranchos o viviendas con una habitación y condiciones inadecuadas o improvisadas,
4) Hogares en viviendas sin servicios básicos como agua corriente o excusado y
5) Hogares con alta dependencia económica, en el se contemplara aquellos hogares con más de tres personas por ocupado, cuyo jefe de hogar no haya alcanzado una escolaridad de tres grados o tres años.

Siguiendo los criterios empleados para el Mapa de pobreza.[1] Al aplicar los indicadores citados, se obtendrá tres estratos de acuerdo a las situaciones de satisfacción de las Necesidades Básicas.

e) ***Variables*** *(Ver instrumento para recolección de datos en anexo 4.2)*

1. Variables Independientes:

a) Estrato Social según Graffar Modificado:

I Estrato Alto. II Estrato Medio alta. III Estrato Medio Baja.

IV Estrato Obrera. V Estrato Pobreza Extrema.

b) Necesidades Básicas Insatisfecha.

1) Hogares en Necesidades Básicas Satisfecha. 2) Hogares Pobres.

3) Hogares en Pobreza Extrema.

2. Variables Dependientes:

a) Incidencia de Enfermedades Infectocontagiosas Agudas.

1) Faringoamigdalitis, 2) Bronquitis, 3) Neumonía, 4) Absceso,

2) Dermatitis, 6) Otitis Media, 7) Diarrea, 8) S. Gripal,

9) Conjuntivitis, y 10) Micosis Superficial.

b) Prevalencia de Enfermedades Crónicas. 1) Asma, 2) Hipertensión Arterial, 3)Infarto del Miocardio, 4) Enfermedad Coronaria, 5) Trombosis Cerebral, 6) Insuficiencia Cardiaca, 7) Diabetes Mellitus, 8) Artritis, 9) Hernia en cavidad abdominal, 10) Tumor benigno, 11) Convulsiones - Epilepsia, 12) Anomalías Congénitas, y 13) Tumor Maligno.

3) Variables Demográficas:

1) Edad, 2) Sexo, 3) Estado Civil, 4) Nivel Educativo, 5) Ocupación Actual.

4) Variables Explicativas:

-Animales con la familia, - Vivir en zona de riesgo,

-Orilla de río o quebrada, -Drenajes de Aguas Negras sin empotrar,

-tratamiento de aguas blancas, - Nivel Educativo de padres, y

- Sueldos y Salarios obtenidos por la familia.

5) Variables intervinientes:

-Consumo de drogas legales o ilegales.

6) Variables de Confusión:

- Hábitos alimenticios que conforman la dieta diaria. - Nivel Educativo de la persona. - Vivir a orillas o próximo a drenajes de agua negra abierta.

f) ***Asociación de la Incidencia y Prevalencia con las condiciones de vida***. Como se trata de un estudio transversal sin que se determine precozmente la enfermedad (estudios de PREVALENCIA), en este submodelo se selecciona una población, casi siempre una comunidad humana y se determina conjuntamente en ella la presencia de enfermedad a través de una definición estandarizada y la presencia o ausencia de uno o más factores de exposición o características estables de los individuos (Novoa Montero 1995).[3] Empleándose el siguiente esquema correlación.

TABLA DE CONTINGENCIA

		ENFERMEDADES O CARACTERISTICAS		
		Presentes	Ausentes	TOTAL
FACTOR	PRESENCIA	a3	b3	a3+b3
	AUSENCIA	c3	d3	c3+d3
	TOTAL	a3+c3	b3+d3	a3+b3+c3+d3

RELACIONES QUE SE GENERAN

$$\frac{a3}{a3+b3} * 100 = \text{Prevalencia de la enfermedad entre los expuestos.}$$

$$\frac{b3}{a3+b3} * 100 = \text{Ausencia de la enfermedad entre los expuestos.}$$

$$\frac{c3}{c3+d3} * 100 = \text{Prevalencia de la enfermedad entre los no expuestos.}$$

$$\frac{d3}{c3+d3} * 100 = \text{Ausencia de la enfermedad entre los no expuestos.}$$

$$\frac{a3}{a3+c3} * 100 = \text{Proporción de enfermos con el factor presente.}$$

$$\frac{b3}{b3+d3} * 100 = \text{Proporción de no enfermos con el factor ausente.}$$

$$\frac{c3}{a3+c3} * 100 = \text{Proporción de enfermos con el factor ausente.}$$

$$\frac{d3}{b3+d3} * 100 = \text{Proporción de no enfermos con el factor ausente.}$$

ESTIMACIÓN DE LA FUERZA DE ASOCIACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Razón de Proporcionalidad (R.P) (Razón de rateos).

$$R.P = \frac{\frac{a3}{b3}}{\frac{c3}{d3}} = \frac{a3 * d3}{b3 * c3} = \frac{\text{Rateo para el factor presente}}{\text{Rateo para el factor ausente.}}$$

5. MÉTODO DE PROCEDIMIENTO

Este estudio transversal se llevara a cabo en el Municipio Santos Marquinas del Estado Mérida (mapa 1). El estudio piloto se realizara en el barrio el Barrio San Buenaventura de la Parroquia Montalban del Municipio Campo Elías y el estudio definitivo en los barrios y residencia del Municipio Santos Marquina.

La población a ser estudiada comprende todos los miembros de la familia que residen en el municipio en estudio, independientemente de la edad y el sexo. Exceptuando a las personas que para el momento del censo están fuera del espacio territorial demarcado.

Las unidades primarias de estudio serán: las manzanas de cada barrio o y los pisos de cada edificio residencial y las unidades secundarias serán en las casas o apartamentos existentes en lugares de estudio. Las unidades observacionales serán las personas que residen en cada vivienda, haciéndose énfasis en los núcleos familiares.

5.1 Interrelación con la Comunidad:

La motivación, para que la comunidad participe activamente en el estudio desde la fase de diseño de la encuesta de redacción datos. La realización de censo de vivienda y sectorización del municipio, la realización del censo familiar y la discusión de los resultados, además de la planificación y ejecución de los proyectos de intervención en comunidad para eliminar, mejorar o controlar los factores de riesgo para la salud relacionados con las condiciones de vida, los estilos de vidas y el ambiente que mantienen las causas básicas de los problemas de salud y necesidades sentidas por la población. Se realizara mediante reuniones con los habitantes y los integrantes del equipo Multidisciplinario de investigación, teniendo como principio ético, una comunicación acertiva y sincera, sin imposición de valores o ideas y generadora de confianza, entusiasmo y autogestión. Para lograr este objetivo se realizaran las siguientes tres fases.

1ra. Contactar a cinco o más miembros de las asociaciones de vecinos o comunidad organizada del municipio que muestren preocupación por la salud de su comunidad, los cuales seran capacitados como entrenadores para la formación de Promotores de Salud Natural. Tendran pleno conocimiento sobre el proyecto de manera que **estén conscientes** de que es lo que se

quiere hacer, para qué, cómo se va ha realizar y como pueden cooperar para que se ejecute de manera eficiente lo programado. Además se les pedirá que la información recibida la comuniquen a otros miembros de la Junta de Vecinos y a los líderes natos de la comunidad, para concertar una reunión con ellos y los investigadores.

2da. Reunión con todos los miembros de la asociación de vecinos y reuniones, con otros líderes de cada comunidad en estudio para explicarles el proyecto y su tecnología de manera que estén conscientes de lo que se quiere hacer, para qué y se definan las actividades que se va a seguir para lograr el censo socioeconómico y de salud, diagnóstico. Donde se estudiaran:

1) Factores demográficos.
2) Condiciones de la vivienda.
3) Nivel educativo.
4) Estrato Socioeconómico según Graffar modificado y Necesidades Básicas Insatisfechas.
5) Necesidades sentidas por la familia.
6) Incidencia, prevalencia y mortalidad en el año inmediato anterior.
7) Características de los servicios públicos de las viviendas.

3ra. Presentación a la población la realidad encontrada y basándose en la priorización de las causas básicas que mantienen los problemas de salud (condiciones de vida, estilo de vida y ambiente) y de las necesidades sentidas por la comunidad. En un taller se llegue a un consenso entre los vecinos, sobre las acciones a tomar, donde los investigadores y profesionales actúan como facilitadores y animadores para la autogestión y cooperación armónica de recursos disponibles entre la comunidad afectada de manera cada vez más eficiente a través de planes más realistas y factible. La metodología a seguir en esta fase se especifica en el "Manual para el Taller de Priorización de Necesidades y Dificultades y Planificación de Proyectos Comunitarios de Salud". Al completarse esta tercera fase se termina con el presente proyecto. Constituyéndose de esta manera bases para el desarrollo de líneas de investigación, donde se

ejecuten estudios de cohorte o de intervención en comunidad que se generen a partir de este estudio de Prevalencia.

El desarrollo de las líneas de investigación estará centrada en torno a la ejecución de proyecto de ***investigación aplicada participativa***[5,6,7] planificadas en los talleres para priorización de dificultades y necesidades y planificación de proyectos comunitarios de salud. Realizados con fundamentos de las herramientas de Gerencia Estrategia y la Estrategia de Promoción de la salud.[7]

5.2 Tamaño de la Muestra:

Según se aprecia a continuación.

La el Municipio Autónomo Santos Marquina, tiene una extensión de 92 Km^2, esta conformada por treita y siete centros poblados.[8] (Ver tabla 1) La población estimada para 1999 es de 11.876, lo que equvale a un promedio de 2375 hogares[9] El estudio transversal se realizara de manera progresiva iniciando los barrios de la capital del municipio y luego en los centros poblados rurales.

En vista a que el estudio censal se desarrollara en barrios con pocas casas (menos de 500 viviendas), se tomara todas las casas como unidades censables y la muestra serán iguales a toda la población que habita en cada barrio censado.

La cifra prevista de cada población a estudiar será sobre la base de los habitantes de cada vivienda. Al terminar el levantamiento del censo tendrá el tamaño preciso de la muestra por persona.

6. RECOLECCIÓN DE LOS DATOS CENSALES:

Previa información motivación de las familias para su participación y colaboración en el censo, a través de: contactos personales, la TAM, la radio y la prensa local y volantes. Además del consentimiento de los representantes de cada hogar, el censo se realizará siguiendo la metodología de los empadronadores de la oficina central de estadística e informática de Venezuela (OCEI).[9,10] Para este fin se actualiza y adaptará a las necesidades del estudio el "Manual del Empadronador, cuestionario básico del censo 90".[12] Creándose el “Manual de Procedimiento del Encuestador” (Anexo), donde se especifican también el cómo se adiestrará el encuestador, como se realizara la encuesta de las familias y sé realizara la supervisión del censo.

6.1 Procedimiento para el Estudio del Campo:

a) Obtención de copia del levantamiento cartográfico de los barrios en estudio, luego con la asistencia de los técnicos de la OCEI - Mérida y la participación de los líderes de la comunidad en estudio, se visitara a cada barrio para constatar la real ubicación de cada vivienda y si es necesario corregir la ubicación o colocar alguna vivienda que falte (censo de viviendas). Siguiendo la metodología que se especifica en el "Diseño de un Censo para el Diagnostico Socioeconómico y de Salud como Complemento para el Diagnóstico de la Situación de Salud del Municipio Santos Marquina. Mérida - Venezuela (Anexo).

b) En el plano levantado se realizará una sectorización en grupos de 5 viviendas por cada unidad encuestadora.

c) Luego se aplicará la encuesta y de acuerdo al número de encustadores se realizará en 2 a 3 Jornadas el levantamiento censal del Municipio Santos Marquina.

d) El vaciamiento de la información en los terminales de computación estará a cargo de algunos de los encuestadores y/o investigadores que desarrollan los proyectos de investigación.

e) El análisis estadístico estará a cargo del Centro de Investigaciones e Informática y Diseño Instrumental de la Facultad de Humanidades y Educación.

Se espera tener listo todo el levantamiento del censo del municipio para el 30 de Mayo de 1999 y el informe final de este estudio para más tardar el 01 de Julio de los corrientes.

7. ESTUDIO PILOTO Y PERIODO DE ESTUDIO

En Mayo de 1996 se llevo a cabo un estudio piloto, con fin de probar las bases teóricas del trabajo, las diferentes partes de la encuesta censal, mejora la coordinación y la cooperación del equipo eficiente de trabajo y los errores intraobservador e interobservador. Para este trabajo se realizara otro estudio piloto en abril de 1999, en los Barrios Pueblo Nuevo y Simón Bolivar, del Municipio Libertador, con la saesoria de la Oficina Central de Estadistica e Informatica, región los Andes. Con la Cooperación de los estudiantes de la Escuela Superior de Medicina Natural.

Con el estudio piloto se espera saber cuales bases teóricas son efectivas, cual es la validación interna del instrumento de recolección de datos, que debemos corregir y cuales debemos eliminar y también realizar las mejoras y correcciones necesarias de la metodología y técnicas a emplear para asegurar la realización de un estudio con excelencia y eficiencia.

ESQUEMA DE ANÁLISIS

Todo los datos recogidos de cada variable se almacenaran en una base de todo tipo DBase III plus, usando un manual de decodificación y posteriormente serán analizados por el Licenciado Levis Guillen, Cordinador de la OCEI. Región los Andes. Este estudio enfocará el análisis de los datos en dos (2) fases.

1ero. Luego del resumen descriptivo de los datos se realizará el examen de distribución de frecuencia de las variables en estudio de las comunidades en estudio y destacará si existe falta de asociación espuria o indirecta entre las variables en estudio. El esquema a utilizar para estas estimaciones se puede ver en los ejemplos de las tablas 1 y 2.

2da. En esta fase se realizará el análisis estadístico diferencial y epidemiológico entre las variables principales con el fin de estudiar si existe la ocurrencia de asociaciones y en vista a que se comparan variables tipo atributo independiente con otro atributo dependiente, se utilizarán como métodos estadísticos la tabla de contingencia, el Chi-cuadro y además se medirá la fuerza de asociación entre las variables principales mediante la estimación la razón de proporcionalidad, riesgo atribuible, riesgo atribuible porcentual y riesgo atribuible poblacional. También se investigara el efecto de las variables de confusión por medio de la tabulación cruzadas de las variables en estudio con las sospechas de ser de confusión, tanto en los casos como en los controles.

TABLA N° 1

TABLA-GUIA

PARA EXAMINAR LAS DISTRIBUCIONES DE FRECUENCIA POR PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRONICAS (2)

CATEGORIAS (1)	HIPERTENSION ARTERIAL				INSUFICIENCIA CORONARIA				INFARTO DEL MIOCARDIO				DIABETES MELLITUS (3)			
	SI		NO		SI		NO		SI		NO		SI		NO	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1																
2																
3																
.																
.																
.																

1. Por Ejemplo: Edad, sexo, estado civil, nivel educativo, trabajo actual, proximidad de aguas negras, café, tabaco, alcohol, sedentarismo, etc.
2. También puede ser incidencia de enfermedades infectocontagiosas agudas.
3. Infarto del miocardio, accidente cerebro vascular, insuficiencia cardiaca, artritis, diabetes, cáncer, obesidad.

TABLA N° 2.1

TABLA-GUIA

PARA RESUMIR LA DISTRIBUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE ENFERMEDADES NFECTOCONTAGIOSAS Y EL ESTRATO SOCIAL SEGUN GRAFFAR MODIFICADO

ENFERMEDAD (1)	ESTRATO SOCIAL (2)									
0 SINDROME	**I**		**II**		**III**		**IV**		**V**	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
PRESENTE										
AUSENTE										
TOTAL										

1. Síndrome gripal, amigdalitis, otitis, bronquitis, neumonías, sarampión, lechina, rubéola, síndrome diarreico.2. También Necesidades Básicas Insatisfecha.

TABLA N° 2.2

TABLA-GUIA

PARA RESUMIR LA DISTRIBUCION DE LA PREVALENCIA DE ENFERMEDADES CRONICAS Y EL ESTRATO SOCIAL SEGÚN NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS

ENFERMEDAD (1)	ESTRATO SOCIAL					
HIPERTENSION	(NBS)		(NBI)		(PEXT)	
ARTERIAL	N°	%	N°	%	N°	%
PRESENTE						
AUSENTE						
TOTAL						

1. Infarto del miocardio, accidente cerebro vascular, insuficiencia coronaria, Insuficiencia cardiaca, artritis, diabetes, cáncer, obesidad.

8. JUSTIFICACION:

Este estudio de prevalencia donde se intenta establecer la asociación entre los niveles de estratos socioeconómicos según Graffar Modificado y Necesidades Básicas Insatisfecha con la incidencia de enfermedades infectocontagiosas agudas y la prevalencia de enfermedades crónicas, para relacionar los perfiles de morbilidad y prevalencia con las condiciones de vida. Es la etapa diagnostica del proyecto de Promoción de la Salud, basándose en las realidades encontradas se planificaran proyectos de investigación operativa con la comunitaria para la modificación positiva de las condiciones de vida, los hábitos del estilo de vida y las condiciones del ambiente, fundamentados en Promoción de la Salud.

También se espera desarrollar y probar la metodología de procedimiento científico de la investigación transdisciplinaria aplicada participativa.

Los conocimientos que se adquieran, podrán ser útiles para desarrollar métodos y técnicas administrativas para aplicar de manera eficiente la estrategia de Promoción de la salud. Además este estudio se propone como un modelo de investigación transdisciplinaria aplicada participativa, donde las comunidades tengan un **rol protagónico**, cooperando armónicamente en la autogestión de la salud con fundamentos en la Promoción de la Salud holística, que sirva para futuros estudios clínico-epidemiológicos y en la implementación de políticas para el manejo eficiente de la salud, en el ámbito nacional e internacional.

9. INSTITUCIONES QUE APOYAN EL TRABAJO

El Instituto de Investigación en Salud Total a través del investigador principal (Henry Barrios-Cisnero), la Comunidad del Municipio Santos Marquina cooprara con el financiamiento del Proyecto, la Fundación Salud Para todos del Municipio Libertador de Mérida, donde se realizara el estudio piloto, la Corporación Merideña de Salud a través del Epidemiólogo regional Ilse Molina; la OCEI seccional Mérida quienes asesorarán el desarrollo del censo, Tambien se espera que cooperen con el financiamiento de la segunda etapa del

proyecto de Promoción de la salud, el CONICIT Mérida y el Programa de Subvenciones de la Organización Panamericana de la Salud. Igualmente podrían participar en el financiamiento el Proyecto "Agua Fresca de Maraven", filial de Petróleo de Venezuela y la Corporación Merideña de Salud.

10. ACTIVIDADES DEL ESTUDIO

1.	Preparación del Anteproyecto.	Listo
2.	Conformación del equipo de trabajo.	1 mes.
3.	Motivación de la comunidad.	2 meses
4.	Mejoramiento y Adaptación del Instrumento de recolección de datos de la encuesta censal.	Listo.
5.	Reproducción de la encuesta censal	15 días.
6.	Actualización de los Planos de los Barrios y residencias	1 mes.
7.	Actualización de las viviendas hogares.	15 días
8.	Entrenamiento de los supervisores y encuestadores	15 días.
9.	Realización del estudio piloto.	15días.
10.	Ejecución del censo.	1 mes.
11.	Procesamiento y Análisis de datos.	2 meses.
12.	Publicación.	1 mes.

13. APLICACIÓN Y GENERACIÓN DE NUEVOS PROYECTOS

RECURSOS MINIMOS PERMISBLES PARA ÉSTE PROYECTO
(Estimado 10.000 habitantes)

ACTIVIDAD	TIEMPO EN MESES	HUMANOS	LOGISTICA	DINERO (Bs.)
1.1 REDACCIÓN Y TIPÉO DEL PPROYECTO	**listo**	**1**	MICROCOMPUT.	
1.2 MEJORAMIENTO DEL PROYECTO.	**1,0**	**5**	SECRETARIA	
1.3 FOTOCOPIAS DEL PROYECYO (30)	**0,**	**1**	FOTOCOPIAD.	**5 8.500**
2.1 CONFORMACIÓN DE EQUIPO EFICIENTE DE TRABAJO	**1,0**	**12**	OFICINA DE R. ROTAFOLIOS	
2.2 CONSOLIDADCIÓN DEL EQUIPO.	**3,0**		PIZARRA	
3 MOTIVACIÓN A LA CUMUNIDAD EN ESTUDIO.	**3,0**	**10**	TRANSPORTE SALA DE REU.	
4 REDACCIÓN Y MEJORAMIENTO DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	**3,0**	**1**	MICROCOMP.	**4.500**
5 REPRODUCCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS	**0.15**	**1**	COPY PRINTER	**152.500**
6.1 FOTOCOPIA DE PLANOS EN CANTEV.	**0,03**	**1**	COPIADORA	**1 0.000**
6.2 ACTUALIZACIÓN DE PLANOS O CARTOGRAFÍA	**2 ,0**	**3**	DIBUJANTE	
ACTUALIZACIÓN DE VIVIENDAS Y SEGMENTACIÓN DE UNIDADES CENSALES	**2,0**		1 ASESOR 5 VECINOS	**25.000**
7.1 REDACCIÓN DEL MANUAL DEL ENCUESTADOR Y FOTOCOPIADO.	**listo**		FOTOCOP.	**30.000**
7.2 ENTRENAMIENTO DE LOS SUPERVISORES.	**0,5**	**15**	15 SUPERV.	
7.3 ENTYRENAMIENTO DE LOS ENCUESTADORES.	**1,0**		350 ENCUES.	
8.1 ESTUDIO PILOTO (Realizado hasta el censo)			2 SUPERVISOR.	**10.000**
8.2 PROCESAMIENTO Y REDACCIÓN DEL INFORME			25 ESTUDIANT.	**25.000**
9 EJECUCIÓN DEL CENSO EN EL MUNICIPIO	**3**	**15**	SUPERVISORES	
		100	ENCUESTADOR.	**100.000**
10 ALIMENTACIÓN DE LA BASE DE DATOS CON LA INFORMACIÓN RECOGIDA EN EL CENSO	**3**	**15**	SUPERVISORES INVESTIGADOR.	**50.000**
11.1 PROCESAMIENTO Y ANALISIS ESTADISTICO.	**1**	**3**	INVESTIGA-	
11.2 ANALISIS EPIDEMIOLOFGICO CUANTITATIVO Y CUALITATIVO.	**2**	**15**	DORES.	**200.000**
12.1 PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS A LOS VECINOS.	**1**	**15**	INVESTIGA-	
12.2 REALIZACIÓN DE TALLER DE PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES Y DIFICULTADES Y PROYECTOS.	**3**	**15**	DORES	
13.1 REDACIÓN FINAL DEL INFORME DEL ESTUDIO.	**2**	**15**	INVESTIGADOR.	
13.2 TIPEO Y **PUBLICACIÓN.**			CARTUCHO DE TINTA CANON BJI-642 (tres)	**100.000**
14 PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO DE ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN APLICADA PARTICIPATIVA O DE **INTERVENCIÓN EN COMUNIDAD**				
TOTAL				**795.500**

Figura 9
MARCO UNIFORME PARA UN ESTUDIO TRANSVERSAL TIPO CENSO

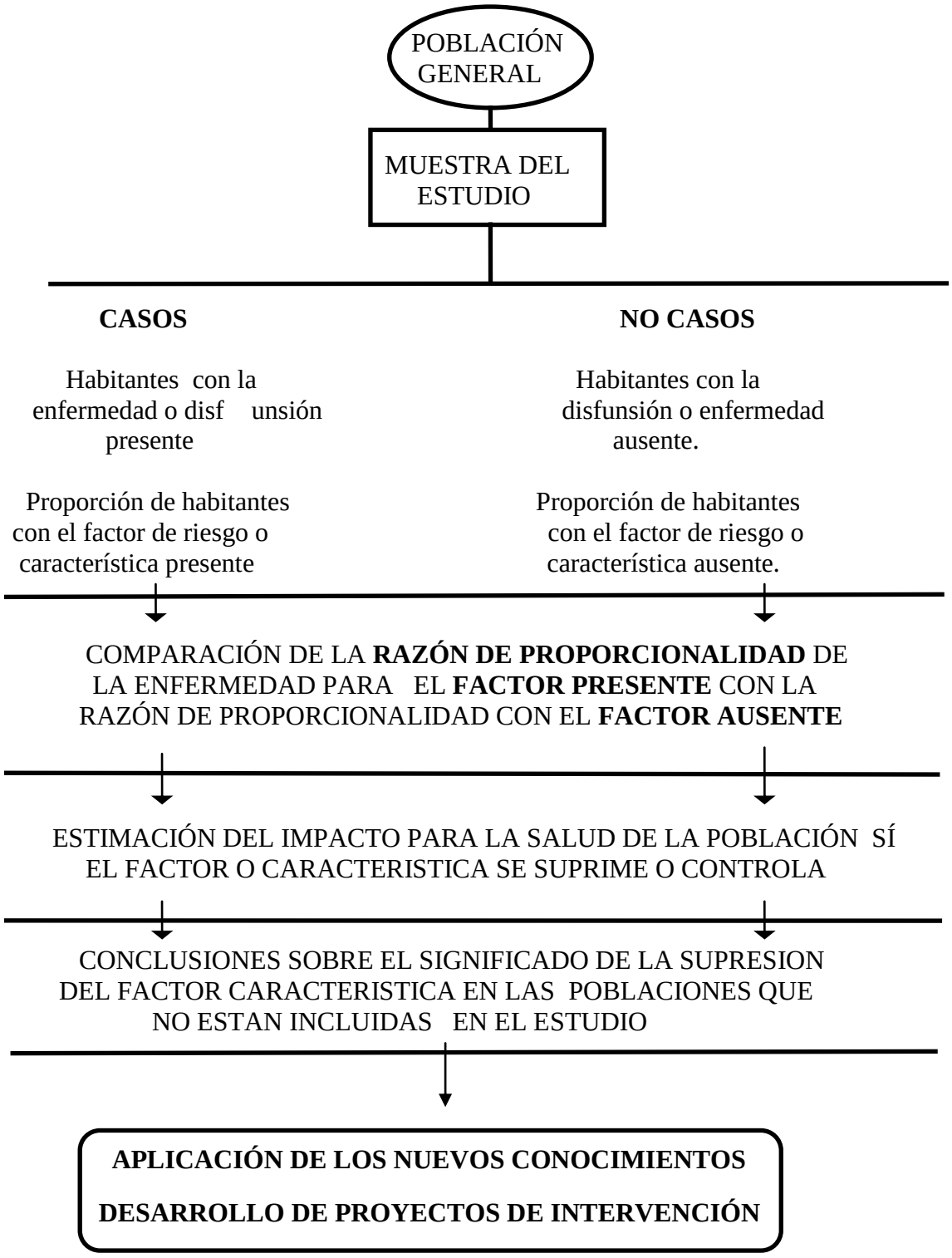


Figura 10
DIAGRAMA DE FLUJO PARA PROCESAMIENTO DESCRIPTIVO E INFERENCIAL DE DATOS

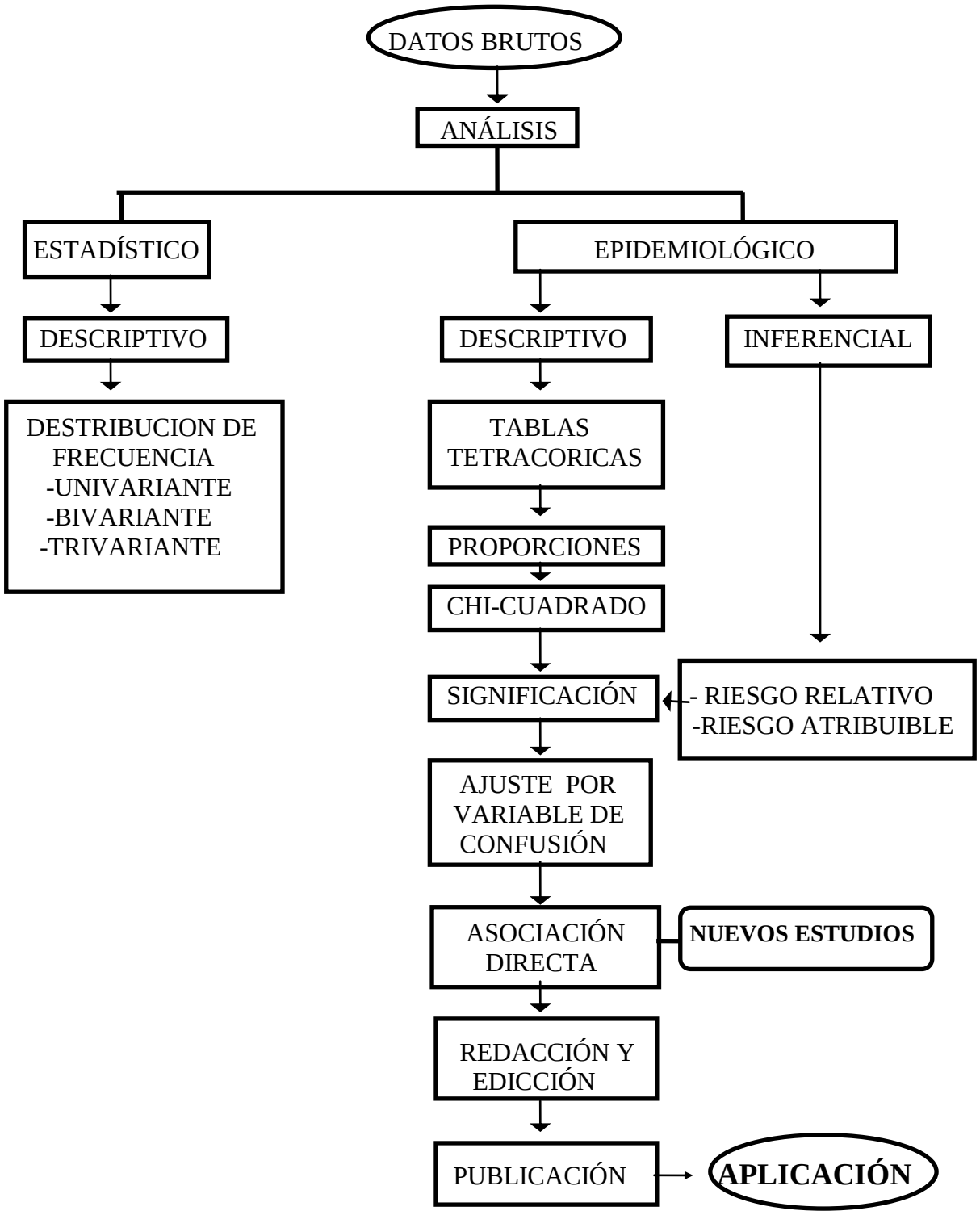
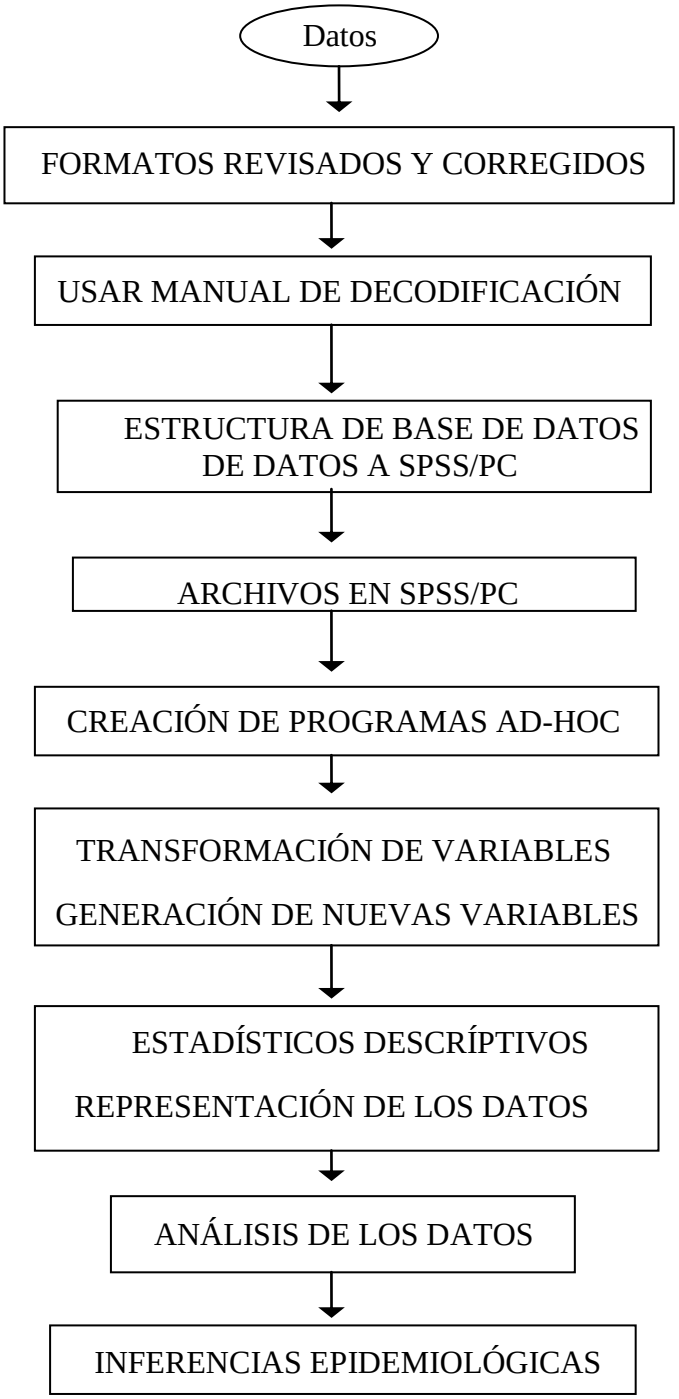


Figura 11
DIAGRAMA DE FLUJO PARA PROSADIMIENTO DE DATOS



REFERENCIAS

1. Oficina Central de Estadística e informática. Mapa de la pobreza, basado en los resultados del XII Censo General de Población y Vivienda 1990. *Presidencia de la República de Venezuela*. Caracas, Septiembre 1993.

2. Organización Panamericana de la Salud. Perfiles de mortalidad según condiciones de vida: Experiencia Venezuela. *Boletín Epidemiológico*. 1993; 14(3): 11-4.

3. Organización Panamericana de la Salud. Metodología para el estudio de desigualdades en la situación de salud. *Boletín Epidemiológico* 1993;14(2): 5-8.

4. Novoa-Montero D. Modelos Básicos de Investigación en Medicina Clínica (Enfoque Epidemiológico). Universidad de Los Andes, Unidad de Medicina Interna. *Laboratorio Multidisciplinario investigación Clínico-Epidemiológica (Lab-Mice*). Mérida. 1995.

5. Barrios-Cisnero H. Estilo de Vida, Salud y Enfermedad. Bases Científicas para la medicina del futuro. *Consejo de Publicaciones-ULA*. Mayo 1995:262-6.

6. Barrios-Cisnero H. Prevención de Enfermedades con el Estilo de Vida: Bases científicas para la prevención primaria y secundaria de enfermedades con la modulación de la inflamación y la apoptosis celular, mediante modificaciones del estilo de vida. *Biblioteca personal*. Agosto 1995.

8. Oficina Central de Estadistica e Informática. XII censo de Población y vivienda por Centro Poblado. Municipio Santos Marquina. Estado Mérida OCEI. 1990.

9. Oficina Central de Estadistica e Informática. Proyección de Población por sexo y grupo de edades periodo 1990 – 2000. OCEI.1994.

10. Barrios-Cisnero H. **Estrategia de Promoción de la Salud**. (Proyecto). Hospital Sor Juana Inés de la Cruz. Mérida - Venezuela. *Archivos del Hospital Sor Juana Inés de la Cruz.* Diciembre 1995.

11. República de Venezuela, Presidencia de la República, Oficina Central de la Estadística e Informática. Manual para las Labores de la Actualización. *OCEI.* Septiembre 1995.

12. Oficina Central de Estadística e Informática. Programa Censal 1990. Manual de empadronador, cuestionario básico M-01. *OCEI.*Caracas. Junio 1990.

ANEXO 1
ESCALA DE ESTRATIFICACIÓN SOCIAL DE GRAFFAR (MODIFICADA)

Se utilizan cuatro (4) categorías cada una con 5 niveles.

A. PROFESION DEL JEFE DE LA FAMILIA

1. Profesión universitaria, alto comerciante con posiciones gerenciales, oficiales de las fuerzas armadas nacionales:

Se consideran dentro de este grupo a las personas egresadas con títulos de universidad, ó bien propietarios de empresas, industriales o comerciantes altamente productivos ó que pertenezcan a "Cadenas" como por ejemplo: CADA, Central Madeirense, Maxy's, etc.

Pueden ser también personas que ocupen posiciones de alta dirección o gerencia en instituciones públicas o privadas (muy bien remuneradas) Así como personas egresadas de Institutos Pedagógicos o de Politécnicos Universitarios.

2. Profesiones técnicas ó medianos comerciantes o productores:

Se consideran dentro de este grupo a las personas egresadas con título de Escuelas Industriales o Técnicas de las Fuerzas Armadas o Institutos Universitarios, así como también los peritos egresados de esas instituciones, o los artistas de teatro y afines.

3. Empleados sin profesión universitaria o técnica definida, pequeños comerciantes o productores:

Se consideran en este grupo a los empleados de Institutos Privados o Públicos que no tengan profesión Universitaria o Técnica. Ejemplo: peritos de cursos cortos, secretarías, mecanógrafas, etc. También se consideran los pequeños comerciantes o productores, o sea, propietarios de negocios pequeños y empresas con menos de 5 personas incluido el dueño. Ejemplo: Propietarios de bodegas, abastos, zapaterías, talleres.

4. Obreros Especializados:

Considérese en este grupo a todos aquellos obreros clasificados o especializados. Ejemplo: tractoristas, chofer, pintor, agricultor especializado.

5. Obreros no Especializados:

Considérese en este grupo a todos aquellos obreros no clasificados o especializados. Ejemplo: jornaleros, pisatarios, vendedores ambulantes, buhoneros, servicios domésticos, trabajadores del aseo urbano.

NOTA IMPORTANTE: Esta pregunta se refiere a la profesión del Jefe de familia, y no a la ocupación, por lo tanto si el jefe de familia está desocupando o desempleado interesa conocer cuál es su profesión u ocupación habitual.

En caso de que el jefe de familia sea la madre, se debe anotar en esta pregunta cuál es la profesión de ella y también hacerle la pregunta siguiente: Si el jefe de familia es ama de casa (se clasificará en 4 sí su grado de instrucción es 3 ó 4, o sea, educación media incompleta o primaria, y se clasificará en 5 sí es alfabeta ó analfabeta.

B. NIVEL DE INSTRUCCION DE LA MADRE

Marcar con una "X" según sea la pregunta dada, atendiendo a las siguientes clasificaciones:

1. Enseñanza Universitaria o su Equivalente:
Egresados con títulos de universidades, politécnicos y pedagógicos.

2. Enseñanza Secundaria Completa o Técnica Superior Completa:
Consideradas dentro de esta clasificación a los egresados de bachillerato con título, egresados de escuelas normales o institutos de formación docente, egresados de escuelas técnicas con título (equivalente al bachiller diversificado o al título de formación docente).

3. Enseñanza Secundaria Incompleta o Técnica Inferior:
Se considera como secundaria incompleta a aquellas personas que no han cursado al menos hasta 2do año de educación media o normal. Las que hayan cursado sólo 1ero ó 2do, incompleto se clasificarán en primaria.

Se considera técnica inferior completa a aquellas personas que han realizado cursos técnicos e institutos tales como INCE, Academias Privadas, etc.; y han obtenido su título.

3. Educación Primaria o Alfabeta:

Personas que han estudiado algún grado de educación primaria o que saben leer o escribir. Considérese también las que sólo hayan cursado 1ero ó 2do año incompleto de educación media.

4. Analfabeta:

Personas que no saben leer ni escribir.

C. PRINCIPALES FUENTES DE INGRESO DE LA FAMILIA

Marcar con una "X" la casilla correspondiente a la PRINCIPAL fuente de ingreso de la FAMILIA. Se considera como principal fuente aquella que sea la base de la economía familiar. Se clasificará atendiendo las siguientes definiciones:

1. Fortuna Herededa ó Adquirida:

Suficiente cantidad de dinero heredado o adquirido que le permita vivir de sus rentas. Ejemplo: Hacienda importante, grandes negocios que en poco tiempo producen fortuna o ganancias fuertes obtenidas en juegos al azar (loterías, caballos).

2. Ganancias, Beneficios, Honorarios Profesionales:

Es aquella formada por ingresos o beneficios provenientes de las utilidades de una empresa o negocio, o bien por honorarios profesionales correspondientes a los percibidos por personas que ejercen profesiones liberales que no dependen de un sueldo, ejemplo: Médicos, abogados, asesores, etc.

3. Sueldo Mensual:

Cuando la fuente principal se deba a la remuneración sobre una base mensual o anual pero generalmente pagada mensualmente. Todos los empleados perciben "sueldo".

4. Salario Semanal:

Por día o por tarea de destajo, o ganancias o beneficios pequeños, provenientes de negocios pequeños. Se incluye en este grupo a personas que ejecutan trabajos ocasionales, vendedores a pequeña escala tipo buhoneros, taxistas.

Los obreros perciben salarios, aunque en algunas empresas cobran quicenalmente.

5. Donación de Origen público o Privado:

Son ayudas o subsidios otorgados por Organismos públicos y privados o de donaciones de origen familiar. Así padres sostenidos por los hijos, personas sostenidas por padres o hermanos, etc.

NOTA: Las indemnizaciones de seguridad social no son consideradas donaciones. Las personas que al momento de la encuesta vivan de indemnizaciones (por ejemplo: enfermos, cesantes, jubilados o pensionados), serán clasificados según la categoría a la cual pertenecían en el momento que todavía trabajaban.

D. CONDICIONES DE ALOJAMIENTO:

Marcar con una "X" la casilla correspondiente según la observación que usted mismo haga de la vivienda. Es muy importante que **sea lo más objetivo posible** en esta clasificación, siguiendo las siguientes definiciones:

1. Vivienda con Optimas Condiciones Sanitarias en Ambientes de Lujo:

Viviendas ubicadas en urbanizaciones residenciales elegantes, donde el valor del terreno y la vivienda es elevado y donde necesiten disponer de transporte propio para movilizarse. Se refiere a quintas muy lujosas con grandes jardines muy bien mantenidos sus interiores y

exteriores, amplios espacios y construcciones con materiales de lujo. Se incluyen apartamentos tipo Pent House muy lujosos, con espacios de terrazas, doble recibo, etc. Hay que tomar en cuenta el concepto de baño por habitación.

2. Viviendas con Optimas Condiciones Sanitarias en Ambientes sin Lujo pero Espaciosas:

Vivienda con áreas bien diferenciadas y espaciosas, dotadas de un jardín bien cuidado de los servicios y bienes necesarios para el confort, ubicados en urbanizaciones residenciales bien mantenidas. Se refiere a casa o quinta con áreas bien diferenciadas y espaciosas, con jardines bien mantenidos y condiciones sanitarias óptimas sin ambientes de lujo. Se incluyen los apartamentos espaciosos con áreas definidas y terrazas. Hay que tomar en cuenta el concepto de condiciones sanitarias óptimas.

3. Viviendas con Buenas Condiciones Sanitarias en Espacios Reducidos:

Viviendas con áreas reducidas bien definidas o no, y con buenas condiciones sanitarias y ubicadas en zonas residenciales, comerciales o industriales. Se refiere a casas o quintas pequeñas con buenas condiciones sanitarias, así como a los apartamentos en general.

4. Viviendas con Ambientes Espaciosos o Reducidos con Deficiencias en Algunas Condiciones Sanitarias:

Se refiere a casa o apartamento de construcción sólida, con deficiencia en algunas condiciones sanitarias (número de baño, agua, electricidad, etc.) ubicados en urbanizaciones o barrios de vivienda tipo interés social o barrios de obreros y similares en zonas comerciales o industriales.

4. Rancho o Vivienda con una Habitación y Condiciones Sanitarias Inadecuadas:

Se refiere al tipo de viviendas improvisadas (ranchos, barrancas, casas de vecindad) o viviendas de construcción estable pero en abandono, situadas en barrios marginales y con condiciones sanitarias inadecuadas. Sí en este grupo los asentamientos de damnificados y las viviendas rurales en malas condiciones sanitarias.

NOTA: En todos los casos, la falta de mantenimiento, las fallas en las condiciones sanitarias y el hacinamiento implica el descenso en las condiciones en la clasificación de la vivienda.

COMPUTO PARA LA ESTRATIFICACION SOCIAL

Colocar el valor de cada uno de los ítems anteriores en el espacio reservado para ello y luego se deben sumar. El valor obtenido es el que determina a cual clase socioeconómica pertenece la familia, según la siguiente clasificación:

PUNTAJE	CLASE	DENOMINACIÓN
4-6	I	Estrato Alto
7-9	II	Estrato Medio Alta
10-12	III	Estrato Medio Baja
13-16	IV	Estrato Obrera
17-20	V	Estrato Pobreza Extrema

Una vez obtenida la clasificación, el encuestador debe analizar si la ha hecho bien, comparando dicha clasificación con los que ha observado. Si hay duda sobre la clasificación obtenida, debe revisar los ítems marcados en cada pregunta y hacer cualquier corrección que sea necesaria.

ANEXO 2

PLANILLAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

2.1. CENSO SOCIOECONÓMICO Y DE SALUD

2.2. PLANILLA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS Y NESECIDADES REALMENTE SENTIDAS POR LA COMUNIDAD.

2.3. PLANILLA PARA PRIORIZACIÓN DE CURSOS DE CAPACITACIÓN QUE LA COMUNIDAD ESTA DESEANDO REALIZAR.

FUNDESALUH

FUNDACIÓN PARAEL DESARROLLO DE LA SALUH HOLÍSTICA

ANEXO 2:1

PLANILLA PARA IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS Y NECESIDADES SENTIDAS POR LA COMUNIDAD A NIVEL DEL HOGAR

Para que fomentemos **nuestra salud** y la de **nuestros seres amados**, es prioritario la cooperación armónica de recursos. Es fundamental compartir nuestros conocimientos, habilidades y recursos para promocionar la salud. También es necesario trabajar conformando un equipo eficiente para resolver de manera practica y sencilla problemas comunes, pues triunfamos todos unidos o fallamos juntos.
Para un desarrollo integral y armónico de tú persona, tú hogar y por consiguiente la comunidad. Te agradecerás sí contestas con la mayor sinceridad posible las siguientes preguntas**,** las cuales contribuirán a que consolides de manera eficiente una vida útil, saludable y feliz. Porque en la unión esta la fuerza necesaria para triunfar.

1. Mencione los dos principales problemas o necesidades que tienes en tú hogar en este año.
_____
_____

2. ¿ Cuál es la causa básica que mantiene esos problemas o necesidades?
1era_____
2da_____

3. ¿ Cómo crees que podremos eliminar o controlar esas causas básicas?
1era_____
2da_____

4. ¿Qué obstáculos ves para solucionar los problemas o necesidades que sientes en tu hogar?
1ero_____
2do_____

5.Menciona algún método para solucionar los problemas o necesidades citados por ti.
_____
_____

6. Si perteneces a alguna asociación u organización menciónala
_____

7. ¿ Podemos contar con tú compromiso de cooperación activa y armónica, para solucionar estos problemas y satisfacer estas necesidades de tu hogar?

SÍ_____ **NO**_____

8. En que tipo de actividad te gustaría cooperar activamente para la solución de los problemas y necesidades de tu hogar, que te afectan.
_____
_____

LA MÁS EFICIENTE Y EFECTIVA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO
QUE PODEMOS HACER POR NOSOTROS Y DE NUESTROS SERES AMADOS
ES LA QUE HAGAMOS POR FOMENTAR
NUESTRA SALUD PERSONAL, FAMILIAR Y COMUNITARIA

NOMBRE:_____ **TELEFÓNOS:** _____
DIRECCIÓN:_____

PUEDES COLOCAR CUALQUIER OBSERVACIÓN AL DORSO DE ESTA PAGINA

FUNDESALUH

INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD TOTAL

ANEXO 2.2
PLANILLA PARA IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS Y NECESIDADES SENTIDAS POR LA COMUNIDAD

Para que fomentemos **nuestra salud** y la de **nuestros seres amados**, es prioritario la cooperación armónica de recursos. Es fundamental compartir nuestros conocimientos, habilidades y recursos para promocionar la salud. También es necesario trabajar conformando un equipo eficiente para resolver de manera practica y sencilla problemas comunes, pues triunfamos todos unidos o fallamos juntos.
Para un desarrollo integral y armónico de tú persona, tú hogar y por consiguiente la comunidad. Te agradecerás sí contestas con la mayor sinceridad posible las siguientes preguntas**,** las cuales contribuirán a que consolides de manera eficiente una vida útil, saludable y feliz. Porque en la unión esta la fuerza necesaria para triunfar.

1.**Menciona los dos principales problemas o necesidades que tienes en tú comunidad.**
_____
_____

2. ¿ Cuál es la causa básica que mantiene esos problemas o necesidades?
1era_____
2da_____

3. ¿ Cómo crees que podremos eliminar o controlar esas causas básicas?
1era_____
2da_____

4.¿Qué obstáculos ves para solucionar los problemas o necesidades que sientes?
1ero_____
2do_____

5.Menciona algún método para solucionar los problemas o necesidades citados por ti.
_____

6. Si perteneces a alguna asociación u organización menciónala
_____

7. ¿ Podemos contar con tú compromiso de cooperación activa y armónica, para solucionar estos problemas y satisfacer estas necesidades de tu comunidad?

SÍ_____ **NO**_____

8. En que tipo de actividad te gustaría cooperar activamente para la solución de los problemas y necesidades de tu hogar o familia, que te afectan.
_____

LA MÁS EFICIENTE Y EFECTIVA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO
QUE PODEMOS HACER POR NOSOTROS Y DE NUESTROS SERES AMADOS
ES LA QUE HAGAMOS POR FOMENTAR

NUESTRA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

NOMBRE:_____ **TELEFÓNOS:** _____
DIRECCIÓN:_____

PUEDES COLOCAR CUALQUIER OBSERVACIÓN AL DORSO DE ESTA PAGINA

INSALUT

INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD TOTAL

ANEXO 2.3

PLANILLA PARA PRIORIZACIÓN DE CURSOS DE CAPACITACIÓN QUE LA COMUNIDAD ESTA DESEANDO REALIZAR.

TÉ AGRADECEMOS QUE SELECCIONE EN ORDEN DE IMPORTANCIA, DE ESTA LISTA 3 CURSOS QUE ESTES DESEANDO REALIZAR PUEDES ESCRIBIR ALGUNOS QUE NO ESTEN CITADO:

PROMOCIÓN DE SALUD HOLÍSTICA
PRIMEROS AUXILIOS
SECRETARIADO CONPUTARIZADO
PLANTAS MEDICINALES

MANUALIDADES	**TEJIDO**	**HORTICULTURA**
CORTE Y COSTURA	**BORDADO**	**AUTOGERENCIA DE VIDA SANA**
MUÑEQUERÍA	**ELECTROMECÁNICA**	**DESARROLLO DE COMUNIDAD**
SECRETARIADO	**ELECTRÓNICA**	**EJERCICIOS PARA LA SALUD**
PELUQUERÍA	**NATURISMO**	**ALIMENTACIÓN SALUDABLE**
CERÁMICA	**MECÁNICA**	**OTROS: _____**

1.-_____ **NOMBRE:_____**
2.-_____ **DIRECCIÓN: _____**
3.-_____ **TELÉFONO: _____**

AL CAPACITARNOS MEJOR, PODREMOS SER CON EFICIENCIA MÁS ÚTILES, SALUDABLES Y FELICES.

ANEXO 3

MANUAL PARA

EL TALLER DE PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES Y DIFICULTADES Y PLANIFICACIÓN DE PROYECTOS COMUNITARIOS DE SALUD

Dr. Henry Barrios-Cisnero
Investigador en Salud Holística
Especialista en Medicina Interna
Didirector de INSALUT

MANUAL PARA EL TALLER DE PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES Y DIFICULTADES Y PLANIFICACIÓN DE PROYECTOS COMUNITARIOS DE SALUD

OBJETIVOS:

Que la comunidad participe cooperando armónicamente para que de manera rápida y eficiente logre:

1. Identificar las dificultades y necesidades que le han limitado su desarrollo integral y fomento de la salud individual y colectiva.

2. Estructurar estrategias para la solución de dificultades y necesidades realmente sentidas por la comunidad intervenida, donde los vecinos sean los verdaderos protagonistas.

3. Redactar un proyecto de planificación y desarrollo para el fomento y promoción de la salud comunitaria con objetivos a: Corto, mediano y largo plazo.

CONFORMACIÓN DEL TALLER

RECURSOS HUMANOS (PARTICIPANTES):

Equipo de investigadores, facilitadores y observadores.

1. Hombres responsables de hogar o padre.
2. Mujeres amas de casa o madres.
3. Hombres mayores de 20 años no dueños del hogar.
4. Mujeres mayores de 20 años no dueñas del hogar.
5. Mujeres y hombres con edades entre 12 y 20 años.
6. Niños con edades comprendidas entre 6 y 12 años.

LOGÍSTICA

1. Un ambiente con mesas y sillas o pupitres.
2. 18 hojas de rotafolio.
3. 18 marcadores, 6 rojos, 6 azules, 6 negros.
4. Tirro o cinta pegante.
5. Hojas de papel tamaño carta 2 por cada participante.
6. Hojas para la jerarquización de problemas y necesidades para la jerarquización local 1 por cada 3 participantes.
7. Hojas para priorizar dificultades y necesidades para la programación 1 por cada equipo.
8. Lápiz mongol, 1 por cada participante.
9. Tres sacapuntas.

APLICACIÓN

Los pasos a seguir en la aplicación de este taller:

1. Presentarle a los miembros de la comunidad participante los resultados del censo socioeconómico y de salud, diagnóstico, de la Planilla para identificación de problemas y necesidades sentidas por la comunidad y la prioridad de selección de cursos que desean realizar

2. Generar en forma individual una lluvia de ideas, causas o soluciones que se le ocurra a cada miembro del equipo, **sin ser cuestionada** o analizada por el resto del equipo. En este nivel no se valora si la idea es muy acertada o descabellada.

3. Realizar la selección de las ideas más significativas y clasificarlas, resaltando las ideas relevantes y descartando las ideas que se dupliquen o no realistas.

4. Seleccionar el 20% de las ideas más resaltantes o con mayores oportunidades de mejora, un promedio de 5 ideas.

5. Establecer valor a cada una de las ideas seleccionadas según el esquema de valores para establecer prioridades (individualmente), teniendo presente que ninguna de las ideas ponderadas debe recibir el mismo valor que otra y luego se organizan de acuerdo a los valores descendentes.

6. Totalizar las ponderaciones individuales asignadas a cada una de las ideas seleccionadas.

7. Jerarquizar el orden de prioridad para cada idea.

8. Selección de la mejor opción para la solución de la dificultad o necesidad en estudio según la siguiente matriz.

MATRIZ PARA LA SELECCIÓN DE OPCIONES

OPCIÓN	COSTO POR IMPLANTACIÓN	HORRO ANUAL	IMPACTO	¿CONSENSO?	TOTAL
1ra	3	3	2	2	10
2da	2	2	3	2	9
3ra	3	3	1	1	8

9. Definición del tiempo útil para el cumplimiento de la meta.

10. Definición y especificación detallada de planes de acción o flujogramas de procesos de: los pasos, las acciones, las operaciones o las actividades que componen un proceso.

11. Definición de los planes para el seguimiento estable evaluaciones del cumplimiento del plan de acción (actividades, responsabilidades y tiempo útil para el cumplimiento de metas), determinación de niveles de mejoramiento en el proceso específico y mantenimiento o actualización de cualquier proceso bajo control.

MÉTODO DE PROCEDIMIENTO:

TECNICA DE ROMPE HIELO.

ETAPAS:

1era. IDENTIFICACIÓN DE DIFICULTADES Y NECESIDADES.

Fundamentándose en la metodología de jerarquización de problemas para la programación local en los sistemas locales de salud de la OMS-OPS. Todos los participantes deberán reunirse en un ambiente, sentados en círculos y nombrar un coordinador y un secretario por cada uno de los equipos de participantes y un facilitador le explicará la metodología que se aplicará en conjunto con los otros facilitadores, quienes estarán para que en el transcurso del taller se aclaren dudas o desarrolle el trabajo taller de manera eficiente.

1.1 Trabajo en **tríos**: Se dividirá el grupo total en trío quienes deberán trabajar durante 5 minutos y en las tablas para jerarquizar dificultades y necesidades anotaran en la primera columna las dificultades y necesidades realmente sentidas o apreciadas por ellos.

1.2 Una vez anotadas a cada dificultad y necesidad le colocara en las columnas denominadas en orden alfabético de A hasta la I y los valores de 0 a 2 conforme al esquema de valores que están al dorso de la tabla (**20 minutos**).

1.3 **MINIPLENARIA.** Todos los tríos deben reincorporarse cada subgrupo mayor al terminar de anotar las dificultades o al finalizar el tiempo acordado.

1.3.1 Los equipos reunidos, en la tabla para priorizar dificultades y necesidades, realizarán la sumatoria de las diez dificultades y las diez necesidades que más se repitan entre los tríos, luego jerarquizarán el orden de prioridades para la planificación de solución y las escribirán en orden en hojas de rotafolio (**15 min**.).

1.3.1.1 Para ello, los tríos deberán leer una dificultad y necesidad (sin repetir lo que otros tríos han dicho). El secretario deberá ir anotándolas en cada hoja correspondiente sin enumerarlas y cada trío marcará en su tabla las que sean leídas, para evitar repetirla y

levantaran la mano para anunciar que ellos la citaron también, de manera que el secretario anote las veces que se repite (**5 min**.).

1.3.3 Una vez anotadas todas las dificultades y necesidades en la categoría correspondiente, se procederá de acuerdo a la jerarquización de la mayoría a ordenarlas en orden de prioridad, colocándole a la más prioritaria el número 1 luego las escribirán en las hojas de rotafolio las 5 necesidades y dificultades en orden de prioridad (**10 min**.).

1.4 Planificación:

Nuevamente se dividirán en minigrupos de 5 a 9 personas, cada uno tomará 2 de las 5 dificultades y 3 de las 5 necesidades para analizarlas según las 3 decisiones de la planificación en objetivos, actividades, recursos aplicándole a cada dificultad y necesidad las siguientes preguntas (**50 min**.).

1.4.1 ¿Cuál es la naturaleza precisa de la planificación con respecto a los objetivos?

¿CUAL? Cual problema merece atención prioritaria: Esto entraña un planteamiento de la dificultad que existe y juicio sobre porque merece atención prioritaria.

¿POR QUE? Que representa para la comunidad la dificultad o necesidad es un obstáculo para la salud o el bienestar o una brecha entre lo que existe y lo que se desea o es una interferencia para el funcionamiento adecuado.

¿PARA QUE? Que bienestar o beneficio se logrará si se soluciona lo planteado.

¿QUIEN? Identificar a las personas que corren riesgo debido a la dificultad o necesidad a que están expuestos o efectados por él, donde viven y trabajan.

¿DONDE? Definir el área de afectación o influencia de la dificultad ó necesidad.

¿CUANTO? Que tanto se espera resolver de la dificultad o necesidad y en cuanto tiempo se espera lograr la meta.

1.4.2 ¿Cuáles son las decisiones necesarias respecto a las ACTIVIDADES de la comunidad para el logro de los objetivos?

¿CUALES? Identificar cuales actividades de apoyo y de desarrollo son necesarias.

¿QUIENES? Identificar quienes serán los individuos o cosas o grupo o población a donde se dirigirá cada actividad.

¿CUANTO? Definir la cantidad de cada actividad que se requiere para alcanzar la meta por ejemplo: una, dos o tres visitas o reuniones o cursos o campañas o revisiones de literatura.

¿COMO? Especificar como puede realizarse cada actividad o que variante o alternativas podrán ser utilizadas (puede haber una variedad de técnicas o métodos de procedimientos por lo que debe tomarse la más eficiente), además decidirse el tiempo, la secuencia, la frecuencia y ubicación de cada actividad.

¿POR QUIEN? Identificar a los responsables de cada tarea bien sean individuos o una brigada de actividad o un comité de trabajo.

1.4.3 ¿Cuáles son los recursos necesarios para solucionar las dificultades o necesidades?

¿CUALES? Identificar la clase de recursos necesarios: Personal, equipo y materiales, dinero, tiempo, espacio y logística.

¿CUANTO? Que cantidad de cada recurso se necesita lo cual permitirá estimar los costos y la logística.

¿ DE DONDE? Definir de dónde deben provenir los recursos, de la comunidad o de fuentes externas.

¿ HACIA DONDE? Definir hacia donde se dirigirán o serán enviados los recursos cuando sean necesarios para implementar las actividades específicas.

¿CUANDO? Cuando se utilizaran los recursos, especificándolos de manera cronológica.

¿QUIEN? Quién o quienes supervisarán o evaluarán el cumplimiento de las actividades, la adecua da utilización de los recursos y el cumplimiento de las metas.

1.4.4. MINIPLENARIA.

1.4.4.1. Se colocarán las hojas de rotafolio en la pared, cada minigrupo leerá el análisis de las dificultades y necesidad con sus correspondientes actividades de solución y el secretario los anotará en las hojas de rotafolio utilizando para ello un marcador (**20 min**.).

1.4.4.2 Al terminar de anotar todas las soluciones de cada dificultad o necesidad deberán leerse y consultarse al grupo sobre cada una de ellas. Si existe consenso se escribe el resumen y se pasa a la otra dificultad o necesidad. Si hay discrepancia se identifica subrayando con un marcador de otro calor y se sigue adelante hasta terminar (**30 min**.).

1.4.4.3 Al finalizar la actividad anterior, se discuten las soluciones donde existan divergencias hasta proponer una solución en consenso, o se plantearán un máximo de tres posibles soluciones y se seleccionará una por mayoría (votando por la señal de costumbre) escribiéndose las de primer y segundo lugar.

1.4.4.3 Al concluir el punto anterior se consulta al grupo sobre la posibilidad de lograr esas soluciones de inmediato (menos de tres meses) a corto plazo (tres meses a un año), mediano plazo (un año a cinco años) y largo plazo en más de cinco años. Identificándose cada plazo con la letra **I**, **C**, **M** y **L** de acuerdo a cada selección (**3Omin**.).

1.4.5. PLENARIA

Cada uno de los equipos leerá sus conclusiones, se discutirán las estrategias **buscando un consenso general**, se nombraran los responsables para presentar el informe final de la actividad. También se nombraran los **responsables** para cada una de las actividades de solución planificadas. Aunque cada uno de los secretarios redactara un informe, cada equipo de trabajo entregara una copia del borrador del mismo a la junta directiva de la asociación de vecinos o al equipo de s o facilitadores. Los miembros del barrio o de la fundación, se abocarán en ejecutar el proyecto de planificación y desarrollo de su comunidad o fundación de salud.

PARA OBTENER EL EXITO

DEBEMOS AL FINAL DE CADA JORNADA EVALUAR OBJETIVAMENTE CADA ACTIVIDAD Y SU IMPACTO, PARA DETECTAR LAS ACTIVIDADES A REFORZAR, LAS QUE TENEMOS QUE ELIMINAR Y LAS OPORTUNIDADES PARA MEJORAR CONTINUA E INTERMINABLEMENTE LA EFICIENCIA.

Dr. Henry Barrios-Cisnero
Investigador en Salud Holística
Especialista En Medicina Interna

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN LA INVESTIGACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD TOTAL

TABLA PARA JERARQUIZAR DIFICULTADES Y NECESIDADES

BARRIO :	MUNICIPIO:	ESTADO :

Equipo Integrado Por:

DIFICULTAD	A	B	C	D	E	F	G	H	I	TOTAL

NECESIDADES	A	B	C	D	E	F	G	H	I	TOTAL

ORIÉNTESE CON LAS INSTRUCCIONES QUE APARECEN AL DORSO O CON LOS FACILITADORES

Para establecer las prioridades de dificultades y necesidades en primer lugar defina conjuntamente con sus compañeros de equipo los 5 más importantes de las dificultades y necesidades sentidas por ustedes, las cuales anotaran en la primera columna y en las 9 columnas siguientes, denominadas en orden alfabético de la A hasta la I, se anotará los valores del 0 a 2, conforme al esquema de valores para establecer prioridades que se presenta a continuación.

ESQUEMA DE VALORES PARA ESTABLECER PRIORIDADES

	DOS PUNTOS	UN PUNTO	CERO PUNTO
A	Muy Frecuente	Medianamente Frecuente	Poco Frecuente
B	Grave	Medianamente Grave	Poco Grave
C	Fácil Solución	Difícil Solución	Muy Difícil Solución
D	En Aumento	Estático	En Descenso
E	Modificable	Poco Modificable	No Modificable
F	Rechazado	Aceptado	Deseado
G	Fácil Registro	Difícil Registro	Muy Difícil Registro
H	Requiere Recur-sos Disponibles	Requiere recursos No Disponibles	Requiere Recursos Extraordinarios
I	Fácil Acceso	Poco Accesible	No Accesible

Luego se jerarquiza el **orden de prioridad** para solucionar las 5 dificultades o necesidades, según los siguientes criterios.

- Los más frecuentes, sobre lo menos frecuente.
- Lo más grave, sobre lo menos graves.
- Lo más fácil, sobre lo más difícil.
- Lo que va en aumento, sobre lo estático o en descenso.
- Lo modificable, sobre lo no modificable.
- Lo rechazado sobre lo aceptado.
- Lo de fácil registro, sobre lo de registro complicado.
- Lo que se resuelve con recursos disponibles, sobre lo que requiere recursos extras.

EJEMPLO:

Como orientación sobre posibles Dificultades o Necesidades de la Comunidad.

DIFICULTADES	NECESIDADES
1. Falta de Cooperación en la comunidad.	1. Alcantarillado.
2. Alcoholismo.	2. Asociación de Vecinos
3. Analfabetismo.	3. Centro de Salud.
4. Bajo nivel Socioeconómico.	4. Cursos de Capacitación
5. Delincuencia y Malandraje.	5. Diagnóstico Socioeconómico o de necesidades
6. Desnutrición.	6. Escuela
7. Viviendas inhabitables	7. Hogares de cuidado o preescolar
8. Drogadicción o distribución.	
9. Enfermedades.	8. Organización Vecinal.
- Infecciones respiratórias agudas.	9. Promotores de Salud.
- Diarreas.	10. Red de Cloacas.
- Parasitosis Intestinal.	11. Red de Aguas Blancas.
- Asma.	12. Recolección de aseo.
- Desnutrición o mal nutrición.	13. Salón múltiple.
10. Insalubridad del medio ambiente.	14. Vías de Comunicación o caminos.
11. Poca fuentes de Producción y Empleo.	15. Generar fuentes de empleo.
12. Poca participación Vecinal	16. Capacitación de los vecinos.
13. Embarazos en Adolescentes	17. Empresas de Reciclaje.
	18. Vigilancia.

ANEXO 4

DISEÑO DE UN CENSO SOCIOECONÓMICO Y DE SALUD COMO COMPLEMENTO PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD DE UNA COMUNIDAD O MUNICIPIO

HENRY BARRIOS-CISNERO
INVESTIGADOR EN SALUD HOLÍSTICA
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA
DIRECTOR DE INSALUT

ANEXO 4

CENSO SOCIOECONÓMICO Y DE SALUD COMO COMPLEMENTO PARA HACER UN DIAGNOSTICO DE LA SITUACION DE SALUD EN UNA COMUNIDAD O MUNICIPIO

1. El censo socioeconómico y de salud nos aportara una objetiva y precisa base de datos sobre las características de las comunidades a servir con lo que evitaremos que se esté planificando en función a incertidumbres o supuestos.

Entre estas características destacan:

A) Aspectos demográficos de la población.
B) Características de la vivienda.
C) Composición del hogar.
D) Características educativas de la familia.
E) Características económicas.
F) Características de salud.
G) Características de los servicios públicos.
H) Nivel de participación de la comunidad.
I) Características nutricionales.
J) Necesidades sentidas por la comunidad en estudio.
K) Problemas sentidos por las comunidades en estudio.
L)Creencias y practicas fomentadoras de la salud.

Con este conocimiento podremos conocer la realidad existente en la población. Que pueden conformar los factores de riesgo o de beneficio para la salud a nivel del ser humano, la familia y la comunidad, como son:

- Condiciones de vida, medidas por medio del estrato social según Graffar Modificado y Necesidades Básicas Insatisfechas.
- Algunos aspectos de los hábitos del estilo de vida de las personas y las familias.
- Aproximación a la incidencia de enfermedades infectocontagiosas agudas.
- Aproximación de la prevalecía de enfermedades crónicas.
- Priorisación de las necesidades sentidas por la comunidad.
- Priorisación de los problemas sentidos por la comunidad.
- Conocer los recursos y limitaciones que tiene la comunidad, para eliminar, modificar o controlar las causas básicas que mantienen las principales causas de enfermedad en la comunidad. Mediante la cooperación armónica de recursos.

OBJETIVOS

¿Para qué un censo socioeconómico y de salud?

La identificación y evaluación de las circunstancias que rodean las tendencias y hechos de la promoción de la salud holística y sobre el impacto en que la modificación o eliminación de estas circunstancias producirán en la atención de salud. Nos permitirá:

1. Conformar una base de datos para identificar los elementos básicos relacionados con la salud de la comunidad a servir. Para planificar y redefinir las estrategias, objetivos y metas para la atención de la salud de una manera proactiva y efectiva y en la formulación del seguimiento de manera que se logre en forma eficiente los objetivos y metas planificadas.

2. Fundar las bases para la integración y consolidación de un equipo transdisciplinario de investigación y trabajo para el logro de los objetivos.

3. Ser una gran fortaleza y oportunidades para iniciar la capacitación del personal empleado y voluntario del municipio saludable. En la adecuada utilización de las herramientas en la realización de investigación aplicada.

4. Asentar las bases para el desarrollo de un sistema de información (Epidemiología Aplicada) que permita un seguimiento objetivo y oportuno para la adopción de decisiones que permitan redefinir sobre la marcha, la planificación supervisión, ejecución y evaluación de los procesos operativos del proyecto. Para la mejoría continua de su eficiencia en el manejo de salud.

En síntesis, le permitirá, a la comunidad, y a las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y a los líderes, conocer cual es la naturaleza precisa de los problemas, analizarlos objetivamente y decidir con gerencia estratégica cuales son los cambios que se deben hacer sobre la comunidad en estudio. En fin especificar y cuantificar de manera previsiva los recursos necesarios y la evaluación de su utilización.

- Conocer, cuales son en realidad las necesidades y problemas que merecen atención prioritaria.

- Cual es el área específica de acción y las personas que recibirán el impacto de la intervención que se planifique.

- Que tanto de los problemas se intentaran resolver, su tiempo y meta para lograrlo.

- Cuales son las decisiones necesarias respecto a las actividades ha realizar para el logro de los objetivos.

- Cual es la clase de recursos necesarios, como personal, equipo, materiales, dinero y tiempo que se utilizarán en cada actividad y quienes lo aportarán.

- Elaborar un presupuesto apropiado para garantizar el logro de las metas y objetivos planificados.

- Definir la metodología y la logística que se utilizará para satisfacer las necesidades y solucionar cada problema encontrado, actuando con eficiencia sobre la raíz o causa básica que lo mantiene.

En fin, realizar una especificación y cuantificación de manera previsiva del ¿Para qué? y ¿Cómo? utilizar los recursos y del ¿cómo se evaluara la eficiencia? y sobre todo el impacto en la comunidad intervenida.

METODOLOGÍA:

¿Qué tipo de estudio epidemiológico realizar?

Para un censo de población existen dos posibilidades de enfoque epidemiológico.

a. Un estudio descriptivo (sin hipótesis previa).

b. Varios estudios analíticos (con hipótesis previa).

Es de resaltar que, en todo estudio epidemiológico analítico lo que se hace es complementar sinérgicamente al estudio descriptivo.

En el estudio analítico se realiza cuidadosa y refinadamente todas las fases del estudio descriptivo para evitar sesgos que invaliden la información.

Los detalles comparativos entre la investigación epidemiológica en comunidad tipo censo, descriptiva y analítica, se presentan en la tabla siguiente, para que de manera objetiva nos decidamos por una de las dos posibilidades.

TABLA 1
DETALLES COMPARATIVOS ENTRE LA INVESTIGACÍON EPIDEMIOLÓGICA EN COMUNIDAD TIPO CENSO, DESCRIPTIVA Y ANALÍTICA

DESCRIPTIVAS	ANALÍTICA
- No plantea hipótesis previa.	- Parte del planteamiento de una hipótesis previa a través de observaciones anteriores.
- Se ocupa de la DISTRIBUCION del proceso salud enfermedad en relación con las variables de persona, lugar y tiempo, además de las interrelaciones entre ellos.	- Se ocupa del estudio de la ASOCIACIÓN del fomento de la salud con posibles facto- de riesgos o beneficios para la salud.
- Son estudios llevados a cabo de manera cuidadosa para describir las características de la comunidad en estudio.	- Son estudios llevados a cabo de manera más cuidadosa y refinanada para evitar vicios o sesgos.
- Son estudios transversales que nos ofrecen una base de datos confiable para futuros estudios y planificación.	- Son estudios transversales que ofrecen una base de datos confiable para estudios propectivos o retrospectivos y planificación.
- Carece de grupo de comparación.	- Siempre deben tener grupo de comparación, que se encuentra entre los miembros de la población que no tiene el proceso en estudio.
- Siempre son diseñados para relacionar variables entre si, mediante la simple frecuencia de las mismas.	- Son diseñado para examinar las relaciones entre variables y de antemano busca las asociaciones entre ellas.
- Generalmente hay sesgos de selección de grupos de individuos y muy frecuente los errores al relacionar las variables.	- En el diseño se trata a toda costa de evitar los sesgos o errores sistemáticos dejando al azar la "responsabilidad" de los errores aleatorios.

Fuente: Novoa Montero Dario 1995[1] (Modificado).

TABLA 1 (continuación)
DETALLES COMPARATIVOS ENTRE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN COMUNIDAD TIPO CENSO, DESCRIPTIVA Y ANALÍTICA

DESCRIPTIVAS	ANALÍTICA
- En general, no son concluyentes en cuanto los resultados que sé observan y en la fuerza de asociación entre frecuencia observada de una variable o característica de riesgo o beneficio y la salud en estudio.	- Generalmente las conclusiones que se obtienen son validas o constituyen una firme base para estudios más avanzados y para formular inferencias sólidas sobre el proceso en estudio.
- En general, el protocolo de diseño es poco exigente en cuanto a los principios de metodología inductiva.	- Es necesario que se inicie con la elaboración de un diseño de protocolo o proyecto de investigación que generalmente es bastante exigente y debe adaparse a las normas de las instituciones que las financia.
- El tiempo para su realización es relativamente rápido.	- El tiempo para su realización es relativamente rápido.
- Su costo es relativamente bajo.	- Su costo es relativamente bajo solo existe mayor cuidado para una objetiva, especifica y sensible recolección de datos.
- Los datos son abundantes no especificos para solo describir la distribución de frecuencia entre las variables en estudio.	- Los datos son abundantes y especificos para buscar asociación entre las variables en estudio y entre estas y las variables de confusión.
- Las variables generalmente son de relativa facilidad en la obtención y registro en los reportes que se resumen en las encuestas de trabajo.	- A menos que ciertas exploraciones médicas sea necesarias obtención y registro de las variables son relativamente fácil.

Fuente: Novoa Montero Dario 1995[1] (Modificado).

TABLA 1 (continuación)
DETALLES COMPARATIVOS ENTRE LA INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN COMUNIDAD TIPO CENSO, DESCRIPTIVA Y ANALÍTICA

DESCRIPTIVAS	ANALÍTICAS
- En general, su análisis presenta medidas de frecuencia simple, como razones, proporciones, porcentajes y raramente aplican medidas de asociación estadística y tienen poca validez; es decir las inferencias basadas en ellas son inciertas.	- Siempre aplica medidas de asociación estadística como chi-cuadro, regresión, correlación y medidas de asociación epidemiológica como razón de proporcionalidad y riesgo atribuible, las inferencias tienen gran validez.
- Son poco aceptados en las instituciones que financia investigación científica y de poco aval para concursos o ascenso en instituciones académicas responsables.	- Son bien vistos para ser financiado como investigación científica y como una buena credencial para concursos ascenso en instituciones académicas responsables.
- Son de poco valor para formar personal en investigación.	- Son de gran valor para iniciar la formación de personal de investigación.
- Son de valor para la gerencia estratégica.	- Son de gran valor para la gerencia estratégica.
- Son de utilidad para la epidemiología aplicada y conforma equipos de investigación	- Son de gran utilidad para la epidemiología aplicada y conforma equipos de investigación

Fuente: Novoa Montero Dario 1995[1] (Modificado).

POTENCIALES HIPÓTESIS PARA TRABAJOSDE INVESTIGACIÓN TRANSVERSAL ANALÍTICOS (Estudios de Prevalecía).

1. La incidencia de enfermedades infectocontagiosas agudas (Diarrea, faringoamigdalitis, abscesos, dermatitis, otitis media, sindrome gripal, conjuntivitis y micosis superficial), es al menos tres veces mayor en las familias con estrato social según Graffar (Modificado) IV y V que en las familias con estrato I y II.

2. La prevalencía de enfermedades crónicas tales como: Diabetes, artritis, hipertensión, infarto del miocardio, hernia en cavidad abdominal, tumores benignos, convulsiones, anomalías congénitas, cáncer y obesidad; es al menos dos veces mayor en las familias con estrato social según Graffar Modificado I y II que en las familias con estrato IV y V.

3. Las familias que según Graffar Modificado tienen un estrato social I y II, presentan al menos tres veces mayor índice de consumo de alcohol, tabaco y droga que las que están en estrato socia IV y V.

4. En los sectores del municipio o la comunidad en estudio, las familias que viven más próximos a drenajes de cloacas al aire libre, existe al menos cuatro veces mayor incidencia de Síndrome diarreicos, que en los sectores más alejados.

5. En las familias que los padres tiene un nivel educativo menor de tercer grado de educación básica, existe al menos dos (2) veces más riesgo de embarazo en adolescentes que en los que el nivel educativo de los padres es mayor del octavo grado de educación.

6. La prevalencía de drogadicción es al menos tres veces mayor en las familias con padres alcohólicos o que fuman cigarrillo que en los que no existe.

7. La prevalencía de delincuencia o drogadicción es al menos dos veces mayor en las familias con estrato social I y II que en las familias con estrato social IV y V.

8. Los factores de riesgo en adolescentes de 15-19 años (etapa temprana) aumentan directamente con el grado de disfunción familiar.

9. Las familias con estrato social IV y V al menos son tres veces mayores que las de estrato social I y II.

10. Las familias con miembros drogadictos (alcohólicos, mariguana, cocaína, basuco) tienen tres (3) veces mayor riesgo de accidentes en el hogar y trabajo que las que no lo presentan.

11. Las mujeres en edad fecunda que están dentro del estrato social IV y V y tienen más de dos (2) necesidades básicas insatisfecha acuden dos (2) veces menos al control de planificación familiar que los que están en el estrato social I y II y tienen todas las necesidades básicas satisfecha.

12. Existe tres (3) veces más prevalencía de déficit pondoestatural en los niños menores de 10 años de los estratos sociales IV y V que en los estratos I y II.

13. La mortalidad infantil es dos (2) veces mayor en las familias con más de dos (2) necesidades básicas insatisecha que en las que no tienen.

14. La incidencia de aborto es al menos tres (3) veces mayor en las familias con estrato social I y II que en las de estrato IV y V.

15. La prevalencía de flujo genital en mujeres es al menos tres (3) veces mayor en las familias de estrato social IV y V que en las familias con estrato I y II.

16. El promedio de dientes cariados, perdidos o empastado en menores de 15 años es tres (3) veces mayor en las familias con estrato social I y II que en las de estrato social IV y V.

17. La tasa de obesidad es tres (3) veces mayor en los estratos sociales, según Graffar Modificado, I y II que en los estratos IV y V.

18. El índice de embarazo en adolescentes menores de 15 años es tres (3) veces mayor en los hogares con madres solteras.

19. Estudio transversal para comparar las escalas de estratificación social de Graffar Modificado con la escala de necesidades básicas no satisfecha en la valoración de las condiciones de vida de la población.

¿Cómo se realizará?

Una vez que la necesidad de obtener información a través de una encuesta censal a sido identificada, (porque los datos existentes son inadecuados) y los objetivos de la investigación han sido bien definidos. Es necesario desarrollar la metodología que se va a llevar a cabo para conducir una encuesta que amerite confiabilidad. Lo cual contempla un conjunto de actividades que debe planearse y controlarse cuidadosamente, evitando tomar rutas cortas que puedan invalidar los resultados y desorientar a los usuarios. Entre las reglas que deben definirse para cumplir con las actividades interrelacionadas destacan:

1. Definir y localizar a las personas elegibles para la entrevista.

En este caso, las personas para la entrevista directa estarán conformada por los miembros de la familia mayores de 10 años que residen en cada hogar de la comunidad en estudio. Estos encuestados conforman la parte de toda la población general que esta en capacidad de dar una información confiable.

Los barrios, residencias y urbanizaciones serán encuestados por etapas. Donde un primer momento se encuestarán los barrios, iniciando por la capital delo municipio. Se continuara encuestando el resto y los 17 barrios, 18 residencias y la urbanización que conforman la Parroquia o el municipio en estudio.

2. El método de obtención de datos, consta de:

a. Preparación del material cartográfico.
b. Preparación de la encuesta censal.
C. Capacitación de los encuestadores.
d. Realización del estudio piloto.
e. Ejecución del censo.
f. Procesamiento y análisis de datos.
g. Conclusiones y publicaciones.

El número exacto de las viviendas o un aproximado de la vivienda se realizará con la cooperación activa de los miembros de la comunidad quienes realizaran la **actualización de viviendas del sector censal** (cartografía).

a. PREPARACIÓN DEL MATERIAL CARTOGRÁFICO

La actualización de vivienda se realizará siguiendo las labores de actualización de la Oficina Central de Estadística e Informática (OCEI-1995),(2) mediante las operaciones de recuento rápido, que contempla.

1. Reconocer con precisión los límites del sector.
2. Contar el número de vivienda en el sector.
3. Dividir el sector o segmentos en áreas censales.
4. Ubicar en cada área las viviendas o unidades censales.
5. Efectuar indagaciones.

1. Reconocimiento con precisión los límites del sector:

Consiste en la ubicación geográfica de la base para seleccionar las viviendas que se habrán de entrevistar en la encuesta, delimitando claramente la porción de terreno que constituye el mismo e identificando de manera apropiada y exacta sus límites. Como en este caso trabajáremos en áreas urbanas se realizaran los siguientes pasos.

- Orientar al mapa cartográfico del barrio o residencia según los puntos cardinales (norte, sur, este, oeste y centro) así como los aspectos materiales y culturales (ríos, quebradas, montañas, edificios de organismos públicos o privados comerciales y calles) reflejados en el mapa, mantenido el norte como guía de ubicación.

- Elección del **punto de partida** para realizar un correcto y ordenado reconocimiento o verificación de los límites del sector. El punto de partida siempre estará ubicado en la esquina de cuadrante superior izquierdo que este más al oeste (esquina Noreste).

- Recorrido de la totalidad de los límites del sector, comparando los límites con los aspectos naturales y culturales existentes en el terreno con respecto al plano para asegurar la **correcta identificación** del sector en actualización y diferenciarlo con los limites y las vecindades que estén fuera del segmento. Para ello comenzando en el punto de partida (extremo Noroeste del sector), desplácese en el sentido de las agujas del reloj y corresponderán al sector todas las viviendas que queden siempre a su derecha. Si detecta que no están bien identificados los límites de las viviendas, señálelos correctamente utilizando la simbología que se especifican en el cuadro 2.

2. Contar el número de vivienda en el sector:

Se realizara mediante en **conteo rapido de vivienda**, que consiste en un recorrido del sector identificado, contando y ubicando cada una de las viviendas existente en el mismo sin tomar en cuenta las viviendas identificadas como gubernamentales, comerciales y otras estructuras que no cumplan con la definición de vivienda.

SIGNOS CONVENCIONALES

+ + + + + + + + +++ Limite de Entidad.
-- . -- . -- . --.-- . -- Limite de Municipio.
-- ..-- .. -- ..--.. --.. Limite de Parroquia o Municipio Foraneo.
-- -- -- -- -- -- -- -- -- Limite del Sector o Segmento.
---? ---? ---? --- ? Limite Dudoso.

—— —— Autopista.

_____
_____ Carretera Pavimentada.
_____

========== Carretera de Tierra.

- - - - - - - - - - - - - - - Camino Carrretero.

---------- Camino.

Puente.

Río y Quebrada
---x ----x ---x Cerca.

β β β Centros Poblados.

Explotación Agropecuaria.

--->----->----> Acueducto.

Escuela.
† Iglesia.

β Vivienda. Unifamiliar.

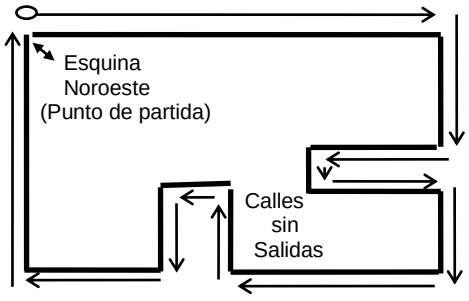
β β Casa en Hileras.

Alojamiento Colectivo

VIVIENDA: Es toda estructura construida o reconstruida que esta concebida para ser habitada por personas, con entrada independiente desde la calle o terreno, escalera o pasillo, siempre y cuando no tenga que pasa a través de recintos ocupados por otras personas.

En esta etapa se trata de identificar lo más preciso posible las viviendas, para tener la mejor aproximación posible, de la cantidad y ubicación de las viviendas que conforman el sector en actualización.

RECORRIDO: Para el conteo se comienza por la esquina noroeste o punto de partida, siguiendo siempre el sentido de las agujas del reloj, teniendo presente el avanzar siempre hacia adelante, contando únicamente las viviendas que están a su derecha, incluyéndose tanto ocupadas como desocupadas.



- El conteo se realizará por manzana, comenzando desde la ubicada en el punto más noroeste del segmento y continua siguiendo el sentido de las agujas del reloj, para recorrer y contar cada una de las manzanas hasta llegar al punto de partida.

- Utilice una hoja en el plano adicional como borrador, para llevar la cuenta por separado del número de vivienda por la calle, callejones, veredas, tales como: viviendas en construcción, locales especiales de alojamiento, hoteles, casas de vecindad, residencias, locales comerciales y viviendas familiares.

- No omita grupos numerosos de viviendas situados en calles secundarias, callejones y las ubicadas al fondo de otras viviendas, visibles o no.

- Tenga presente recorrer todas las calles, callejones, veredas, escaleras, etc.; manteniendo el sentido de recorrido.

- Llenar el formato de recuento rápido, siguiendo las instrucciones que se especifican en el manual para las labores de actualización de la OCEI (EH-108).

3. División del Segmento o Sector en áreas Censales:

Areas Censales: Son subdivisiones de los sectores por los espacios de terreno que ocupan 40 a 60 viviendas. Para realizar esta subdivisión se sigue los siguientes pasos:

- Una vez establecido los límites exteriores del sector y realizado el conteo de vivienda, realice la delimitación y numeración del mismo en áreas. Establecidos los límites para cada área, sobre elementos naturales o culturales identificados en el terreno. Para tal fin se utilizan avenidas, calles, callejones, postes de alumbrado eléctrico, etc. Remarcando los límites del área con un resaltador rojo.

- Numerar las áreas en el mapa o croquis, en secuencia comenzando con el número "1" en el área más noroeste, siguiendo siempre el sentido de las agujas del reloj según el acceso.

4. Ubicar en cada área las Viviendas o Unidades Censales.

En el plano de cada área inicie siempre por la vivienda ubicada en el extremo noroeste del área la cual tendrá el número uno (1), luego recorra a la manzana en el sentido de las agujas del reloj y liste cada una de las viviendas que estén a su derecha, en el orden como llegue a ellas, continuando la numeración ascendente en el orden como se va encontrando el acceso a cada vivienda independiente.

En los casos de viviendas ubicadas en edificios, se comienza por el Pent-house o último piso. En cada piso se inicia la enumeración por el apartamento que esta inmediatamente a la derecha de la escalera principal, realizando el recorrido y enumeración en U hasta llegar al punto de partida. Luego se pasa a los pisos subsiguientes inferiores haciendo el mismo recorrido hasta llegar a la planta baja.

UN CENSO COMPLETO, DEBE AVANZAR A TRAVES DE TODAS LAS CALLES, CALLEJONES, CAMINOS, PASAJES, VEREDAS, ESCALERAS, PASILLOS, PASADIZOS, ETC.; EN EL AREA.

Debe contar y enumerar durante el recorrido:

- Viviendas ocupadas y desocupadas.

- Locales comerciales, que sirvan de vivienda para alguna(s) personas tales como: Abastos, hoteles y oficinas donde residen personas.

- Colectividades, tales como: pensiones, casas de vecindad y residencias estudiantiles.

- Todos los recintos que tengan residentes habituales, tales como: viviendas, habitaciones, locales fijos o móviles que no han sido construidos para fines de alojamiento: Locales de trabajo, barracas, trailers, cuevas, carpas u otros albergues que para la fecha de la actualización sé encuentren habitados.

En los hoteles y residencias donde hay residentes habituales deben listar cada habitación que es utilizada como vivienda. Para obtener esta información apóyese en el encargado o responsable del local.

5. Efectuar Indagaciones: **¿Cuándo debe efectuar indagaciones?**

Cuando sospeche que en una parcela hay más de una vivienda, algunos indicios podrían ser: más de un medidor, más de una entrada, más de una estructura, varias puertas, varios cableados eléctricos, dos o más timbres o intercomunicadores, varios buzones de correo o cualquier otro detalle que a usted le permita dudar.

* En los hoteles.
* En los locales comerciales, aún cuando aparenten ser no residenciales.
* En los edificios.
* Cuando no tiene posibilidades de ver la mayor parte de la parcela.

¿Cómo Efectuar las Indagaciones?

Siempre que pregunte acerca de las relaciones de convivencia que ligan a un grupo de individuos, diríjase a una persona responsable. Por lo general, deberá tratarse de un adulto que viva en la estructura.

En las estructuras que contienen muchas viviendas será generalmente el conserje, cuidador u otra persona responsable. Por lo general, deberá tratarse de un adulto que viva en la estructura.

En las estructuras que contienen muchas viviendas será generalmente el conserje, cuidador u otra persona encargada que den la información. En caso de no encontrar a nadie en la vivienda en el local. Haga las preguntas necesarias para poder determinar

cuantas unidades existentes allí a un vecino. No haga un nuevo viaje a la estructura al menos que no encuentre alguna persona que le pueda dar información.

Siempre debe presentar su credencial e identificarse ante la persona que le está suministrando la información, como un funcionario del HSJIC, sea respetuoso y cordial, entregue al informante el material publicitario y la carta, explique la razón de su visita.

EN RESIDENCIAS:

¿Hay locales de alojamiento ocupados o desocupados y destinados a más de una familia o a huéspedes en esta casa?

Si el respondiente indica que en esa vivienda se aloja más de una familia, haga otras preguntas adicionales para determinar si la misma esta ocupada o existe una vivienda separada.

Si por ejemplo el respondiente dice que otra familia ocupa el 2do piso de una vivienda de dos plantas, pregunte si tiene una sola entrada para la planta alta, si la respuesta es afirmativa liste una sola vivienda. Si la familia de la planta alta tiene acceso mediante una entrada separada, liste como dos viviendas separadas, en línea diferente en el registro del listado, los alojamientos de cada uno de los pisos.

Antes de retirarse de la estructura, pregunte, si hay alojamiento ocupados o desocupados detrás de la vivienda o en cualquier otra estructura de la propiedad. Si existen tales alojamientos, listelo en registro de listado. No liste estructuras que estén fuera de los límites de área de listado aún cuando pertenezca a la misma propiedad.

Luego de culminada la indagación, agradezca al respondiente y dígale: "Para la encuesta se seleccionará todos los hogares, volveremos más adelante para obtener información".

EN CASO DE APARTAMENTOS:

* ¿Cuantos apartamentos hay en edificio?
* ¿Cómo están enumerados o identificados?
* ¿Hay alojamientos separados para el cuidador y el administrador?
* ¿Hay locales de alojamiento-ocupados o desocupados en algún otro edificio de esta propiedad?

EN ESTRUCTURAS NO RESIDENCIALES:

Indague acerca de las estructuras que se encuentran dentro del área del listado a fin de que puedan listar todos los locales de alojamiento, es decir, también debe indagar en las estructuras no residenciales. Ejemplo: personas que viven en una fábrica o planta industrial, en un edificio de oficina, en una iglesia, etc.

C. PREPARACION DE LA ENCUESTA CENSAL:

En la preparación del instrumento de medición para la encuesta censal, luego de tener claras las metas del censo socioeconómico y de salud, con la especificación de las variables a medir con la mayor validez, objetividad, especificidad, sensibilidad posible de las características en estudio. Se realiza la especificación de las características que se van a medir y las preguntas en la encuesta censal que las velaran tal y como se presenta en el Instrumento para la recolección de datos, denominado "Censo de Vivienda y Familiar (Anexo 1).

Características a medir y preguntas que las miden: (Ver anexo 1)

1. Características de la vivienda (Tenencia y condiciones) en preguntas 1 a 11, 25 a 41 y 42 a 53.
2. Servicios públicos de electricidad, aguas blancas y servidas y aseo en preguntas: 12 - 16.
3. Tratamiento de aguas blanca en preguntas: 15.
4. Presencia de animales domésticos en preguntas: 17.
5. Riesgo por ubicación del hogar: 18 a 24.
6. Ambientes de la vivienda, su espacio, ventilación, iluminación y limpieza: 42 a 52.
7. Hacinamiento y promiscuidad etaria y sexual: 53, 54, 55, 56
8. Equipamiento con equipos electrodomésticos de la vivienda: 25 a 41.
9. Variables demográficas como edad, sexo, profesión, estado civil, migración: 56 a 61.
10. Mortalidad: 58.
11. Educación en alfabetismo, nivel educativo, deserción escolar y profección: 63 a 65.
12. Fuerza de Trabajo, Población productiva, profesión, ocupación, desempleo: 66, 67, 69 y 70.
13. Subsistemas de atención de salud: 68.
14. Características económicas del hogar y comunidad: dependencia de gastos, ingresos y fuentes de ingresos: 67, 69 y 70.
15. Características personales de salud y reproducción y algunos hábitos del estilo de vida: 71 a 77.
16. Necesidades y problemas sentidos por la comunidad (anexo 2.2)

Con estas características podremos conocer con cierta objetividad gran parte de la realidad existente en la población, en estudio. Estas características son componentes importantes de los factores de beneficio o de riesgo para la SALUD del ser humano, la familia y la comunidad como son:

1. Condiciones de vida, medidas mediante:

1.1 Graffar Modificado.

- Profesión del Jefe de Familia, medidas en pregunta: 63, 66.
- Nivel de instrucción de la madre, medida en pregunta: 63.
- Principales fuentes de ingreso de la familia, medida en preguntas: 70.
- Condiciones de vivienda y alojamiento: 1 a 53.

1.2 Necesidades Básicas Insatisfechas:

- Hogares con hacinamiento crítico, medidas en preguntas:

- Hogares en viviendas inadecuadas, medidas en preguntas: 1 a 11

- Hogares en viviendas sin servicios básicos, medidas en preguntas: 12 a 15.

- Hogares con niños en edad escolar que no asisten a la escuela, medidas en preguntas: 63 y 64.

- Hogares con alta dependencia económica, medidas en preguntas: 54, 66, 67, 69 y 70.

2.1 Aproximación a la incidencia de enfermedades infectocontagiosas agudas; medidas en preguntas: 71 a 73.

2.2 Reproducción y embarazos y embarazos en adolescentes; medidas en preguntas: 74.

2.3 Aproximación de la prevalencía de enfermedades crónicas, medidas en pregunta: 75.

3. Algunos aspectos de los hábitos del estilo de vida de las personas, medidas en preguntas: 76 y 77.

- Café, medidas en pregunta 76.
- Tabaco, medida en pregunta 76.
- Alcoholismo, medida en pregunta 76.
- Otras drogas, medida en pregunta 76.
- Actividad física, medida en pregunta 77.

4. Los problemas y necesidades realmente sentidas por las comunidades: Anexo 2.2

En la preparación del instrumento, las preguntas para valorar las variables en estudio, en un primer momento es analizado por algunos miembros de la población en estudio, quienes revisarán el proyecto de encuesta para mejorarla en función a la manera de enfocar la pregunta, de manera que sea de fácil comprensión y respuesta y sugerir otras preguntas par valorar necesidades sentidas por la comunidad. Para luego que tenga el máximo de variables posibles, con la ayuda de expertos, se seleccione el menor número

posible de variables, para que cada características sea valorada con la mayor validez, objetividad, especificidad, sensibilidad y economía posible.

Luego el instrumento preseleccionado será sometido a prueba con la asesoría directa de la Oficina Central de Estadistica e Informática (OCEI), para calcular y evaluar la validez y confiabilidad del instrumento de medición elaborado. Esta prueba se realizará mediante la evaluación por expertos y durante el estudio piloto del censo socioeconómico y de salud diagnóstico, que nos permitirá evaluar y redefinir tanto al instrumento como a la metodología de campo en la recolección y el procesamiento de datos.

Una vez realizados estos pasos se obtendrá el instrumento definitivo para el censo socioeconómico y de salud diagnóstico, se capacitará a los encuestadores siguiendo los lineamientos de la OCEI[3] y se aplicará en las comunidades en estudio.

JUSTIFICACIÓN

¿PARA QUIEN ES UTÍL EL CENSO SOCIOECONÓMICO Y DE SALUD EN UNA PARROQUIA O COMUNIDAD?

El censo socioeconómico y de salud aporta datos que pueden ser de gran utilidad para varios sectores de la economía y administración tanto privada como pública de la Parroquia o del Municipio como son[4]: Sector Educativo, Salud, Organizaciones Comunitarias, Sector Empresarial, Gobernación del Estado, Congresantes, Asambleas Legislativas, Alcaldías, Sector Laboral, Partidos Políticos, Organizaciones Religiosas, y Medios de Comunicación Social. A continuación se especifican por cada sector los datos que aporta el censo y algunas de sus utilidades.

Estos datos que aportan el censo y los 4 objetivos que se citan en este artículo justifican la inversión.

Además las técnicas creadas o mejoradas servirán para el mejoramiento continuo de estudios similares que las instituciones educativas universitarias y de salud realizaran en el ámbito regional y nacional.

SALUD

Datos que aporta el Censo	Utilidad
1. Población total, distribución por entidades federales, grupos de edad, sexo, nivel educativo, ingresos, morbilidad y prevalencía de enfermedades.	1. Planificar y redefinir servicios de salud en cada parroquia, municipio o entidad federal. Estimar número de personal médico y paramédico necesario para presentar los servicios de salud. Formulación de presupuestos para la realización de los planes de acción y dotación del personal necesario.
2.Cuantificación de población impedida en el país.	2.Elaborar programas y orgazar servicios para prestar atención a personas que sufren algún tipo de impedimento.
3.Lugar de nacimiento, nacionalidad actual. Tiempo de residencia en una ciudad o pueblo donde ha sido censado. Distribución de la población por entidad federal, edad y sexo.	3.Adecuar los planes de servicio de salud al movimiento migratorio de la población.
4. Número de viviendas que no reciben servicio de aseo domiciliario y número de viviendas que no poseen servicios de eliminación de excretas.	4. Planificar creación de estos servicios.

SECTOR EMPRESARIAL Y COMERCIAL

Datos que aporta el Censo	Utilidad.
1. Población total. Población total de las parroquias o municipios y sus respectivas capitales y sectores residenciales, industriales y comerciales.	1.Programa la producción de bienes y servicios.
2. Densidad demográfica. Número de habitantes por sexo. grupos de edad, nivel educativo, condiciones de las viviendas y servicios públicos.	2.Planificar la regionalización de empresas y comercio. Orientar la inversión regional.
3. Total de viviendas por clase, tipo de vivienda y entidades federales. Dotación de la vivienda (servicios públicos). Materiales de construcción. Acceso a la vivienda. Condición de ocupación de las viviendas. Equipamiento del hogar. Número de familias por hogar.	3. Planificar estrategias de promoción, publicidad y venta de bienes y servicios.
4. Población de la fuerza de trabajo. Empleados y desempleados. Niveles educativos de la población desocupada. Títulos en educación superior. Población por ramas de actividad y grupos de ocupación en las diferentes entidades federales. Sector Informal: Población ocupada, ramas de actividad, situación en la fuerza de trabajo, nacionalidad legal, nivel educativo, nivel de ingresos.	4.Orientar el desarrollo de las empresas comerciales, crear nuevas empresas y centros comerciales.

GOBERNACIÓN DEL ESTADO

Datos que aporta el Censo	Utilidad
1. Número de habitantes por entidad distribuidos por edad y sexo.	1. Estimar número de votantes, conocer la base de distribución del Situado Constitucional. Planificación de la gestión gubernamental.
2. Población analfabeto de la entidad.	2. Programar campañas de alfabetización.
3. Población en edad escolar. Población que asiste a planteles educativos (contrapartida: población que no asiste).	3. Estimar número de planteles, aulas y docentes requeridos en el Estado.
4. Total de viviendas por condición de ocupación y número de ocupantes según área, clase y tipo de vivienda. Número de cuartos de dormir (hacinamiento).	4. Estimar el déficit de viviendas, lo cual posibilita la formulación de la política habitacional del Estado.
5. Viviendas familiares ocupadas, clasificadas por material predominante en el techo, las paredes exteriores y el piso.	5. Conocer el estado de las viviendas para la planificación de mejoras a éstas.
6. Servicios públicos de las viviendas ocupadas: agua, eliminación de excretas, electricidad y teléfono.	6. Mejoramiento de los servicios públicos del Estado.
7. Población de 12 años o más en la fuerza de trabajo, por rama de actividad económica, según nacionalidad, lugar de nacimiento, sexo y grupos de edad.	7. Conocer fuerza de trabajo del Estado. Habitantes que tienen empleo. Planificación para la generación de empleo en el Estado.
8. Población de 12 años o más	8. Conocer niveles de ingreso

ocupada, clasificada según ingreso mensual proveniente del trabajo, sexo y nivel educativo alcanzado.

9. Las necesidades y problemas sentidos por la comunidad.

10. Planificación estratégica de la gestión gubernamental.

de la población e inferir aspectos relacionados con el consumo, a fin de planificar actividades económicas en el Estado.

CONGRESANTES

Datos que aporta el Censo	Utilidad
1. Número de habitantes por entidad federal.	1. Determinar número de diputados ante el Congreso Nacional. Determinar Situado Constitucional.
2. Alfabetismo, nivel de instrucción, situación en la fuerza de trabajo, desocupación.	2. Tener base adecuada para la aprobación de leyes que inciden en el aspecto socioeconómico de la población y para la aprobación de presupuestos de organismos gubernamentales.
3. Población en edad escolar que no asiste a centros de enseñanza.	3. Aprobar presupuestos para la construcción de planteles educativos.
4. Población del área rural, clasificada por ramas de actividad, nivel de instrucción e ingresos familiares.	4. Aprobar leyes para créditos agropecuarios e inversiones a nivel regional.
5. Situación de la fuerza de trabajo. Ramas de actividad. Empleo y desempleo.	5. Aprobar leyes para la creación de nuevos empleos.
6. Distribución espacial de la población. Condiciones estructurales de las viviendas, servicios públicos, hacinamiento y acceso a la vivienda.	6. Aprobar presupuestos de proyectos de construcción de viviendas de interés social e infraestructura vial.
7. Nivel de ingresos, nivel de instrucción, situación en la fuerza de trabajo ramas de actividad y título de educación superior.	7. aprobar presupuestos de proyectos para el mejoramiento de la situación socioeconómica y cultural de la población.
8. Necesidades sentidas por la población y situación de salud.	8. Aprobar presupuestos para ser utilizados de manera eficiente y estratégica.

ASAMBLEAS LEGISLATIVAS

Datos que aporta el Censo	Utilidad
1. Número de habitantes en la entidad federal.	1. Determinar número de representantes ante la Asamblea Legislativa. Distribución de Situado Constitucional.
2. Alfabetismo, nivel de instrucción, situación en la fuerza de trabajo, ramas de actividad, nivel de ingresos. Títulos en educación superior Situación de salud.	2. Tener una sólida base para la aprobación de leyes que inciden en el mejoramiento socioeconómico, cultural para la salud de la población.
3.Población en edad escolar que no asiste a centros de enseñanza. Fuerza de trabajo. Población del área rural. Ramas de actividad, nivel de instrucción, ingresos familiares.	3. Aprobación de presupuestos de construcción de planteles educativos; créditos agropecuarios e inversiones a nivel regional; creación de nuevos empleos y construcción de viviendas de interés social e infraestructura vial.

ALCALDIAS

Datos que aporta el Censo	Utilidad
1. Número de viviendas clasificadas. Condición según su ocupación, número de ocupantes, clase, tipo y área de ubicación	1.Elaborar inventario de viviendas del municipio y estimar cuántas están ocupadas, cuántas son ranchos, casa, quintas y apartamentos, y distribución en área rural y urbana. Uso de las tierras.
2.Número de viviendas familiares ocupadas, clasificadas por los materiales predominantes en las paredes, techos y pisos.	2.Conocer las condiciones estructurales de las viviendas. Estimar el déficit estructural y elaborar programas de mejoramiento.
3.Número de viviendas familiares ocupadas, clasificadas por número total de cuartos para dormir y número de ocupantes.	3.Estimar el déficit habitacional y el hacinamiento, y elaborar programas de construcción de viviendas.
4. Número de viviendas que albergan más de un hogar. Número de núcleos familiares por hogar. Forma de ocupación (propia pagada, propia pagándose, alquilada, otra)	4. Estimar cuántas familias requieren vivienda propia.
5. Número de habitantes del Municipio distribuido por parroquias, sexo, grupos de edad y situación conyugal. situación conyugal.	5.Determinar número de representantes al Consejo Municipal. Planificar creación de hogares de cuidado diario, construcción de canchas deportivas (jóvenes). Planificación de los servicios, transporte, mecanismos de seguridad pública.
6.Población nacida en el extranjero por grupos de edad, sexo, país de nacimiento, nacionalidad legal.	6. Conocimiento acerca de las colonias extranjeras del municipio; determinación de votantes nacidos en el exterior en elecciones municipales.
7.Población de 3 años o más que asista a planteles educativos, Alfabetismo, nivel de instrucción, población en edad escolar.	7.Determinar necesidades de edución (N° de planteles, aulas y docentes requeridos); planificar cursos y talleres de capa-

	citación técnica, artesanal.
8.Fuerza de trabajo, ramas de actividad. Población nacida en el exterior	8.Para la formulación de planes para generar empleo
9. Necesidades y problemas sentidas por la población.	9. Priorisación de los programas y planes de acción e inversión estratégica del presupuesto.

SECTOR LABORAL

Datos que aporta el Censo	Utilidad
1.Población de 12 años o más, o fuerza de trabajo potencial, clasificada por sexo, grupos de edad y localización geográfica.	1. Formular y ejecutar la política de empleo del país a nivel de la parroquia, el municipio y las entidades federales.
2. Fases de actividad por sexo, grupos de edad y localización geográfica.	2. Analizar la evolución del mundo laboral de la parroquia y municipio internamente en el contexto nacional y pronosticar su evolución futura.
3. Fuerza de trabajo de la parroquia o municipio por ramas de actividad económica y su localización geográfica.	3.Organizar el movimiento sindical dentro de las diferentes ramas de la economía a nivel de los municipios y las entidades federales.
4.Fuerza de trabajo de la parroquia o municipio por condición de alfabetismo y nivel educativo.	4.Planificación de cursos de adiestramiento y capacitación de obreros y empleados del sector laboral.
5. Fuerza de trabajo por categoría ocupacional y rama de actividad económica e ingresos por trabajo.	5.Determinación de la fuerza de trabajo subempleada y que labora en el sector informal o no moderno.
6.Población subempleada y población que labora en el sector informal o no moderno.	6.Formulación de programas dirigidos a elevar la productividad de la población que labora en estos segmentos.
7.Población ocupada, clasificada en niveles de ingresos por trabajo, categoría ocupacional, rama de actividad económica y localización geográfica.	7.Formulación de políticas de salarios y sociales para los grupos más vulnerables en la fuerza de trabajo.

ORGANIZACIONES COMUNITARIA Y JUNTAS PARROQUIALES

Datos que aporta el Censo	Utilidad
1.Población total de los sectores residenciales de la parroquia o municipio de sus respectivas capitales y el presupuesto.	1.Conocer como ha sido el crecimiento de la población y dónde se concentra ésta y dispone así de información necesaria para planificar la conformación de las federación vecinal.
2. Población total de los municipios y de las respectivas capitales, de sus parroquias y sectores residenciales. Número de centros poblados y población y número de viviendas de éstos.	2.Orientar el proceso de creación de nuevas asociaciones de vecinos, teniendo suficiente información acerca del potencial humano existente. Estimar la cantidad de asociaciones y federaciones vecinales en cada uno de los centros poblados del país. Producir y distribuir medios de comunicación comunitarios y promover los programas de las asociaciones de vecinos y no gubernamentales.
3.Servicios de viviendas: abastecimiento de agua, eliminación de excretas, recolección de basura, electricidad y teléfono.	3.Detectar carencias o fallas de los servicios públicos y sustentar las peticiones para el establecimiento o mejoramiento de acciones de mantenimiento o mejoramiento.
4.Número de viviendas ocupadas a nivel estatal y municipal y número promedio de ocupantes por tipo de vivienda.	4. Estimar la situación habitacional de los vecinos y participar en la planificación de acciones de mantenimiento o mejoramiento
5. Hogares en viviendas familiares. Tendencia de la vivienda según tipo de viviendas e ingresos mensuales del hogar.	5. Estimar el poder adquisitivo de los habitantes de la comunidad y cómo es la tenencia de viviendas en la misma, a fin de participar en el desarrollo de programas habitacionales y cooperativistas para el desarrollo socioeconómico comunitario.

6. Población por sexo y grupos de edad a nivel nacional, estatal, municipal y de parroquias (cuántos niños, adolescentes, adultos en edad media y ancianos habitan en la comunidad).	6. Solicitar la creación de hogares de cuidado diario y guarderías. Promover y realizar eventos deportivos, culturales, etc. Crear grupos culturales, musicales, deportivos, etc.
7. Hogares por clase y tipo de vivienda, según área de ubicación. Tipo y número de vehículos automotor de uso familiar.	7. Solicitar servicios de transporte urbano y rural.
8. Población nacida en el exterior según sexo y edad.	8. Participar en la planificación de actividades culturales.
9. Necesidades y problemas sentidas por la comunidad.	9. Participar en la planificación de actividades culturales.

PARTIDOS POLITICOS

Datos que aporta el Censo	Utilidad
1. Número de habitantes a nivel parroquial y municipal por grupos de edad y sexo. Número de habitantes por entidad federal y grupos por edad. Número de habitantes a nivel municipal, por grupos de edad. Número de habitantes a nivel de entidad federal.	1. Estimar número de votantes masculinos y femeninos. Número de votantes en elecciones de gobernadores. Número de votantes en elecciones de alcaldes y concejales. Determinar Situado Constitucional correspondiente a cada entidad federal. Planificar campañas electorales.
2. Nivel de ingresos, Alfabetismo, nivel de instrucción, situación en la fuerza de trabajo, ramas de actividad y título en educación superior, necesidades sentidas y problemas socieconómicos y de salud.	2. Concebir o evaluar programas para el mejoramiento de la situación social y cultural para la salud de la población.
3. Condiciones estructurales de la vivienda, materiales de construcción predominantes en paredes, pisos y techos. Servicios públicos. Viviendas multifamiliares. Hacinamiento (N° de cuadros para dormir y N° de personas por cuarto). Accesos a las viviendas.	3. Concebir o evaluar programas para el mejoramiento de la situación habitacional de la población.
4. Número de habitantes por entidad federal, clasificada por grupos de edad.	4. Determinar número de representantes (diputados) regionales ante el Congreso Nacional, Asambleas Legislativas y Concejos Municipales. Estimar el número de nuevos votantes.

ORGANIZACIONES RELIGIOSAS

Datos que aporta el Censo	Utilidad
1. Población total por grupos de edad, entidad federal, municipios y parroquias. Distribución espacial de la población.	1. Estimar necesidades de servicios religiosos.
2. Población de hogares multipersonales, según área (urbana rural), sexo, relación con el jefe del hogar; niveles de ingresos de la población, condiciones habitacionales.	2. Ejercer acciones de tipo espiritual y social dirigidas a las familias de escasos recursos.
3. Población con impedimentos físicos, situación en la fuerza de trabajo.	3. Llevar a cabo recursos de capacitación artesanal, técnica y otros programas de ayuda.
4. Composición de los hogares, parentescos y situación conyugal, número de hijos nacidos vivos.	4. Orientar mensajes religiosos a las familias.
5. Población extranjera por entidad federal, municipio y parroquias.	5. Planificar festividades religiosas.
6. Número de hijos nacidos vivos el año anterior al censo, situación conyugal, grupos de edad de la madre.	6. Programar cursos de planificarción y orientación familiar.

MEDIOS DE COMUNICACION SOCIAL

Datos que aporta el Censo	Utilidad
1. Población total por parroquia, municipio y por entidad federal: grupos de edad, sexo y nivel de instrucción; actualización cartográfica. Población nacida en el extranjero.	1. Realización de estudios de mercado, raiting y encuesta de opinión. Determinación de la programación de las televisoras, tanto nacionales como regionales.
2. Situación en la fuerza de trabajo (desocupación), niveles de ingresos, aspectos educativos, nivel de instrucción, alfabetismo, analfabetismo, población por sexo y grupos de edad.	1 y 2. Para la producción de reportaje, documentales (sustentar con cifras estadísticas las informaciones emitidas u opiniones).
3. Población por grupos de ocupación y ramas de actividad.	1,2 y 3. Para la producción de publicaciones (periódicos, revistas, suplemento) o secciones de periódicos, radio y televisión dirigidas a grupos específicos de electores: niño, jóvenes, mujeres, hombres, ancianos, etc. Para orientar la producción de publicaciones profesionales especializadas.
4. Equipamiento de los hogares con artefactos.	4. Para determinar inventario general de radio y televisores; para estimar número total de telespectadores y radioescuchas.

SECTOR EDUCATIVO

Datos que aporta el Censo	Utilidad
1. Población total por el sexo y grupos de edad.	1. Determinar la población en edad escolar y poder estimar los recursos requeridos en el área: presupuesto, docentes, aulas, etc., y orientar la planificación del sector.
2. Población analfabeta, por entidades federales y área.	2. Determinar magnitud y ubicación de la población objeto de los programas de alfabetización. Estimar tasa de analfabetismo y evaluar la eficacia de dichos programas.
3. Población de 5 años y más por nivel educativo alcanzado según área, sexo y grupos de edad, por entidades federales.	3. Conocer cuál es la población ubicada en los diferentes niveles educativos. Orientar la producción de materiales instruccionales y de promoción en cantidad y contenido, para la realización de campañas en el sector educativo.
4. Población que asiste a planteles educativos, por grupos de edad, nivel educativo, área y sexo.	4. Contrastar esta información con la de la población desasistida y saber cuál es la ubicación geográfica de ésta. Así es posible desarrollar campañas para incorporarla a dicha población al sistema educativo.
5. Población nacida en el exterior, por nivel educativo alcanzado, según sexo y país de nacimiento.	5. Para la creación de colegios particulares por grupos linguísticos, o idiomáticos.
6. Título obtenido en educación superior, ubicación en la fuerza de trabajo (graduados que no tienen empleo). Grupos de profesionales con mayor desempleo.	6. Mejorar la situación vocacional de los estudiantes de educación diversificada. Determinar áreas de enseñanza en las cuales se requieran más centros educativos por especialidades (escuelas agronómicas, de arte, técnicas, etc); para desarrollar programas de pasantías.

7. Población que asiste a planteles educacionales: área (urbano-rural) condiciones estructurales de vivienda, equipamiento del hogar y nivel de ingresos.	7. Identificar poblaciones y áreas geográficas respectivas más necesitadas, para el otorgamiento de becas y ayudas estudiantiles diversas.
8. Número de hijos nacidos vivos en el año anterior al Censo, nivel educativo, situación conyugal, por grupos de edad y nivel de de ingresos.	8. Identificar las poblaciones, en sus respectivas áreas geográficas, que serán objeto de los programas de planificación familiar y de educación para el trabajo.

A continuación se presenta el MANUAL DEL ENCUESTADOR, el cual es una descricción detallada del proceso a seguir por los promotores de salud en el entrenamiento a la comunidad y a los encuestadores para la realización del diaghnostico socioeconomico y de las necesidades basicas realmente sentidas.

REFERENCIAS

1. Novoa-Montero D. Modelos Básicos de Investigación en Medicina Clínica (Enfoque Epidemiológico). Universidad de los Andes, Unidad de Medicina Interna. Laboratorio Multidisciplinario de Investigación Clínico-Epidemiológica *(Lab-Mic).* 1995.

2. República de Venezuela, Presidencia de la República. Oficina Central de Estadística e Informática. Manual para las labores de la actualización. *OCEI.* Septiembre 1995.

3. Oficina Central de Estadística e Informática. Programa Central 1990. Manual de Empadronador. Cuestionario Básio *OCEI* M-01. Caracas, Junio 1990.

4. Oficina Central de Estadística e Informática, Cordinación Falcón Censo 90. Datos que aporta el censo y utilidad - *Lagoven - Refinería de Amuay*. 1990.

ANEXO 5

CENSO SOCIOECONÓMICO DE SALUD Y DE NECESIDADES SENTIDAS EN LA COMUNIDAD

MANUAL DE PROCEDIMIENTO DEL ENCUESTADOR

HENRY BARRIO-CISNERO
Investigador en Salud Holística
Especialista en Medicina Interna
Director de INSALUT

MÉRIDA-VENEZUELA
FEBRERO 1999

1.- LAS FUNCIONES DEL ENCUESTADOR.

1.1.- Antes de la obtención de datos:

1. Asistir al taller de adiestramiento.
2. Estudiar este manual para garantizar una optima recolección de datos.
3. Reunirse con el supervisor en el lugar y para que este le fije los hogares a encuestar y le entrene al respecto.
4. Recibir y cuidar los materiales que el supervisor le entregue para hacer el recorrido previo de su área de trabajo.
5. Reconocer su área de trabajo en compañía del supervisor.
6. Devolver al supervisor luego del recorrido, el material que le entrego.

1.2. Durante la obtención de datos:

1. Presentarse puntualmente en el lugar y hora acordado con el supervisor.
2. Recibir y revisar el material para la recolección de datos y cuidarlo.
3. Visitar a todas y cada una de las viviendas asignadas en su área de trabajo y entrevistar a los miembros de las familias que en ellas habitan.
4. Comunicarle particularmente al supervisor las novedades que considere pertinentes.

1.3. Después de la recolección de datos:

1. Ordenar y revisar el material de recolección de datos.
2. Entregar el material de recolección de datos al supervisor.

2. LOS DEBERES DEL ENCUESTADOR.

1. Cumplir cabalmente con todas las instrucciones que reciba de su supervisor.
2. Cumplir con todas las instrucciones que se indican en este Manual.
3. Llevar durante la entrevista la credencial de la institución a la que pertenece (carnet estudiantil) o del **INSALUT** en un lugar visible.
4. Cuidar y mantener en buen estado su material de recolección de datos.
5. Visitar a todas las viviendas de su área de trabajo y entrevistar a todas las personas mayores de 10 años que en ella habitan.
6. Realizar la entrevista sin la ayuda o compañía de personas no autorizadas.
7. Solicitar los datos de forma respetuosa y cordial.
8. Hacer solamente las preguntas que están en el cuestionario.
9. Anotar en el cuestionario exactamente los datos que le han aportado los entrevistados.
10. Mantener los datos recogidos bajo **SECRETO ESTADISTICO,** es decir,

en ningún momento podrá comentarlos con otras personas.

3. MATERIALES QUE UTILIZARA:

3.1. Para hacer el recorrido previo de su área de trabajo.

1. Croquis de la manzana.
2. Lista para el control de viviendas y familias encuestadas.

3.2. Durante la recolección de datos.

1. Credencial de encuestador.
2. Croquis de la manzana.
3. Lista de viviendas a encuestar.
4. Planillas de recolección de datos.

PRESENTACIÓN

El Instituto de Investigación en Salud Total, esta concebido como un instituto de investigación científica, asistencia médica y formación académica acorde con los avances científicos y tecnológicos de la Salud Holística, que contribuye al desarrollo integral del ser humano. Asentado en el Registro Mercantil del Estado Mérida, con el numero 49, Tomo A-3, 1er trimestre1995. Cuyos principales Objetivos son:

4. Investigar la efectividad y la eficiencia de las técnicas previsivas, diagnósticas y terapéuticas en la medicina, según las metodologías convencionales y no convencionales, haciendo énfasis en la **Salud holística** y el Naturismo.
5. Desarrollar técnica e instrumentos **Previsivos**, diagnósticos y terapéuticos eficientes para la aplicación de una medicina integrada y ajustada en forma holística y versátil a cada ser humano asistido, fundamentándose en los avances científicos y tecnológicos de la actualidad.
6. Ofrecer de manera eficiente y en forma colectiva e individual capacitación académica, asistencia médica y orientación vivencial, fundamentada científicamente en la Promoción de la Salud holística, La psiconeuroinmunología, la Neurolingüística, Estilo de vida y la Salud holística.

Por ello INSALUT, realiza un diagnóstico de salud en las comunidades de influencia directa, mediante el levantamiento de un censo socioeconómico, de salud y de necesidades sentidas, le permita evaluar el impacto de las actividades que realiza y redefinir las tácticas y estrategias para un mejoramiento continuo de la salud en el estado Mérida.

Para esta actividad se requiere recolectar, procesar y publicar datos en la población de esta comunidad, sobre las características socioeconómicas y sus necesidades sentidas, mediante la encuesta de los representantes de las familias. El **encuestador** es la persona encargada de llevar a cabo tan importante tarea. Es por ello que su papel es fundamental para el éxito del censo, siendo indispensable que esté debidamente capacitado y sensibilizado para ejecutar con eficacia su tarea.

El presente manual ha sido elaborado mediante una adaptación del "Manual del Empadronador, cuestionario básico, M-O1 del Censo 9O". Para que sirva de guía tanto en la capacitación del encuestador, como de material de consulta en el desempeño de su invalorable labor.

4. TAREAS DEL ENCUESTADOR.

4.1 Antes de la recolección de datos:

4.1.1 Hacer el recorrido previo del área de trabajo: Recorra en compañía del supervisor su área de trabajo para:

1. Reconocer los puntos de referencia del terreno: Calle, callejones, quebradas, escaleras, etc.; para orientarse y familiarizarse con el área de trabajo.

2. Verificar que no exista diferencias entre el croquis de la manzana, la lista de viviendas a encuestar y las viviendas existentes en el terreno, para garantizar que no quede alguna de las viviendas de su área de trabajo sin encuestar.

3. Para hacer el recorrido, localice en el terreno la parcela donde está ubicada la primera vivienda de su lista de viviendas a encuestar, guiándose por el croquis de la manzana.

4. Inicie el recorrido siguiendo el orden de la lista de viviendas asignadas y su croquis de la manzana, hasta llegar a la última vivienda que le corresponde encuestar.

5. Verifique, durante el recorrido, que las viviendas que están en el terreno, estén anotadas en la lista de viviendas a encuestar.

6. Si durante el recorrido de su área de trabajo encuentra alguna vivienda que no aparece en su lista haga lo siguiente:

   Informe al supervisor quien le autorizará la inclusión de la misma.

   Agréguele en la lista de vivienda a encuestar anotando la dirección de la misma, después de la última vivienda.

   Señale con una (X) su localización en el croquis de la manzana.

6. Si no encuentra en el terreno algunas de las viviendas anotadas en su lista de viviendas a encuestar.
   Marquela en la lista de viviendas a encuestar.

   Solucionelo con el supervisor.

DURANTE EL ENCUESTADO:

1. Utilice el croquis de la manzana y ubíquese en su área de trabajo.
2. Inicie el encuestado comenzando por la primera vivienda de la lista o vivienda a encuestar.
3. Visite y encueste todas las familias que se encuentren en su área de trabajo y todas las personas que en ellas habitan.
4. Anote al terminar cada visita los datos que se indican en el control de vivienda encuestadas.
5. Si alguna de las viviendas de su área de trabajo es un hospedaje, residencia estudiantil o una pensión que no este identificada, o sea, que no tenga anuncios o letreros, deberá encuestarlas de igual manera que al resto de las viviendas.

EL SUPERVISOR ESTABLECERA UN LUGAR COMO PUNTO DE CONTACTO. SI SE LE PRESENTA ALGUNA DIFICULTAD QUE NO PUEDA SOLUCIONAR DIRIGASE A ESTE PUNTO.

DESPUES DEL ESCUESTADO:

1. Ordene las planillas de recolección de datos desde la primera hasta la última vivienda que encuesto.
2. Verifique que anoto correctamente los datos de cada una de las viviendas en el control de viviendas encuestadas.
3. Entregue al supervisor todo el material de encuestamiento, tanto el que fue utilizado como el que sobró.

INSTRUCCIONES GENERALES PARA LLENAR EL CUESTIONARIO

A. El cuestionario **Censo Socioeconómico y de Salud**, contiene las preguntas, los espacios para anotar las respuestas. Se divide en 7 partes.

1. Identificación de la vivienda y familia. Puntos 1 al 9.

2. Datos de la vivienda Preguntas 1 hasta la 53.

3. Composición del hogar. Preguntas 55 a 57.

4. Mortalidad. Pregunta 58.

5. Características individuales:
   - 5.1 Sexo: Pregunta 59.
   - 5.2 Edad: Pregunta 60.
   - 5.3 Migración: Preguntas 61.
   - 5.4 Situación Conyugal 62.
   - 5.5 Educación: Preguntas 63 a 65.
   - 5.6 Económicas: Preguntas 66 a 70.
   - 5.7 Salud: Preguntas 71 a 77.

(Esta sección se repite 10 veces encuestar igual número de personas).

B. Planilla para identificación de problemas y necesidades sentidas por los hogares y la comunidad.

C. Planilla para Priorisación de cursos que estén deseando realizar.

FORMAS DE OBTENER LA INFORMACIÓN

1. Leyéndole a la persona solo la pregunta.
2. Leyéndole a la persona la pregunta y las posibles respuestas.
3. Observando la vivienda y encerrando un círculo a la característica que corresponda.
4. Tomando los datos de la lista de viviendas a encuestar y el control de las mismas.
5. Darle a la persona para que llene los cuestionarios de Necesidades y Problemas sentidos en su comunidad y de selección de cursos que están deseando realizar.

PARA REALIZAR LAS PREGUNTAS:

1. Hágalas en el mismo orden como están en el cuestionario.
2. Léalas tal y como está escrita, nunca cambie el texto.
3. Léalas despacio y con voz clara.
4. Nunca le indique al encuestado lo que debe responder, espere su respuesta y anótela de manera objetiva.
5. Si el encuestado no comprende la pregunta, repítala despacio y aclárele cualquier duda.
6. Haga las preguntas aunque le parezca conocer la respuesta.
7. Haga a todas las personas mayores de 7 años, de cada familia, las preguntas que les correspondan. En los menores de 7 años, hágale la pregunta a su representante.
8. Siga cada una de las instrucciones que aparecen en el cuestionario.

PARA ANOTAR LA RESPUESTA

1. Llene el cuestionario con lápiz de grafito o piedra.
2. Escriba en letra imprenta, legible con claridad.
3. Si se equivoca BORRE, no tache.
4. No pase en limpio los cuestionarios.
5. No maltrate ni doble los cuestionarios.

MODALIDADES DE ANOTAR LAS RESPUESTAS

1. Encerrando con un círculo el número a que corresponde la respuesta.

Forma Correcta	Forma Incorrecta
1. PROPIEDAD (PROPIEDA)	**1. PROPIEDAD (PROPIEDA)**
1.1. Propia 1	1.1. Propia 1
1.2. Pagando 2	1.2. Pagando 2
1.3. Alquilada 3	1.3. Alquilada 3
1.4. Donada / Prestada 4	1.4. Donada / Prestada 4
1.5. No Precisada 99	1.5. No Precisada 99

2. Marcando una X en el recuadro que corresponda.

Forma Correcta			Forma Incorrecta		
RIESGO POR			RIESGO POR		
UBICACIÓN	SÍ	NO	UBICACIÓN	SÍ	NO
18. Orilla de rio o quebrada	___	___	18. Orilla de rio o quebrada	___	___
19. Cerca de cables de alta tensión	___	___	19. Cerca de cables de alta tensión	___	___
20. Aguas negras	___	___	20. Aguas negras	___	___
21. Fauna o flora nociva	___	___	21. Fauna o flora nociva	___	___
22. Zona de derrunbes.	___	___	22. Zona de derrunbes.	___	___
23. Depósito de combustible	___	___	23. Depósito de combustible	___	___
24. Áreas de consumo de drogas	___	___	24. Áreas de consumo de drogas	___	___

3.Anotando con números o especificando códigos, fechas, palabras.

INSTRUCCIONES ESPECIFICAS PARA LLENAR EL CUESTIONARIO DEL CENSO SOCIOECONÓMICO

PARTE 1. IDENTIFICACIÓN DE LA VIVIENDA Y FAMILIA.

INSTITUTO DE SALUD TOTAL (INSALUT) **UNIDAD INTEGRADA DE INVESTIGACIÓN EN SALUD HOLÍSTICA**	**CENSO SOCIOECONÓMICO Y DE SALUD**
1. Módulo de Promoción de la Salud Natural: _____ 2. Carpeta de Familia: _____ 3. Dirección del hogar: _____ _____	4. Municipio: _____ 5. Parroquia:_____ 6. Sector o segmento: _____ 7. Calle: _____ Nº: _____ 8. Código del hogar: _____ 9. Teléfono: _____

1. Copie de la lista de vivienda a encuestar la información de los puntos 1,3,5,6.

2. En el punto 2 coloque el primer apellido del Jefe de familia seguido por el de su pareja o los apellidos que conforman al hogar.

3. El punto 7 déjelo en blanco, será llenado por el supervisor.

4. El punto 8, pregúntelo al jefe del hogar o quien haga sus veces.

5. Antes de iniciar la entrevista aclarece a la persona que la encuesta es confidencial y que los datos se mantendrán bajo **secreto estadístico** por lo que nunca será revelado.

PARTE 2. DATOS DE LA VIVIENDA.

Pregunta 1

1. PROPIEDAD (PROPIEDA)	
1.5. Propia	1
1.6. Pagando	2
1.7. Alquilada	3
1.8. Donada / Prestada	4
1.9. No Precisada	99

Pregunte al jefe del hogar o quien haga sus veces.
¿La vivienda o casa en la que ustedes viven es propia, la están pagando, es alquilada, es donada o prestada?

Encierre en un círculo el número que corresponda con la respuesta

PROPIA Es propiedad de jefe o de otro miembro del hogar y no paga por ella. **ALQUILADA** Las familias que la habitan pagan un alquiler mensual por vivir en la totalidad o parte de ella.	**PAGANDO** Aunque es propia, es tan pagando al momento del censo. **DONADA O PRESTADA** La familia que la habitan no paga alquiler, por haber sido cedido como parte del salario o cedido gratis por tratarse de un familiar o amigo. **Favor subrayar si es donado o prestado.**

Pregunta 2

2. TIPO (TIPO)	
2.1. Quinta	1
2.2. Apartamento	2
2.3. Casa	3
2.4. Residencia Estudiantil	4
2.6. Rancho	5
2.7. No precisado	99

Observe el tipo de vivienda, encierre con un círculo, el número que corresponda.
Vivienda: Local construido para fines de alojamiento temporal o permanente de personas.
También se considera vivienda cualquier local no construido para fines de alojamiento de personas, pero que se encuentra habitando al momento del censo.

CARACTERISTICAS PARA IDENTIFICAR LOS TIPOS DE VIVIENDAS

QUINTA O PENT-HOUSE **Paredes**: bloque o ladrillo frisado o en concreto. **Techo**: Platabanda, teja o asbesto. **Piso:** Mosaico, granito, losa, y similares. **Posee:** Espacios amplios, jardines espaciosos cuidadosen su parte delantera y servicios adecuados para confort y lujo.	**CASA** **Paredes**: bloque o ladrillo frisado o sin Frisar ,concreto, madera aserrada, adobe, tapia o bahareque, frisado. **Techo**: Platabanda, teja, asbesto o láminas metálicas. **Piso**: Mosaico, granito y similares o cemento. **Posee**: Espacios amplios o reducidos con l condiciones sanitarias con servicios adecu-ando pero con menor lujo que las quintas.
APARTAMENTOS EN EDIFICIO Viviendas que forma parte de estructura un edificio, con acceso desde un área común de circulación.	APARTAMENTOS EN QUINTA O CASA Vivienda que forma parte de otra vivienda, posee su propio servicio sanitario y de cocina.
CASA DE VECINDAD Viviendas con varias piezas usadas como viv familiares, que tienen su propio servicio de c servicio sanitario y abastecimiento de agua fuera de la pieza, áreas internas de uso común.	**RANCHO** Vivienda construida o material de desecho (tablas, cartón, caña y similares) o de adobe, tapia o bahareque sin frisar. **Techo**: Láminas metálicas, paja palma o similares. **Piso**: Cemento o tierra.
IMPROVISADO Cualquier tipo de albergue de personas, fijo móvil, no construido para fines de alojamiento: locales de trabajo, barracas, trailes, embarcaciones, cuevas, carpas u otros.	

Pregunta 3

3. OCUPACIÓN (OCUPA)

1.1. Uso permanente 1
1.2. Uso ocasional 2
1.3. Desocupada 3
1.4. En construcción 4
No precisado 99

- Si los ocupantes están presentes pregunte si es de uso permanente o si es de uso ocasional.
- Si es de uso ocasional encierre este número y encuestelo, colocando en observaciones la dirección de la vivienda permanente.
- Si esta sola, pregunte a un vecino la condición de ocupación de la vivienda y marque en el círculo que corresponda.
- Si es de uso permanente pregunte cuando se localizan sus habitantes.

CARACTERISTICAS DE LA CONDICIÓN DE OCUPACIÓN

USO PERMANENTE
Donde las personas viven habitualmente pueden estar presentes o no para el momento censo.

USO OCASIONAL
Se utiliza temporalmente: vacaciones, fines de semanas, trabajo estacional, etc. Puede estar ocupada o no para el momento del censo. En caso de que alguna persona viva en ella habitualmente se considera de uso permanente.

DESOCUPADA
Ninguna persona habita la vivienda al momento del censo.

EN CONSTRUCCION
Vivienda en proceso de edificación, casi concluida para el momento del censo, tiene puertas y ventanas y no vive nadie. En caso de que alguna persona viva en ella habitualmente se considera de uso permanente.

Pregunta 4

4. TECHOS (TECHOS) 4.1. Platabanda ..... 1 4.2. Teja. ..... 2 4.3. Asbesto / Zinc ..... 3 4.4. Barro / Caña ..... 4 4.5 Paja, palma, cartón... 5 4.6 No precisado 99	- Observe el material más utilizado o predominante en la construcción de techo y encierre en un círculo el número a que corresponda.

Pregunta 5

5. MANTENIMIENTO DEL TECHO (MTECHO) 5.1. En buen estado ..... 1 5.2. Huecos / Rajaduras ... 2 5.3. Muy deteriorado ..... 3 5.4. No precisado 99	- Observe el estado del mantenimiento del techo y encierre en un círculo el número a que corresponda.

Pregunta 6 y 7

6. PAREDES (PARED) 6.1. Ladrillo o bloque ..... 1 6.2. Adobe / Tapia ..... 2 6.3. Tabla / Zinc ..... 3 6.4. Cartón, caña, palma .. 4 6.5. No precisado 99	- Observe el material más utilizado en las paredes y su estado de mantenimiento y encierre en un círculo los números donde corresponde.
7. MANTENIMIENTO DE PAREDES (MPARED) 7.1. En buen estado ..... 1 7.2. Huecos / Rajaduras .. 2 7.3. Muy deteriorado ..... 3 No precisado 99	

Pregunta 8 y 9

8. PISO (PISO) 8.1. Granito ..... 1 8.2. Mosaico / Ladrillo ... 2 8.3. Cemento ..... 3 8.4. Tablas / Tierra ..... 4 8.5. No precisado 99	- Observe el material más utilizado en el piso y su estado de mantenimiento y encierre en un círculo los números donde corresponde.
9. MANTENIMIENTO DEL PISO (MPISO) 9.1. En buen estado ..... 1 9.2. Huecos / Rajaduras ... 2 9.3. Muy deteriorado ..... 3 9.4. No precisado 99	NOTA: SI EL MATERIAL UTILIZADO EN LAS PAR EXTERIORES, TECHO Y PISO ES DIFICIL DE IDENTIFICAR PREGUNTE AL INFORMANTE.

Pregunta 10

10. LIMPIEZA ALREDEDOR 9 DE LA CASA (LIMPIA) 10.1. Sin limpiar .... 1 10.2. Regular limpia ..... 2 10.3. Bien limpia ..... 3 10.4. No precisado 99	- Observe alrededor de la vivienda, valorando el grado de limpieza y encierre en un círculo el número que corresponda.

Pregunta 11

11. LIMPIEZA DENTRO DE LA CASA (LIMPIAD) 11.1. Sin limpiar .... 1 11.2. Regular limpia ..... 2 11.3. Bien limpia ..... 3 11.4. No precisado 99	- Observe el interior de la vivienda, valorando el grado de limpieza y encierre en un círculo el número que corresponde.

Preguntas 12, 13, 14 y 16

SERVICIOS DE LA VIVIENDA

12. ELECTRICIDAD (ELECT) 12.1. CADELA ..... 1 12.2. Planta propia ..... 2 12.4. Ausente ..... 3 12.4. No precisado 4	- Pregunte al informante la fuente que le provee el servicio de la vivienda o la manera como se sirve de ellos y encierre en un círculo los número que corresponde.	
13. AGUA BLANCA (AGUAB) 13.1. HIDROANDES ..... 1 13.2. Acueducto rural ..... 2 13.3. Camión cisterna ..... 3 13.4. Río o quebrada ..... 4 13.5. Tanque o subterránea . 5	14. **AGUA SERVIDA (AGUAS)** 14.1. Cloacas ..... 1 14.2. Pozo séptico ..... 2 14.3. Letrina ..... 3 14.4 Campo abierto ..... 4 14.5. Río o quebrada 5	**16. ASEO (ASEO)** 16.1. Servicio urbano ..... 1 16.2. Basura quemada ..... 2 16.3. Basura reciclada ..... 3 16.4. Basura enterrada .... 4 16.5. La bota al río ..... 5 16.6 La bota en terreno ... 6

Pregunta 15

15. **TRATAMIENTO AGUA** 15.1. Filtrada ..... 1 15.2. Herbida ..... 2 15.3. Colada ..... 3 15.4. 1 y 2 ..... 3 15.5. 1 y 3 5	- Pregunte al informante si le aplica tratamiento al agua blanca, antes de consumir la, y escriba en el recuadro Sí o No según la respuesta. De ser Si encierre en un círculo el número que corresponda.

Pregunta 17

17. ANIMALES ANIMAL) **Nº** 17.1. Perros ..... __ 17.2. Gatos ..... __ 17.3. Aves ..... __ 17.4. Cerdos ..... __ 17.5. Roedores ..... __ 17.6. Ofidios ..... __ 17.7. Vacunos ..... __ 17.8. Caballos ..... __ 17.9. Otros ..... __ ESPECIFICAR _____	- Pregunte al informante si la familia tiene alguna de las especies de animales citada otros y coloque en la raya el número de animales que posean de cada especie.

Preguntas 18 a 24

RIESGO POR UBICACIÓN SI NO 18. Orilla de rio o quebrada ..... __ __ 19. Cerca de cables de alta tensión ..... __ __ 20. Aguas negras ..... __ __ 21. Fauna o flora nociva ..... __ __ 22. Zona de derrunbes 23. Depósito de combustible .... __ __ 24. Áreas de consumo de drogas ..... __ __	Observe alrededor de la vivienda para ver si existe o no algún riesgo por estar próxima o debajo de las características citadas. 18. Menos de 10 metros de cauce de un río o quebrada. 19. Debajo o menos de 50 metros del lugar por donde pasa un cable de alta tensión o de un transformador. 20. Menos de 25 metros del desagüe abierto de aguas negras. 21. Ubicada sobre o debajo de una zona de derrumbe. 22. Menos de 100 metros de una montaña. 23. Menos de 100 metros de un depósito de combustible. 24. Ubicada en un sector donde consumen alcohol u otras drogas (bazuco, marihuana, cocaína).

Pregunta 25 a 41

EQUIPAMIENTO DE LA VIVIEN

EQUIPOS	PRESENTE SI	PRESENTE NO	LUJOSO SI	LUJOSO NO
	—	—	—	—
25. Vehículo....	—	—	—	—
26. Cocina	—	—	—	—
27. Nevera	—	—	—	—
27. Lavadora ...	—	—	—	—
28. Secadora ..	—	—	—	—
29. Calentado..	—	—	—	—
30. Televisor..	—	—	—	—
31. Dis7comp.	—	—	—	—
32. Radio/gra.	—	—	—	—
33. Tocadisc .	—	—	—	—
34. Beta/BHS	—	—	—	—
35. Computa.	—	—	—	—
36. Internet ..	—	—	—	—
37. Teléfono.				
38. Juego de Recibo ...	—	—	—	—
39. Juego de Comedor .	—	—	—	—
40. Filtro de agua.	—	—	—	—
41. Otro, espec _____	—	—	—	—

Pidiéndole permiso al jefe de la familia y con el debido respeto recorra las instalaciones de la vivienda y

Durante el recorrido que realice de la vivienda observe el equipamiento de la vivienda y marque en la que corresponde a presente, la cantidad de equipos que exista en el hogar en el aparte Sí y una X en la opción No. Marque Sí o No en el aparte lujoso.

Pregunta 42 a 52

AMBIENTE DE LA VIVIENDA

AMBIENTE		Dormitorios	Espacios		Ventilación		Ilumi-Ación natural	Lim Pieza
	N	Cuant. duer.	Amp	Red.	Sí	No		
42. Recibo o sala	—	—	—	—	—	—	—	—
43. Comedor	—	—	—	—	—	—	—	—
44. Cocina	—	—	—	—	—	—	—	—
45. Dormitorios .	—	—	—	—	—	—	—	—
46. Lavaderos....	—	—	—	—	—	—	—	—
47. Baños	—	—	—	—	—	—	—	—
48. Biblioteca ...	—	—	—	—	—	—	—	—
49. Área de trabajo.....	—	—	—	—	—	—	—	—
50. Garajes	—	—	—	—	—	—	—	—
51. Jardines	—	—	—	—	—	—	—	—
52. Porche	—	—	—	—	—	—	—	—

Pidiéndole permiso al jefe de la familia y con el debido respeto recorra las instalaciones de la vivienda y marque:

1. Nº , el número de cada ambiente.
2. Pregunte si el ambiente es utilizado para dormir. De contestar que Si, repregunte cuantas personas duermen en el y complete con la pregunta 36.
3. Marque una X si los espacios son amplios (Amp) o reducidos (Red) y si es ventilado.
4. Escriba Si o No si la iluminación es natural o no.
5. En la limpieza marque:

B = Si es buena. **R** = Si es regular.
M = Si es inadecuada. **N** = Si no existe.

Pregunta 53 **AMBIENTES PARA DORMIR**

ESCRIBA EL NUMERO DE CADA GRUPO POR EDAD EN AÑOS Y SEXO

AMBIENTE UTILIZADO		0 - 4		5 - 15		16 - 45		46 Y MÁS		**TIENE BAÑO**	
	CUANTOS	**F**	**M**	**F**	**M**	**F**	**M**	**F**	**M**	**F**	**M**
DORMITORIOS											
DORMITORIOS											
RECIBO O SALA											

Si alguno de los ambientes apartes 42 a 52 es utilizado para d
Especifiqué el código a que corresponde usando el número de la pregunta y especifiqué el número de cada grupo de edad y sexo.

Pregunta 54

54. Cuantas familias o grupos de personas mantienen los gastos separados para comer. ___ **Cada familia o grupo conforman un hogar censal diferente**.	- Anote el número de hogares censales que viven en la vivienda. - Llene un cuestionario para cada hogar censal. -Informe a los encuestados que cada persona, familia o grupo de persona que mantiene gasto separados para comer, forman un hogar censal y que en cada grupo se llenará un cuestionario por separado.

QUE HACER CUANDO EN UNA VIVIENDA VIVAN MAS DE UN HOGAR O FAMILIA CENSAL

En una vivienda pueden convivir un hogar censal o varios hogares censales.

HOGAR CENSAL:

Esta formado por una persona o un grupo de personas, con o sin vínculos familiares, que además compartir la misma vivienda y sus servicios también mantienen un gasto común para comer.

TIPOS DE HOGARES

HOGAR UNIPERSONAL	**HOGAR MULTIPERSONAL**
Formado por una sola per-sonas que vive sola o como inquilino.	Formado por dos o más personas.
GASTOS COMUNES	**GASTOS SEPARADOS**
Se le considera que las familias o grupos de Personas que viven en una misma vivienda y tienen gasto comunes cuando estas familias o grupos compran y preparan juntas las comidas. En estos casos se consideran como un solo hogar censal independientemente del número de familias o grupos.	Se considera que las familias o grupos de personas que viven en una misma vivienda y tienen gastos separados, cuando estas familias o grupos compran y preparan aparte sus comidas. Habrá tanto hogares censales como grupos que compran y preparan aparte sus comidas.

Si la vivienda es una pensión, residencia estudiantil, hospedaje o casa de vencida llene tantos cuestionarios como hogares censales (unipersonales o multipersonales) encuentre en la vivienda.

¿COMO LLENAR LOS CUESTIONARIOS CUANDO HAY MAS DE UN HOGAR CENSAL?

HOGAR 1.

Continúe la entrevista en el mismo cuestionario a partir de la pregunta 53, hasta encuestar todas las personas de este hogar.

HOGARES 2 o MÁS:

Utilice otro cuestionario para cada hogar y copie en la identificación de la vivienda y familia los siete puntos que lleno en la primera encuesta. **Recuerde que se trata de la misma vivienda.** Deje en blanco las preguntas 1 a la 52 y comience a entrevistar a partir de la pregunta 53.

REPITA ESTOS PASOS PARA EL RESTO DE LOS HOGARES QUE IDENTIFICO EN LA VIVIENDA

Pregunta 55

IMPORTANTE

1. Asegúrese de anotar los niños pequeños y ancianos.
2. No anote a personas que viven habi tualmente en otro lugar.

Para determinar si una persona es residente habitual del hogar, se debe tener en cuenta las siguientes reglas de residencia:

Son residentes habituales del hogar:

1. Quienes viven normalmente en el hogar y se encuentran presentes en el momento del censo
2. Quienes viven normalmente en el hogar, pero para el momento del censo se encuentran ausentes por estar temporalmente dentro o fuera del país, pero regresara al hogar al pasar esta circunstancia.

Ejemplo: por razones de trabajo, vacaciones, enfermedad, operación quirúrgica, u otro motivo.

3. Quienes no tienen residencia habitual fija en otro lugar y se encuentran en la vivienda al momento del censo.

SIEMPRE se considera residente habitual del hogar al jefe del hogar y a la esposa (o) compañera (o), aunque viva la mayor parte del tiempo en el lugar de trabajo.

- **Incluya** a las personas fallecidas en un tiempo menor de una semana al momento de la encuesta, colocando al lado de su nombre una cruz (+)
- **Incluya** a las personas nacidas en un tiempo menor de una semana al momento de la encuesta, colocándole en el recuadro donde se cite su nombre (Pregunta 55) un subrayado para ser identificada como tal.

Pregunta 58

	PREGUNTE AL INFORMANTE ¿Durante el año pasado o lo que va de este año ha muerto algún familiar o persona que habitaba regularmente en este hogar?. Si le contesta Si pídale que le especifique Nombre del difunto (como se llamaba). ¿Cuál era la edad que tenía? ¿Cuál fue la fecha en que murió? ¿En que Prefectura fue asentada o reportada la muerte? ¿Cuál fue la causa de la muerte que le escribieron certificado de defunción?

Pregunta 56 a 60

En los espacios de la pregunta 56 debe anotar a todas las personas que son miembros del hogar de la siguiente forma:

siguiendo el ejemplo:

- Pregunte y anote el apellido y nombre de cada una de las personas comenzando por el jefe del hogar y a continuación el resto de las personas en el orden que indica la instrucción.

57 A medida que lista las persona:
Anote el parentesco o relación con el Jefe del hogar en la columna correspondiente.

59 Anote el código según el sexo.

60 Anote el mes y año de nacimiento de la persona.

Si la persona no sabe la fecha completa o la edad averiguelo con la cédula de identidad o anote lo que sepa.

¿QUE HACER CUANDO EN EL HOGAR HAY MAS DE 10 PERSONAS EN EL HOGAR?

UTILICE CUANTOS CUESTIONARIOS NECESITE PARA LISTAR A TODA LAS PERSONAS.

Cuando utilice un segundo cuestionario.

1) En la sección de identificación de la vivienda, copie los 7 puntos de la primera parte y escriba debajo del INSTITUTO DE SALUD TOTAL

(ES CONTINUACIÓN DE LA FAMILIA).

Recuerde que se trata de la misma vivienda y familia.

2) Deje en blanco desde la pregunta 1 a la 54.

3) Continúe listando a las personas comenzando por la número 11.

4) Continúe la entrevista en el primer cuestionario a partir de la pregunta 55.

REPITA ESTOS PASOS SI NECESITA UTILIZAR OTROS CUESTIONARIOS PARA TERMINAR DE LISTAR A TODAS LAS PERSONAS DEL HOGAR

Pregunta 61

Lea la pregunta 61a y especifique a cada persona la ciudad, estado o país o pueblo de procedencia.

Lea la pregunta 60b y especifique el tiempo en meses o años que reside en este sector.

Pregunta 62

PREGUNTE AL INFORMANTE o directamente al miembro del hogar.
¿Cual es su situación conyugal actual y coloque el código que corresponde - En los casos de los códigos.
1. Unido 2. Casado
Si vive su esposa(o) compañera(o) en este hogar anote en **EL ESPACIO EL NUMERO DE SU** pareja separado del anterior por una línea inclinada.

El primer número o pequeño corresponde a la situación conyugal y el segundo número grande corresponde al número de de persona.

Pregunta 63

PREGUNTE AL INFORMANTE
o directamente a la persona.

¿Cual es el nivel de
educación formal a la que llego?
Coloque el código corres-
pondiente

¿Cual es último grado, año
o semestre aprobado?
Coloque en número el año
o grado aprobado.

En el caso de haber
Llegado a los niveles
6. Técnica.
7. Universitario.
8. Postgrado.

Especifique en el espacio
de carrera
C. Si la esta cursando.
T. Si se gradúo.

También especifiqué el nombre
de la carrera o profesión.

Pregunta 64 y 65

PREGUNTE AL INFORMANTE
o directamente a la persona mayor de 3 años.

Sí
¿Esta asistiendo a un centro de educación preescolar, básica, media, diversifica, técnica o superior?

Si constesto Sí
salte a
pregunta 66.

Si contesta No
continúe
con la pregunta 65

¿Cual es la causa principal por la cual no asiste regularmente a un centro de enseñanza?

Escribe el número del código al que pertenezca la respuesta y en el caso de otra especifique la causa.

Pregunta 66
-

PREGUNTE A LA PERSONA O AL INFORMANTE.	ACLARATORIA DE LAS POSIBLES RESPUESTAS
¿En cual situación laboral se encuentra actualmente? Escriba en la correspondiente al código (COD.) el código de la situación en la que se encuentra. En caso de que este trabajando específique el tipo de trabajo que realice. Si NO esta trabajando especifique el trabajo o profesión en la que esta capacitado. En caso de una incapacidad especificar el impedimento que presenta.	TRABAJANDO. Persona que realiza cualquier actividad productiva y recibe pago en dinero u especie. Ejemplo: Persona que produce, vende, o presta algún servicio, trabajo por su cuenta, cumple servicio en las Fuerzas Armadas, servicio doméstico, etc. Incluye aquellas personas que ayudan a un familiar en una actividad económica sin recibir pago.
	2. **SIN TRABAJAR PERO TIENE TRABAJO** Persona que tiene un empleo, trabajo o negocio, pero que para el momento del censo no esta trabajando por estar de vacaciones, permiso, enfermedad, huelga etc.
	7. **BUSCANDO TRABAJO HABIENDO TRABAJADO ANTES** Persona desempleada que esta realizando diligencias para conseguir trabajo y ha trabajado antes.
	3. **BUSCANDO TRABAJO POR PRIMERA VEZ**. Persona que esta realizando diligencia para conseguir trabajo, pero que nunca ha trabajado.
	4. **EN QUEHACERES DEL HOGAR**. Persona que se dedica al cuidado del hogar y no realiza alguna actividad productiva.
	5. ESTUDIANDO SIN TRABAJAR. Persona que se dedica al estudio y no realiza ninguna actividad productiva.

8. COMO PENSIONADO O JUBILADO SIN TRABAJAR.

Persona cuyos únicos ingresos provienen de una pensión o jubilación y no realiza ninguna actividad productiva.

9. **INCAPACITADO PERMANENTE PARA TRABAJAR**

Persona que debido a una incapacidad permanece por enfermedad, accidente o impedimento no realiza alguna de las actividades productivas.

10. **OTRAS SITUACIONES**.

Personas que no se pueden incluir en algunas de las categorías anteriores
Ejemplo:
Personas que no quieren o no les interesa trabajar, trabajan cuando quieren no pueden trabajar por incapacidad temporal, etc.

Pregunta 67

PREGUNTE A LA PERSONA QUE TRABAJA

¿Cuanto gano en total por el concepto de sueldo o salario, propinas, primas, bonificaciones, comisiones, durante el mes pasado en todo su trabajos?

Pregunta 68

PREGUNTE A LA PERSONA AL INFORMANTE

¿A cuál de los siguientes sistemas de previsión social esta afiliado o pertenece ?

Escriba uno o más códigos según la respuesta.

Luego Pregúntele Cuando usted o alguno sus familiares enferman.

¿ A cual sistema de previsión o centro de atención médica le solicita atención?

Pregunta 69

PREGUNTE A LA PERSONA SI ELLA CONTRIBUYE CON LOS GASTOS DEL HOGAR.

¿Los gastos del hogar dependen de Usted? Coloque el código correspondiente a la respuesta obtenida.

Pregunta 70

PREGUNTE A LA PERSONA O AL INFORMANTE.

¿Cuales son las principales fuentes de ingresos de esta familia u hogar? Coloque los códigos que correspondan con el ingreso recibido por cada persona.

En caso de que alguna persona tenga varias fuentes de insos.

AYÚDELE A LA PERSONA a **calcular el monto total de bolívares** que recibió en el mes inmediato anterior.

Pregunta 71 a 75

PREGUNTE Directamente a la persona o en casos de niños hágalo a su representante o hermanos mayores.

71. Se refiere a 2 o más evacuaciones líquidas o acuosas seguidas en un solo día.

72 y 74 El supervisor él cual es un médico general o especialista, realizará estas 2 preguntas e indagara para obtener datos objetivos y precisos.

Ejemplo:

¿Cuales fueron los síntomas que presento o que presenta?

¿que tipo de medicamentos le fueron indicados o esta, tomando para controlarse la enfermedad?

¿Cuál médico lo esta controlando?

De ser un centro asistencial le preguntara por el nombre del sistema y el **número de la Historia Clínica** que **anotara** en un espacio de la planilla.

74.1. Flujo genital, cualquier secreción que no sea cristalina como clara de huevo, que expulse por la vagina.

74.1. En código coloque 1 ó 2 de acuerdo a la respuesta.

74.2. En la edad coloque en número los años de edad que tenía cuando salió embarazada por primera vez.

Pregunta 76

CLAVE
ANTES DE REALIZAR ESTA PREGUNTA ESPLIQUELE A LOS INFORMANTES QUE ESTA INFORMACIÓN ESTÁ BAJO SECRETO ESTADISTICO Y QUE SI LO DESEA PUEDE LUEGO DE MANERA CONFIDENCIAL DAR LA RESPUESTA

DIRÍJASE A LA PERSONA DIRECTAMENTE. **PREFERIBLEMENTE A SOLAS**

Pregunta 77

¿Con regularidad usted o esta persona realiza ejercicios físico o practica algún deporte?

Si responde afirmativamente, pídale que **especifique** el ejercicios o deporte que practica con regularidad ¿**Cuantos días A la semana lo practica?**

Preguntas de los anexos 1.2 y 1.3

1.2. La planilla para identificación de problemas y necesidades sentidas en los hogares y por la comunidad (anexo 1.2)
1.3. La planilla para que seleccionen en orden de importancia 3 cursos que estés deseando realizar (anexo 1.3).

Se entregan dos de cada una por cada hogar.

- ✓ Uno para ser llenado por personas con edades entre 15 a 25 años,
- ✓ Otro para ser llenado por mayores de 25 años.

Si los encuestados le piden que se lo llenen, léale objetivamente las preguntas sin realizar otro comentario y **escriba textualmente lo que le contesta.**

CAPITULO TRES

PROYECTOS OPERATIVOS PARA LA CONSOLIDACIÓN DE LA RED DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

INSALUT

INSTITUTO DE SALUD TOTAL

UNIDAD PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DEL SER HUMANO

SISTEMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DEL IPAS-ESTADAL DEL ESTADO MÉRIDA

DR. HENRY BARRIOS-CISNERO
INVESTIGADOR EN SALUD HOLÍSTICA
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA
DIRECTOR DE INSALUT
INTERNISTA DEL IPAS-ESTADAL

MÉRIDA
FEBRERO 1999

PRESENTACIÓN DEL PROYECTO

1. IDENTIFICACIÓN:

1.1. NOMBRE: SISTEMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DEL IPAS-ESTADAL DEL ESTADO MÉRIDA.

1.2. DURACIÓN: 1999 – 2001 Luego pasa a ser **Programa de Promoción de la Salud**

1.3. FECHAS DE REVISION: Julio 99, diciembre 1999, julio 2000, diciembre 2000 julio 2001 y diciembre 2001

1.4. RESPONSABLES: Dr. Henry Barrios-Cisnero, Lic. Emilse Arias y Dra. Elodia Buitriago

1.5. METAS:

Consolidar una **Red Operativa de Promoción de la Salud** en el IPAS-ESTADAL de Mérida, dedicada al fomento y mejoría continua del estado de salud global de sus afiliados y beneficiarios.

Establecer una eficiente red de Entrenadores de Promotores de Salud Natural que contribuyan a que cada uno de los afiliados y beneficiarios consoliden una vidas productiva, saludable y feliz.

Mediante los Proyectos Pedagógicos Plantel y la Red Operativa de Promoción de la Salud, integrar a los diferentes miembros de la comunidad escolar (directivos, docentes, alumnos, padres y representante, personal administrativo y obrero) y a éstos con los miembros de la comunidad local, para el fomento de la **cooperación reciproca y armónica de recursos** que permitan cambiar y mejorar de manera reciproca las necesidades de **salud global**.

1.6. PROPÓSITO: Eliminar y/o controlar los factores de riesgo que mantienen las 10 principales causas de consulta y reforzar la consolidación de los hábitos y condiciones de vida fomentadoras de la salud global y del bienestar humano. Apoyándose en los principios científico y gerenciales de la Salud holística, la psiconeuroinmunología y la promoción de la salud. Con una cooperación armónica de recursos a nivel transdisciplinario.

2. RESULTADOS A LOGRAR CON EL PROYECTO.

Es de resaltar que el SISTEMA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DEL IPAS-ESTADAL DEL ESTADO MÉRIDA. Se planifica como un **proyecto piloto de investigación operativa**, que pretende experimentar a pequeña escala la integración de los principios científico y gerenciales más eficientes de la Salud holística, la Psiconeuroinmunología y la Promoción de la Salud. Con la que se proporcione una base racional para introducir numerosas innovaciones eficientes y mejoras fundamentales en los programas de salud del estado Mérida. Sus resultados son:

2.1. Consolidar una **Red Operativa de Promoción de la Salud** en el IPAS-ESTADAL de Mérida, dedicada al fomento y mejoría continua del estado de salud global de sus afiliados y beneficiarios.

2.1.1. Tres Entrenadores de Promotores de Salud Natural por cada plantel educativo perteneciente a la Gobernación del Estado Mérida. Bien capacitados como profesionales con alto nivel **científico y ético,** con capacidad docente como multiplicador de las herramientas de la Salud holística, la Psiconeuroinmunología y la Promoción de la Salud. Que apoyándose de manera persistente en las más versátiles bases filosóficas, científicas y gerenciales empleadas en el estudio de la Naturaleza Humana y del Desarrollo de la Humanidad y la gerencia estratégica, estará en capacidad de:

- Ejercer el liderazgo de ser un entrenador en la los diferentes miembros de la comunidad escolar (directivos, docentes, alumnos, padres y representante, personal administrativo y obrero) y a éstos con los miembros de la comunidad local. Para el fomento de la **cooperación reciproca y armónica de recursos** que permitan cambiar y mejorar de manera reciproca las condiciones y los hábitos prioritarios para consolidar vidas útiles, saludables y felices.
- Desarrollar y aplicar en atención consciente su cerebro analítico y creativo, para innovar y redefinir sus sistemas de pensamientos, sentimientos y acciones, en el ejercicio del **autoliderazgo** en el camino evolutivo de su vida, para fomentarse de manera continua una vida con **autentica salud holística**.
- Manejar de manera acertada y equilibrada las tensiones de su vida, emitiendo respuestas analíticas que le permitan cultivar su sabiduría para actuar basándose en las tendencias creadoras, facilitándose una vida plena de paz y armonía, cooperando con el fomento del bienestar humano, personal, familiar y comunitario.

2.1.2. Una brigada docente de promoción de la salud por cada plantel docente del estado Mérida que tenga afiliados al IPAS-ESTADAL. Para diciembre de 1999.

2.1.3. Un equipo de medicina de familia para la promoción de la salud por cada 500 afiliados y sus beneficiarios. Para diciembre de 1999.

2.1.4. Crear y consolidar una red de vigilancia epidemiológica aplicada, fundamentados en los más recientes avances científicos y tecnológicos de la investigación Clínico-epidemiológica y la informática que sirva de manera eficiente de base de datos, evaluación y asesoría científica en el desarrollo del proyecto. Para julio de 2000.

2.2. Establecer una eficiente red de Entrenadores de Promotores de Salud Natural que contribuyan a que cada uno de los afiliados y beneficiarios consoliden unas vidas productiva, saludable y feliz.

2.2.1. Realizar un curso de entrenadores de promotores de salud natural el cual debe terminar en julio de 1999 y mantener cursos continuos para capacitar nuevos entrenadores cada seis meses. Dictar talleres vivenciales de capacitación y formación continua para la aplicación eficiente de las herramientas de la Salud holística, la Psiconeuroinmunología y la Promoción de la Salud.

2.2.2. Capacitación adecuada como promotores de Salud Natural, a todos los docentes afiliados al IPAS-ESTADAL que laboren en los centros educativos de la gobernación del estado Mérida. Para diciembre del 2000.

2.2.3. Desarrollar líneas de investigación total (Cualitativa y cuantitativa) aplicada, en el campo de la promoción de salud natural, salud holística y psiconeuroinmunología. Que sirvan de base para tesis de grado, postgrado, ascenso o para programas gubernamentales o de empresas privadas. Iniciar a más tardar en julio de 1999.

2.3. Mediante los Proyectos Pedagógicos Plantel y la Red Operativa de Promoción de la Salud, integrar a los diferentes miembros de la comunidad escolar (directivos, docentes, alumnos, padres y representante, personal administrativo y obrero) y a éstos con los miembros de la comunidad local para el fomento de la **cooperación reciproca y armónica de recursos** que permitan cambiar y mejorar de manera reciproca las necesidades de **salud global**.

2.3.1. Desarrollar programas de capacitación en promoción de la salud natural a los miembros de la comunidad escolar (directivos, docentes, alumnos, padres y representante, personal administrativo y obrero). Que serán sometidos aprueba en septiembre de 1999 e implementados a partir de septiembre del 2000.

2.3.2. Crear una brigada escolar o juvenil de Promotores de la salud por cada plantel educativo. Con capacidad para detectar los factores de riesgo para la salud del alumno y sus necesidades reales y buscar e implementar soluciones desde el ámbito escolar y comunal. Estarán consolidadas a más tardar para septiembre del 2001.

2.3.3. Crear una brigada de padres y representantes para promoción de la salud natural, por cada centro educativo. Con capacidad para detectar los factores de riesgo para la salud de la comunidad y sus necesidades reales y buscar e implementar proyectos de soluciones con la cooperación armónica entre la escuela y la comunidad. Estarán consolidadas a más tardar para diciembre del 2001.

3. BENEFICIOS DEL PROYECTO:

Con el logro de los resultados los afiliados y beneficiarios del IPAS-ESTADAL de Mérida tendrán:

3.1. Una red de Promoción de la Salud que les garantiza de manera eficiente una optima y oportuna asistencia de salud global, desde el sitio de trabajo hasta los centros de atención médica del estado. Con énfasis en la promoción y previsión de salud, para mejorar continuamente su bienestar humano y productividad.

3.2. Una fuente de aprendizaje evolutivo para mejorar continuamente las condiciones y los hábitos de vida que le permita en atención consciente a vivir cada momento presente de su vida, autorrealizarse como seres humanos y consolidar una vida útil saludable y feliz.

3.3. Un Laboratorio vivencial para que con fundamentos científicos y gerenciales los docentes puedan consolidar los objetivos del Proyecto Pedagógico Plantel y el Proyecto Pedagógico de Aula. O cualquier otro programa de enseñanza aprendizaje que tenga una dimensión educativa global y como propósito esencial el fortalecimiento del **Ser** de los educandos.

Por otro lado el Estado Mérida lograra:

Un centro vivencial con bases científicas, para el desarrollo e implementación de las áreas prioritarias y la cooperación técnica con la Organización Mundial de la Salud en las siguientes orientaciones estratégicas:

- Salud en el Desarrollo Humano
- Desarrollo de Sistemas Eficientes de Servicios de Salud
- Promoción y Protección de la Salud
- Protección y Desarrollo Ambiental
- Prevención y Control de enfermedades

4. NECESIDADES:

Para el logro de los resultados esperados y, por consiguiente, de los beneficios que aporta el proyecto, es necesario:

4.1. Que los gremios de educadores y afiliados al IPAS-ESTADAL respalden el proyecto y autoricen el financiamiento necesario para su implementación.

4.2. Que los empleados y afiliados del IPAS-ESTADAL participen activamente y/o faciliten el desarrollo del proyecto, cooperando armónicamente. Estando consciente que la más eficiente y lucrativa inversión, es la que hacemos por Fomentar y mejorar nuestra salud y bienestar.

4.3 La participación activa de los afiliados y beneficiarios del IPAS-ESTADAL, en conjunto con las comunidades escolares y comunidad en general para la cooperación armónica de recursos (**T**iempo libre, **E**species y cosas, **D**inero, **I**deas acertivas, **G**erenciados **E**ficientemente). Para el mejoramiento continuo de las creencias y practica de los hábitos del estilo de vida, las condiciones de vida y los medios de producción. Mediante el **TEDI-GE.**

4.4 Que la Gobernación del estado aporte las facilidades para que su personal afiliado al IPAS-ESTADAL, se capacite como Entrenadores o Promotores de Salud Natural.

4.5 Que con la asesoría de FUNDACITE, RED-ULA y OPS se instale la red informatizada de vigilancia epidemiológica.

5. EVALUACIÓN:

El cumplimiento de este proyecto y sobretodo su impacto y beneficios a la comunidad del IPAS-ESTADAL, se valorarán mediante:

5.1 Los informes de los resultados de los trabajos de investigación operativa y evaluativa sobre la eficiencia, y el impacto en su ejecución.

5.2 Los informes de las evaluaciones programadas semestralmente, aplicando las técnicas de monitoreo continuo del logro del tiempo útil para el cumplimiento de las metas.

5.3 Mediante los indicadores del sistema de vigilancia epidemiológica.

5.4 Revisiones de las Curriculum del Curso Superior de Entrenadores de Promotores de salud.

5.5 Informes de supervisiones y auditorías externas.

6. ACTIVIDADES.

6.1 Presentar el Proyecto de Promoción de la Salud a las autoridades del IPAS-ESTADAL, a los representantes gremiales y a los afiliados. Para su análisis, redefinición y respaldo. La presentación a las autoridades y a los gremios se realizara el 06 - 01-1999 y a los afiliados podría ser el día del educador 15 – 01 1999.

6.2 Realizar el curso de Facilitadores para el Manejo Adecuado del Estrés. El mismo iniciara el 22 - 01 –1999 y esta programado terminar el 11 - 06 – 1999.

6.3 Aplicar el censo de las necesidades sentidas por los afiliados y el socioeconómico diagnostico del nivel de salud de los afiliados y beneficiarios. Para ello se puede aplicar las encuestas presentadas en el anexo 1, iniciando por las escuelas que están en los centros poblados.

6.4 Realizar un taller donde se presente los resultados del censo, se redefinan y prioricen las necesidades de salud sentidas y se planifique un proyecto para su solución con la participación activa de los participantes.

6.5 Implementar un curso de capacitación de Entrenadores de Promotores de Salud Natural. El mismo será inicialmente un complemento de la actividad 5.2. y luego se implementara con los egresados que salgan más capacitados el curriculum y los manuales de apoyó didáctico del entrenador y del Promotor de Salud Natural. Para la formación y actualización regular de los mismos.

6.6 Crear una red de capacitación de Promotores de Salud Natural. Donde los docentes que reciban el curso superior de entrenadores entrenan a sus colegas en sus escuelas, apoyándose con el manual del Entrenador y del Promotor de Salud.

6.7 Instalar la brigada docente de promoción de la salud por cada plantel docente del estado Mérida que tenga afiliados al IPAS-ESTADAL. Las cuales deben estar consolidadas en un 50% para diciembre de 1999.

6.8 Crear y consolidar los equipo de Medicina de Familia para la Promoción de la Salud por cada 500 afiliados y sus beneficiarios. Para diciembre de 1999.

6.9 Crear y consolidar una red de vigilancia epidemiológica aplicada, fundamentados en los más recientes avances científicos y tecnológicos de la investigación Clínico-epidemiológica y la informática que sirva de manera eficiente de base de datos, evaluación y asesoría científica en el desarrollo del proyecto. Para julio de 2000.

6.10 Crear al nivel de cada escuela los puestos de atención Primaria de la Salud Natural y de la red de vigilancia epidemiológica.

6.11 Desarrollar e implementar las líneas de investigación total (Cualitativa y cuantitativa) aplicada, en el campo de la promoción de salud natural, salud holística y psiconeuroinmunología. Que sirvan de base para tesis de grado, postgrado, ascenso o para programas gubernamentales o de empresas privadas. Iniciar a más tardar en julio de 1999.

6.12 Planificar y ejecutar proyectos de investigación aplicada con énfasis en promoción de la salud y que permitan general una conciencia holística. Que le permita a los afiliados y beneficiarios un mejoramiento continuo de sus condiciones de vida y hábitos del estilo de vida, que les permitan consolida un optimo bienestar y salud global.

6.13 Realizar auditorias y evaluaciones periódicas sobre la utilización eficiente, la productividad de los recursos y el cumplimiento de metas.

6.14 Contratar y capacitar al personal necesario para el establecimiento de la red de vigilancia epidemiológica y crear instrumentos de registros más versátiles.

6.15 Crear una brigada escolar o juvenil de Promotores de la salud por cada plantel educativo. Con capacidad para detectar los factores de riesgo para la salud del alumno y sus necesidades reales y buscar e implementar soluciones desde el ámbito escolar y comunal. Estarán consolidadas a más tardar para septiembre del 2001.

6.16 Crear una brigada de padres y representantes para promoción de la salud natural, por cada centro educativo. Con capacidad para detectar los factores de riesgo para la salud de la comunidad y sus necesidades reales y buscar e implementar proyectos de soluciones con la cooperación armónica entre la escuela y la comunidad.

EL PROPÓSITO DE LA EDUCACIÓN DEBE SER
AYUDAR A LAS PERSONAS A ADQUIRIR
LOS CONOCIMIENTOS, HABILIDADES Y CONCIENCIA NECESARIOS
PARA HACER FRENTE A LAS NECESIDADES DE LA VIDA Y RESOLVERLAS

LO MÁS IMPORTANTE PARA UN ENTRENADOR DE PROMOCIÓN SALUD
ES HACERSE TAN INNECESARIO COMO SEA POSIBLE,
HÁGASE CAPACITADOR DE MAESTROS. LUEGO, SOLO ASESOR
RETIRÁNDOSE POR COMPLETO LO MÁS PRONTO POSIBLE

David Werner y Bill Bower

INSALUT

INSTITUTO DE SALUD TOTAL

UNIDAD PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DEL SER HUMANO

CURSO PRÁCTICO EVALUDO
FORMACIÓN DE FACILITADOR PARA

EL MANEJO ADECUADO DEL ESTRÉS Y LA ANSIEDAD

PROGRAMA

FACILITADOR:
Dr. Henry Barrios-Cisnero
INVESTIGADOR EN SALUD HOLÍSTICA
ESPRCIALISTA EN MEDICINA INTERNA

MÉRIDA
DICIEMBRE DE 1998

INSALUT

INSTITUTO DE SALUD TOTAL
UNIDAD PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DEL SER HUMANO

CURSO PRÁCTICO
FORMACIÓN DE FACILITADOR PARA EL MANEJO ADECUADO DEL ESTRÉS Y LA ANSIEDAD

INTRODUCCIÓN Dr. Henry Barrios-Cisnero

Este curso es un taller práctico donde el futuro facilitador se apropia de las bases científicas, filosóficas y gerenciales de la **SALUD HOLÍSTICA,** La Neurolingüística y la Psiconeuroinmunología. Para gerenciar de manera eficiente los recursos que le provee: el creador a través de la naturaleza para su gozo existencial; los avances científicos y tecnológicos del progreso para el disfrute de su bienestar; las facilidades de sus seres amados y los recursos propios para consolidar una vida saludable, útil y feliz. Apoyándose en las herramientas de gerencia estratégica y mejoramiento continuo, para lograr su salud total y la de sus seres amados, a la vez que sirve de facilitador psicoterapeuta a los seres humanos que soliciten sus servicios.

El propósito fundamental de este curso es el de facilitarle de la manera más eficiente posible, las herramientas más versátiles conocidas hasta el presente para que con su persistencia, usted de manera constante se ocupe en permitir que fluya todo el infinito potencial de amor, sabiduría y creatividad que existe en la semilla de su ser. Así consolidar su autorrealización y transcendencia, mediante el conocimiento y consolidación con eficiencia y humildad de su misión de vida. A su vez que, por medio de la asesoría psicológica, le aporte estas herramientas a los semejantes que le consulten para que al igual que usted, consoliden su salud holística.

Para consolidar y gozar de una vida útil, saludable y feliz; sentirnos autorrealizados y transcender en el camino evolutivo de nuestra vida terrenal, es necesario hacernos conscientes, comprender y liberarnos de la raíz o causa básica que nos impulsa a responder reactivamente y conque condicionamos nuestro presente y futuro. La cual reside en las creencias primarias que asentaron las bases de nuestro sistema de creencias. También es fundamental el estar claro de nuestros principios de vida, el propósito de nuestra existencia y nuestra misión de vida. Con lo que definiremos claramente la prioridad de nuestras metas fundamentales en el camino evolutivo de nuestras vidas.

Apoyándonos en las bases filosóficas, científicas y gerenciales que nos aportan los más recientes avances científicos y tecnológicos empleados en el estudio de la naturaleza humana y la gerencia del desarrollo de la humanidad. Se te aporta esta herramienta eficiente por ser sencilla de aplicar y evaluar, ser inocua y generar el máximo bienestar y salud, a la vez que minimiza el sufrimiento o la enfermedad con la menor inversión de recursos. De manera tal que prestes atención a las tendencias universales creadoras que te aportan grandes oportunidades para que goces de una vida saludable y feliz.

Agradezco de todo corazón al creador: amor, sabiduría y persistencia para que siempre tengamos presente que somos sus hijos, conocer y cumplir con eficiencia, alegría y humildad nuestra misión de vida y nos ilumine para permitirnos que fluya todo el potencial de infinito amor y seguridad de nuestro ser.

INSALUT

INSTITUTO DE SALUD TOTAL
UNIDAD PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DEL SER HUMANO

PERFIL DEL FACILITADOR PARA EL MANEJO ADECUADO DEL ESTRÉS Y LA ANSIEDAD

El egresado del Instituto de Salud Total, como FACILITADOR PARA EL MANEJO ADECUADO DEL ESTRÉS Y LA ANSIEDAD. Se capacitará como un profesional con alto nivel **científico y ético,** con capacidad docente como multiplicador de las herramientas de la neurolingüística, la psicoterapia evolutiva, la atención consciente y autogerencia de vida saludable. Que apoyándose de manera persistente en las más versátiles bases filosóficas, científicas y gerenciales empleadas en el estudio de la Naturaleza Humana y del Desarrollo de la Humanidad y la psiconeuroinmunología, estará en capacidad de:

- Ejercer el liderazgo de su vida y ser un guía de sus seres amados y semejantes en cualquiera de las áreas vitales donde se desempeñe, para consolidar una vida útil, saludable y feliz.
- Desarrollar y aplicar en atención consciente su cerebro analítico y creativo para innovar y redefinir sus modelos mentales y acciones, en el ejercicio del autoliderazgo en el camino evolutivo de su vida para fomentarse de manera continua una vida con autentica salud holística.
- Manejar de manera acertada y equilibrada las tensiones de su vida, emitiendo respuestas analíticas que le permitan cultivar su sabiduría para actuar basándose en las tendencias creadoras, facilitándose una vida plena de paz y armonía, cooperando con el fomento del bienestar humano, personal, familiar y comunitario.

EVALUACIÓN Y ACREDITACIÓN

Se realizara sobre los aspectos teóricos como prácticos del curso con la escala de 20 puntos, siguiendo el siguiente esquema:

1ro.	Destrezas en la aplicación de la facilitación	40%
2do.	Informe de actividades asignadas	40%
3ro.	Exposición de seminarios	10%
4to.	Dominio de conceptos básicos	10%

Se otorgara a cada participante que obtenga una calificación mayor de 15 puntos, un certificado de haber aprobado el curso de **Facilitador para el Manejo Adecuado del Estrés y la Ansiedad**, avalado por el **Instituto de Salud Total** y el **IPAS-ESTATAL**. Es de resaltar que hasta el momento este certificado no tiene reconocimiento por el Ministerio de Educación Venezolano.

HORARIO

Durante la capacitación de los facilitadores las clases se darán con un mínimo de cinco horas presenciales por semana durante los días viernes, de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. para completar un mínimo de 100 horas presenciales de formación. Se realizara en 1999, siguiendo el cronograma propuesto a continuación: Enero 22 y 29, febrero 5, 12, 19 y 26; marzo 5, 12, 19, 26; abril 2, 9, 16, 23, 30; mayo 7, 14, 21, 28; junio 4 y 11.

INVERSIÓN Y MATRÍCULA

Es de resaltar que este curso será dictado solo a empleados y docentes afiliados al IPAS-ESTADAL de Mérida. La inversión para apropiarse del manejo eficiente de estas herramientas para que consolides una vida útil, saludable y feliz en unión con tus seres amados, es gratis. El cupo máximo es de 25 participantes. Para inscribirte anticipadamente es necesario:

- Adquirir en el IPAS-ESTADAL. El programa del curso con sus bases teóricas y leerlo objetivamente.
- Entregar en los lugares de inscripción: Tu curriculum vital y la planilla de inscripción.

LUGARES DE INSCRIPCIÓN E INFORMACIÓN

- **Secretaría de IPAS-ESTATAL**: Av. Principal el Campito, Telefono: (074) 441259

Para los interesados, habrá una reunión preparatoria el viernes 15 de enero de 1999, en la sala de reuniones del Colegio de Licenciados en Educación- Mérida

INSALUT

INSTITUTO DE SALUD TOTAL

UNIDAD PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DEL SER HUMANO

CURSO PRÁCTICO

FORMACIÓN DE PSICOTERAPEUTAS PARA EL MANEJO ADECUADO DEL ESTRÉS Y LA ANSIEDAD

TEMARIO

1. PERFIL DEL FACILITADOR PARA EL MANEJO ADECUADO DEL ESTRÉS Y ANSIEDAD

1.1. ¿Qué es un facilitador para el manejo adecuado del estrés y ansiedad?

1.2. ¿Por qué es necesario el facilitador para el manejo adecuado del estrés y ansiedad?

1.3. ¿Para que es necesario?

1.4. ¿Cómo se realiza una facilitación?

2. COMPRENDIENDO LAS RAICES DEL ESTRÉS Y LA ANSIEDAD

2.1. ¿Qué es el estrés y la ansiedad?

2.2. ¿Cuál es su causa?

2.2.1. El sistema de creencias:

2.2.2. Creencias emocionales primarias

2.2.3. Respuestas reactivas y respuestas analíticas

2.3. Síntomas ante las emociones generadas por la evaluación de los estímulos percibidos.

2.4. Síntomas asociados a los niveles de estrés.

2.4.1 Diagnóstico de mi nivel de estrés y ansiedad (práctica)

2.5. Enfermedades específicas con síntomas que se confunden con la ansiedad.

2.6. La ley del autocumplimiento de la atención en las tendencias universales.

2.7. Efecto Galatea y efecto Pingalión (vídeo VHS)

2.8. Psiconeuroinmunología (lectura crítica)

3. **SER HUMANO**

3.1. El componente **Ser** y el componente Humano.

3.2. El **Ser** y el ego.

3.3. El Ser y el hacer

3.4. La totalidad del Ser Humano (Seminario 1)

3.4.1. Cómo se ve el ser humano en el marco de la salud holística.

3.4.2. Cuál es el perfil del ser humano sano.

3.4.2.1. Perfil espiritual del ser humano sano

3.4.2.2. Perfil psíquico del ser humano sano

3.4.2.3. Perfil orgánico del ser humano sano

3.4.2.4. Perfil social del ser humano sano

3.4.2.5. Perfil energético del ser humano sano

3.4.2.6. Cómo siento mi nivel de salud holística (práctica)

3.5. Las necesidades básicas del ser humano (seminario 2)

3.5.1. Necesidades espirituales

3.5.2. Necesidades psíquicas

3.5.3. Necesidades orgánicas

3.5.4. Necesidades sociales

3.5.5. Necesidades energéticas

3.5.6. Las áreas vitales del ser humano.

3.5.7. Las áreas vitales existenciales

3.5.8. Las áreas vitales culturales.

3.6. Desarrollo integral del ser humano.

3.6.1. Definición de mis necesidades básicas para mi desarrollo integral (práctica)

4. EL BIENESTAR O LA FELICIDAD HUMANA (seminario 3)

4.1. Dios nos proporciona nuestro gozo existencial

4.2. El avance científico y tecnológico nos ofrece el disfrute del bienestar

4.3. Nuestros seres amados y quienes nos estiman, nos facilitan nuestra felicidad

4.4. ¿Por qué razón sufrimos?

4.5. Amor y salud holística.

4.5.1. ¿Qué relación existe entre el amor y la salud holística?

4.5.2. ¿Cuáles son los fundamentos para decir que la causa básica del sufrimiento es la carencia de amor por nosotros mismos?

4.5.2.1. ¿Cuánto me amo? (práctica)

4.5.3. ¿Cuál es la diferencia entre amor y querer?

4.5.4. ¿Por qué los seres humanos dejamos de amar?

4.5.5. ¿Qué pasa cuando no nos amamos?

4.5.6. ¿Cómo saber con honestidad si realmente me amo?

4.5.7. ¿Cómo puede ayudarme a desarrollar mi amor por mi ser?

5. EL ACONDICIONAMIENTO PARA APRISIONAR AL SER (seminario 4)

5.1. Mi acondicionamiento básico según el Eneagrama (práctica)

5.2. La creencia de la primera separación

5.3. Acondicionamiento al hacer con aprisionamiento del **Ser**

5.4. Acondicionamiento al triunfo

5.5. Acondicionamiento al fracaso

5.6. Acondicionamiento a la desgracia

5.7. Mi autoacondicionamiento para reforzar mi creencia básica.

6. CONOCIÉNDOME Y COMPRENDIÉNDOME PARA AMARME

6.1. Mis emociones básicas predominantes.

6.2. Mis tendencias básicas predominantes.

6.3. Mi nivel de autorrealización en mis 18 áreas vitales

7. ACEPTANDO NUESTRA REALIDAD OBJETIVAMENTE (seminario 5)

7.1. Meditación Holística.

7.1.1. ¿Por qué la meditación holística es el más eficiente método para consolidarme con una vida útil, saludable y feliz?

7.1.2. Componentes de la meditación holística

7.1.2.1. Meditación Intelectual.

7.1.2.1.1. El círculo Heurístico.

7.1.2.1.2. La utilidad del circulo heurístico.

7.1.2.2. Meditación psicoespiritual

7.1.2.2.1. ¿Para que realizar meditación psicoespiritual?

7.1.2.2.2. ¿Cuales son las etapas de la meditación psicoespiritual?

7.1.2.2.3. ¿Cómo realizar la meditación psicoespiritual?

7.1.2.3. El Método Científico.

7.1.2.3.1 ¿Por qué el método científico?

7.1.2.3.2 ¿Para que aplicar el método científico?

7.1.2.3.3 ¿Cuáles son las etapas del método científico?

8. LA MEMORIA Y EL NIVEL EVOLUTIVO CEREBRAL

8.1. El cerebro triuno y la evolución cerebral de las especies.

8.2. El archivo de la memoria

8.3. El estado de atención consciente

9. SANACIÓN DE MI ESTRÉS Y ANSIEDAD

9.1. La metáfora del hijo de dios

9.2. Sanación psicoespiritual

9.2.1. El infinito poder del perdón

9.2.2. Sanando mis creencias de inseguridad o miedo

9.2.3. Sanando mis creencias de soledad o tristeza

9.2.4. Sanando mis creencias de rechazo o rabia

9.2.5. Sanando mis creencias de autoritarismo

9.2.6. Sanando mis creencias de sobreprotección

9.2.7. Permitiendo que fluya toda mi potencialidad del hijo de dios que soy

9.3. La salud total

9.4. La trascendencia de mis limitaciones o ego

10. CONSOLIDANDO MI DESARROLLO INTEGRAL COMO SER HUMANO

10.1. Principios esenciales del Ser Humano

10.1.1. Amor

10.1.2. Sabiduría

10.1.3. Servicio

10.1.4. Gozo existencial

10.1.5. Transcendencia del ego y transcendencia del **Ser**

10.1.6. Definiendo mis principios como ser humano (práctica)

10.2. El ser humano como una empresa

10.2.1. El líder

10.2.2. El director

10.2.3. El distractor

10.3. La empresa de mi vida

10.3.1. La presidencia

10.3.2. La gerencia

10.3.3. La administración

10.3.4. La secretaría de relaciones públicas

10.3.5. La dirección de procesos

10.4. Herramientas para la gerencia eficiente de mi **Ser**

10.4.1. El sistema integrado de mi vida

10.4.2. Las metas ideales en las 18 áreas vitales de mi vida

10.4.2.1. Criterios para definir las metas

10.4.2.2. Especificando las metas de mi vida (práctica)

10.4.2.3. Evaluación de la autorrealización en mis áreas vitales (práctica)

10.4.2.3.1. Estrella evaluativa de mis áreas vitales (práctica)

10.4.3. Autogerencia estratégica para una vida útil, saludable y feliz

10.4.3.1. Mi propósito de vida (práctica)

10.4.3.2. Mis principios de vida (práctica)

10.4.3.3. Mi misión de vida (práctica)

10.4.3.4. La matriz FODA

10.4.3.4.1. Mis fortalezas (práctica)

10.4.3.4.2. Mis oportunidades (práctica)

10.4.3.4.3. Mis debilidades (práctica)

10.4.3.4.4. Mis amenazas (práctica)

10.4.3.4.5. Formulación de estrategias (práctica)

10.4.3.4.6. Programación de mis metas más prioritarias (práctica)

10.4.3.5. Definición del procedimiento de evaluación y control (práctica)

10.5. Las leyes fundamentales para la toma de decisiones

10.6. El regalo supremo

11. CONSOLIDACIÓN DE MIS TENDENCIAS CREADORAS (seminario 6)

11.1. Autogerencia de vida saludable

11.1.1. Planificación de ideas

11.1.2. Tener un diagnóstico claro

11.1.3. Fijar metas de vida

11.1.4. Priorizar las metas

11.1.5. Programar mis dos metas más prioritarias

11.1.6. Presupuestar

11.1.7. Definir procedimiento de evaluación y control

11.1.8. Redefinición de la autogerencia de mi vida

12. LA ENFERMEDAD, UNA LECCIÓN DE VIDA (seminario 7)

12.1. Captar el mensaje de la lección

12.2. Aprovechar las grandes oportunidades que nos ofrecen los problemas o dificultades

12.3. El permitirse la salud y la felicidad

13. EDUCACIÓN HOLÍSTICA (seminario 8)

13.1. Educación para gozar de una vida útil, saludable y feliz

13.2. Educación para manejar adecuadamente el estrés

13.3. Educación para el desarrollo integral del ser humano

13.4. Educación para la vida

13.5. Desarrollando padres conscientes.

13.6. Redefiniendo el proceso educativo de nuestros seres amados (mesa de trabajo)

14. ENFOQUE PSICOTERAPÉUTICO AL SER HUMANO CONSULTANTE (práctica)

14.1. El diagnóstico de su causa básica mediante el test de armonía de los componentes de su ser

14.2. El diagnóstico de la raíz del distrés mediante el test del autoamor

14.3. Aplicación de la psicoterapia de **SANACIÓN PSICOESPIRITUAL**

14.4. Facilitando la redefinición del sistema de creencias

14.5. Facilitando la redefinición de su vida

15. EL PSICOTERAPEUTA HOLÍSTICO (mesa de trabajo)

15.1. Los principios del psicoterapeuta holístico

15.2. El propósito fundamental del psicoterapeuta holístico

15.3. La misión del psicoterapeuta holístico

15.4. Las estrategias del psicoterapeuta holístico

15.5. Integrando un equipo transdisciplinario de psicoterapeutas holísticos

INSALUT

INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD TOTAL

UNIDAD PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DEL SER HUMANO

SOCIEDAD LATINOAMERICANA DE MEDICINA NATURAL Y TRADICIONAL (SOLAMENAT)

ESCUELA DE MEDICINA NATURAL ESMENAT - MÉRIDA

CURSO SUPERIOR DE MEDICINA NATURAL

MICROCURRICULUM DEL MODULO

PROMOCIÓN DE LA SALUD HOLÍSTICA 1 Y 2

Prerequisito: Ser Cursante de la especialidad en **Medicina Natural**

Total horas: 80: Teóricas 30, practicas 44, evaluativas 6

El Módulo se inicia el: 27 de Febrero 1999, **Termina el:** 31 de Julio 1999

Curso Coordinado por Dr. Henry Barrios-Cisnero.
Facilitador: Dr. Henry Barrios-Cisnero.

Días de Clase: Sábado de 3 p.m. a 7 p.m. Febrero: 27, Marzo: 13 y 27; Abril: 10, 17 y 24; Mayo: 1, 8, 15, 22, 29 Junio: 5, 12, 19 y 26 Julio: 3, 10, 17, 24, 31

Parciales: I, el **26 de Abril** 1999. Unidades: 1 a 9
II, el **5 de Junio** 1999. Unidades: 10 a 20
III, el 17 de julio 1999. Unidades: 21 a 30
Presentación de Manual práctico: julio 17, 24 y 31.

Mérida, Febrero de 1999.

LA PRIMERA MISIÓN DE UN PROMOTOR DE SALUD DEBE SER COMPARTIR SUS CONOCIMIENTOS, PARA QUE TANTAS PERSONAS COMO SEAN POSIBLES TAMBIÉN SE CONVIERTAN EN "PROMOTORES" ENTRE SUS FAMILIARES Y AMIGOS

David Werner y Bill Bower

TIPOS DE APRENDIZAJE NECESARIO PARA EL ENTRENADOR DE PROMOTORES DE SALUD

En el proceso enseñanza-aprendizaje para el perfil profesional del Promotor de Salud Natural y el Médico Naturista, es necesario que logre capacitarse de una manera integral de donde destacan en orden de prioridad.

1ro Aprendizaje Creativo:

Se refiere al aprendizaje de habilidades para diseñar y crear, tanto respuestas nuevas, como soluciones prácticas, reales y eficientes (diseño o invento) a las dificultades reales de salud que aborde.

Esto incluye la producción de libros, investigaciones, proyectos gerenciales, etc. con un espíritu creativo que pueden iniciar a través de sus tesis de grado, monografías u otras actividades donde sientan la necesidad de realizar estudios de investigación para aportar soluciones, con el método científico, a dudas o controversias en el mejoramiento continuo del manejo de la salud holística.

2do Aprendizaje Heurístico.

Es un aprendizaje de habilidades intelectuales orientadas a la resolución de dificultades. Utilizando para su capacitación esquemas de modelaje de procesos, instrucciones y el ensayo y error con seguimiento persistente. En el seguimiento sistemático el participante registrará objetivamente en que principios y teorías se apoyo, como procesó los datos, flujograma de actividades que empleó etc., de tal forma que tenga habilidad para explicar el procedimiento empleado para la solución de dificultades planteadas.

Por ejemplo, cuando se le plantee una controversia en el proceso de promoción de la salud en una persona o comunidad determinada, el Promotor aplicando el círculo heurístico, será capaz de exponer las posibles conductas a emplear, escoger lo más eficiente en función a la realidad existente, porque en la formación recibida estará en capacidad de integrar sus conocimientos a la resolución de dichas dificultades o el cómo realizarlo con eficiencia, siguiendo una metodología establecida.

3ro Aprendizaje Crítico.

Se refiere al desarrollo de habilidades intelectuales empleadas para diagnosticar, evaluar o interpretar situaciones, aplicando los conceptos y principios pertinentes. Hace énfasis en **aprender a ver y buscar más allá de lo que está escrito** o de quienes tienen la potestad de producir, organizar y definir el conocimiento. La finalidad es que el participante tome una **conciencia holística** de la realidad en que vive y desdoble los esquemas que le impiden producir nuevos conocimientos acordes con la realidad.

Este tipo de aprendizaje permitirá al Promotor:

◊ Cuestionar la influencia de la información científica convencional, las propagandas de los medios de comunicación y las tradiciones ante la implementación de medidas preventivas o fomentadoras de la salud de manera que pueda superar los sistemas de creencias o tendencias que condicionan el deterioro de la salud.

◊ Rediseñar esquemas terapéuticos o gerenciales de salud de manera que generen efectos con eficiencia.

3ro Aprendizaje Instrumental-cognoscitivo:

Este aprendizaje supone la adquisición de habilidades para sistematizar, analizar y relativizar la información. Capacita a la persona con herramientas útiles para buscar, obtener y procesar adecuadamente la información que necesita de tal forma que va adquiriendo hábitos para aprender de forma autónoma a revisar bibliografías especificas, establecer diferencias en tablas comparativas, interpretar, analizar y discutir gráficos, etc., Incluye entre lo principal y lo accesorio, lo aparente y lo refutable, lo que es una impresión, de una situación subjetiva; si los datos son suficientes o no para comprender la situación y si las relaciones que se establecen entre los hechos son permanentes o circunstanciales.

El objetivo de este aprendizaje es que el participante sea capaz por sí mismo de buscar la información, de procesarla y de presentarla, de manera que le sirva para la resolución de problemas y desarrolle herramientas tales como: actualizaciones, metanálisis, seminarios, discusiones, presentación de separatas etc.

4to Aprendizaje afectivo:

Es el desarrollo de actitudes, valores o sistema de pensamientos, sentimientos y acciones que conforman el componente emocional, sensitivo, ético y estético del aprendizaje. Por lo que incluye el aprendizaje para observar objetivamente las opiniones, creencias, afectos, inclinaciones, disposiciones, prejuicios, aberraciones, rechazos, temores, etc., de manera que baya más de (trascienda) las limitaciones de su personalidad.

5to Aprendizaje de habilidades profesionales:

En este aprendizaje se sintetizan o integran todos los otros tipos de aprendizajes, se va construyendo y reconstruyendo progresivamente a lo largo de la carrera y luego se refina y se afirma con la práctica profesional y la educación continua del egresado, tiene directamente que ver con la aplicación y mejoramiento continuo de las habilidades y destrezas contenidas en el perfil profesional con fundamento ético, científico, filosófico, gerencial y jurídicos.

La misión fundamental de una Escuela eficiente es facilitarle a los Educandos el desarrollo del aprendizaje crítico, heurístico y creativo de manera tal que busquen más allá de lo que está escrito o dicho.

La efectividad de los promotores de salud se mide en un tiempo determinado, por la cantidad de personas que ayudan a apropiarse de los conocimientos y habilidades para hacerse consciente de sus necesidades (deseos) y dificultades (problemas) y con libertad ayudarse a consolidar una vida útil saludable y feliz

ESTRATEGIA METODOLOGICA GENERAL

Este módulo se encuentra organizado en 30 Unidades, que se verán mediante la metodología de educación para adultos o andragójica con modalidad mixta que contempla:

a) Modalidad a distancia

En la cual el participante bajo su propia responsabilidad leerá los temas de los textos básicos sugeridos, de manera critica, utilizando el circulo heurístico y haciendo énfasis en ¿**Cómo realizarlo con eficiencia**?. Mediante estrategias individuales y grupales de aprendizaje se apropiara del conocimiento necesario para satisfacer los objetivos específicos de cada unidad y se capacitaran para presentación de talleres, seminarios, exposiciones y demostraciones.

Se sugiere utilizar técnicas de **circulo heurístico**, mapa mental, subrayado, fichaje, esquemas, discusión grupal, consultas al diccionario de terminología técnica especializada en el área de salud y consulta a expertos.

b) Modalidad presencial

- En esta modalidad las actividades programadas se desarrollaran para cumplir con los objetivos, donde los facilitadores aclararán dudas o asesorarán a los participantes, quienes tienen la responsabilidad de estudiar y estar capacitados para **solicitar** al facilitador aclarar las dudas o dificultades que presente y contestar las preguntas que surjan en el desarrollo de cada unidad a revisar en las fechas que correspondan según el cronograma de actividades.
- 80 horas de clase teórico práctico durante 20 sábados de 3:00 p.m. a 7:00 p.m., siguiendo el cronograma preestablecido. Para conformar 30 horas teóricas, 40 horas prácticas y 6 horas de Evaluación sumativa en 3 parciales.
- Las asesorías individuales o grupales, para lo cual **usted la solicitará** de acuerdo al horario establecido en mutuo acuerdo con el docente facilitador.
- La facilitación en el cual el docente facilitador cooperará armónicamente con usted, motivándole, para que incremente y afiance su apropiación del conocimiento y consolide actitudes por medio de estrategias académicas como talleres, exposiciones, trabajos, monografías, proyectos de investigación, pasantías, seminarios, guías, textos, etc.,

Plan de Trabajo

Las actividades presenciales se efectuarán en 20 sesiones de 4 horas de duración cada una, siguiéndose la metodología de enseñanza heurística (interactuando a través de preguntas), test de evaluación diagnóstica y test de evaluación formativa, además de dinámicas de grupo tipo discusiones grupales, seminarios, fillips 66, y otros citados en el libro **Aprendiendo a Promover la Salud**. Es de resaltar que se hará énfasis en el dominio y aplicación adecuada de todos los conceptos contenidos en los el textos: Aprendiendo a Promover la Salud y Promoción de Salud Holística.

EL PROPÓSITO DE LA EDUCACIÓN DEBE SER AYUDAR A LAS PERSONAS A ADQUIRIR LOS CONOCIMIENTOS, HABILIDADES Y CONCIENCIA NECESARIOS PARA HACER FRENTE A LAS DIFICULTADES DE LA VIDA Y RESOLVERLAS

David Werner y Bill Bower

LO MÁS IMPORTANTE PARA UN ENTRENADOR DE PROMOCIÓN SALUD ES HACERSE TAN INNECESARIO COMO SEA POSIBLE, HÁGASE CAPACITADOR DE MAESTROS. LUEGO, SOLO ASESOR RETIRÁNDOSE POR COMPLETO LO MÁS PRONTO POSIBLE

David Werner y Bill Bower

Estrategias de Evaluación

En este módulo la evaluación se hará mediante:

a) Evaluaciones diagnósticas

Solo persigue obtener información acerca de sus conocimientos previos al momento de iniciar el estudio de algunas unidades o durante el desarrollo de la misma, centrarle su atención para desarrollar al **aprendizaje heurístico** y que usted este consciente de cuanto conoce sobre el tema. En ningún momento tiene calificación, ni se toma en cuenta para sus notas.

b) Evaluación Formativa

Al igual que la anterior, no tiene calificación, solo persigue obtener información durante las clases presenciales o el proceso de enseñanza-aprendizaje acerca de la eficiencia de las herramientas empleadas para la apropiación del conocimiento y el modo de mejorarlo o seguir adelante según los resultados y objetivos específicos logrados.

c) Evaluación Sumativa

Persigue obtener información de sus logros para asignar a éstos una calificación numérica, ésta se realiza mediante:

	Valor porcentual
a. 3 Pruebas escritas o parciales	24 %
b. Exposición o presentación del manual	15 %
c. Presentación escrita del manual practico y sencillo	35 %
d. Cumplimiento de trabajos asignados	15 %
e. Aplicación eficiente del conocimiento	21 %

Los participantes integrados en siete grupos de 3 personas, entregarán un trabajo escrito donde presentarán un manual practico y sencillo para con eficiencia entrenar a Promotores de Salud. Será presentado a más tardar el 31 de Julio de 1999, y para su realización se apoyarán básicamente en la bibliografía recomendada, las exposiciones, o análisis con el facilitador y las asesorías.

Es de resaltar que por cada día de atrasó del plazo de entrega de cualquier informe o trabajo el participante perderá un punto en la calificación correspondiente.

Los puntos, la escala de calificaciones es a criterio del facilitador, sin embargo se pueden discutir en conjunto con los participantes en la primera sesión de facilitación, pudiéndose modificar el valor porcentual asignado a cada una de las actividades evaluativas previo acuerdo con el facilitador y cuando exista con la aceptación del departamento de evaluación.

La mejor garantia para consolidar una exelente formación integral,

Es la practicar con persistencia en atención consciente.

Tenemos todas las oportunidades para autorrealizarnos y triunfar,

cumpliendo con eficiencia, amor y humildad nuestra misión de vida.

Figura 12
CIRCULO HEURÍSTICO PARA FACILITAR
EL PROCESO DE APROPIACIÓN DEL CONOCIMIENTO

NO EXISTEN COSAS IMPOSIBLES, SOLO EXISTEN SERES HUMANOS INCAPACITADOS POR LA IGNORANCIAY POR SUS CADENAS PSÍQUICAS Y MENTALES
¿PODRAS SUPERAR ESTAS LIMITACIONES?

OBJETIVOS GENERALES:

Los participantes de este curso se capacitaran como **Maestros o entrenadores** de Promoción de Salud Holística. Los cuales como profesionales con alto nivel **científico y ético,** con capacidad docente, actuaran como multiplicadores de las herramientas de la neurolingüística, la psicoterapia evolutiva, la atención consciente y autogerencia de vida saludable. Que apoyándose de manera persistente en las más versátiles bases filosóficas, científicas y gerenciales empleadas en el estudio de la Naturaleza Humana y del Desarrollo de la Humanidad y la Promoción de la Salud, estará en capacidad de:

Al terminar estos dos niveles de la materia, el participante estará capacitado para:

1. Conocer y manejar adecuadamente los conceptos y principios teóricos y gerenciales de la Promoción de Salud Holística y compartir sus conocimientos, para que tantas personas como sea posible también se conviertan en "promotores" entre sus familiares y amigos

2. Diseñar y gerenciar adecuadamente un proyecto de investigación aplicada en Promoción de Salud Holística.

3. Ejercer el liderazgo de su vida y ser un guía de sus seres amados y semejantes en cualquiera de las áreas vitales donde se desempeñe, para consolidar una vida útil, saludable y feliz.

4. Desarrollar y aplicar en atención consciente su cerebro analítico y creativo para innovar y redefinir sus modelos mentales y acciones, en el ejercicio del autoliderazgo para promocionar de manera continua una vida con autentica salud holística.

5. Manejar de manera acertada y equilibrada las tensiones de su vida, emitiendo respuestas analíticas que le permitan cultivar su sabiduría para actuar basándose en las tendencias creadoras, facilitándose una vida plena de paz y armonía, cooperando con el fomento del bienestar humano, personal, familiar y comunitario. Mediante la enseñanza-aprendizaje aportada por su ejemplo vivencial.

Para facilitarte tú proceso de apropiación del conocimiento en este curso, se te recuerda la prioridad fundamental de revisar previamente el material correspondiente. Siempre preguntándote ***¿Cómo puedo consolidar con eficiencia los deseos o metas planteadas?.*** Realiza este ejercicio creativo, antes de ver cada unidad y si lo deseas tienes la libertad de consultar cualquier otra literatura o a profesionales expertos en la materia. Recuerda siempre las dos preguntas integradoras.

Como podemos hacer para conformar un equipo eficiente para:

1. **Con eficiencia hacer realidad los deseos o metas de la Promoción de la Salud Holística.**

2. **De manera eficiente consolidar al nivel personal, familiar y comunitario una vida útil, saludable y feliz.**

Nuestra Patria Venezuela esta llena de muy buenos proyectos y leyes. Pero adolece de laboratorios vivenciales donde se haga realidad o se someta a prueba y se desarrollen maneras eficientes de consolidar con persistencia las metas.

Manual Practico y sencillo.

En equipo de tres participantes, los cursantes de este módulo, presentarán como evaluación final del curso un **manual practico y sencillo de aplicar y evaluar**, para con eficiencia entrenar a Promotores de Salud Holística en el nivel alguno de los siguientes temas:

1. Parejas de Novios o Prematrimoniales.
2. Mujeres Embarazadas.
3. Escuelas de Padres.
4. Preescolar.
5. Escolares.
6. Adolescentes.
7. Comunidades.
8. La Tercera Edad.

El Paradigma de la eficiencia.

Como la Promoción de la salud es una estrategia holística, amerita un paradigma holístico para medir la eficiencia de su aplicación. Teniendo presente que un bolívar empleado en previsión es más productivo que un millardo empleado en curación y que la salud es la base fundamental para consolidar el desarrollo integrar de una persona, familia y comunidad. Se presenta los cinco criterios para la **valoración de la eficiencia**, como base para la toma decisiones y acciones más acertivas para un eficiente manejo de la salud o para el necesario rediseño de técnicas y procedimientos con enfoque holístico. Estos criterios de eficiencia son:

1º. Que sean métodos y procedimientos sencillos de aplicar y evaluar.

2º. Que se requiera la menor inversión de recursos y produzca el máximo de bienestar o fomento de la salud en su globalidad.

3º. Que sea inocua para quienes lo aplican, reciben sus efectos y la naturaleza o produzca un mínimo de efectos dañinos.

4º. Que produzca una cura o excelente mejoría en el menor tiempo posible o una excelente reducción o eliminación de las dificultades por el mayor tiempo.

5º. Que produzca el máximo de años sin enfermar a la persona, familia o comunidad asistida.

Quien pone su corazón en su profesión o misión de vida, encuentra soluciones eficientes, donde los perezosos e incapaces se dan por vencido

TEMARIO

1. Introducción:
   ¿ Para qué el Promotor de Salud Holística?
   ¿Cómo ser un eficiente Entrenador de Promotores de Salud Holística?
   Criterios de eficiencia.

2. Bases jurídicas Venezolanas y del estado Mérida que apoyan la estrategia de promoción de la salud.

3. La carta de Otawa.

4. Orientaciones estratégicas de la Promoción de la Salud.

5. Salud y desarrollo personal, familiar y comunitario.

6. Los Municipios o comunidades saludables.

7. El papel o perfil del Promotor de Salud Holística.

8. El estudio critico de los Métodos de enseñanza como parte del entrenamiento de promotores.

9. El enfoque de la educación liberadora.

10. Como resolver Problemas paso a paso (Método Científico).

11. Como escoger adecuadamente a los promotores, entrenadores y asesores de promoción de salud.

12. Como planificar un programa efi8ciente de entrenamiento de Promotores de Salud.

13. La preparación básica para empezar bien un curso de entrenamiento de Promotores de Salud.

14. El trabajo en equipos eficientes.

15. Como aprender con eficiencia, trabajando con la comunidad.

16. Como conocer adecuadamente las Necesidades (**deseos**) y problemas (dificultades) existentes en una comunidad.

17. Como Hacer y usar con eficiencia materiales apropiados de enseñanza.

18. Como ayudar a la gente a examinar con objetividad sus costumbres y creencias.

19. Como realizar con eficiencia practicas en la atención de la comunidad.

20. Maneras eficientes para estimular la reflexión y la acción de la comunidad para la identificación y solución de sus deseos y dificultades sentidas.

21. La ética del Promotor de Salud Holística.

22. Los exámenes y la evaluación como un proceso de aprendizaje creador y liberador.

23. Como realizar un eficiente seguimiento, apoyo y motivación para el aprendizaje continuo.

24. Como escoger la tecnología apropiada, inapropiada y eficiente.

25. Bases para aprender el uso eficiente de los medicamentos o esquemas terapéuticos.
    La lista negra de los medicamentos.

26. Como realizar con eficiencia una autogerencia de vida saludable.

27. Como capacitar adecuadamente a las madres como Promotoras de Salud Holística.

28. Como Capacitar con eficiencia a los niños como Promotores de Salud Holística.

29. Como enseñar a usar con eficiencia el manual de entrenamiento de Promotores de Salud Holística.

30. La, Educación, la Salud y la Alimentación como pilares fundamentales para el desarrollo socioeconómico de una persona, familia y comunidad.

Bibliografía Recomendada:

1. **David Werner, Bill Bower. APRENDIENDO A PROMOVER LA SALUD. *Fundación Hesperian/POS.* 1984. BASICO.**
2. **Barrios-Cisnero Henry. PROMOCIÓN DE LA SALUD HOLÍSTICA. 1999. (en prensa). BASICO**
3. Barrios-Cisnero Henry A. SALUD HOLÍSTICA. *INSALUT* 1998 (en prensa).
4. Barrios-Cisnero Henry A. ESTILO DE VIDA, SALUD ENFERMEDAD. *Consejo de Publicaciones-ULA.* 1995.
5. Barrios-Cisnero Henry. AUTOGERENCIA DE VIDA SALUDABLE. Modulo practico. 1998. (en prensa)
6. Josep O`Connor, John Seymour. PNL PAR FORMADORES. *URANO*. 1994.

INSALUT

INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD TOTAL
UNIDAD PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DEL SER HUMANO

Mérida 28 de Febrero de 1999

El Instituto de Investigación en Salud Total, **invita a los habitantes de las Parroquias del Municipio Libertador del Estado Mérida, a participar en el Curso de Capacitación de Entrenadores de Promotores de Salud a realizarse en la E.B. "Emiro Fuenmayor", todos los sabados de 3:00 a 7:pm.**

OBJETIVOS GENERALES DEL CURSO:

Los participantes de este curso se capacitarán como **Maestros o entrenadores** de Promoción de Salud Holística. Los cuales como profesionales con alto nivel **científico y ético,** con capacidad docente, actuarn como multiplicadores de las herramientas de la neurolingüística, la psicoterapia evolutiva, la atención consciente y autogerencia de vida saludable. Que apoyándose de manera persistente en las más versátiles bases filosóficas, científicas y gerenciales empleadas en el estudio de la Naturaleza Humana y del Desarrollo de la Humanidad y la Promoción de la Salud, estará en capacidad de:

Al terminar estos dos niveles de la materia, el participante estará capacitado para:

1. Conocer y manejar adecuadamente los conceptos y principios teóricos y gerenciales de la Promoción de Salud Holística y compartir sus conocimientos, para que tantas personas como sea posible también se conviertan en "promotores" entre sus familiares y amigos

2. Diseñar y gerenciar adecuadamente un proyecto de investigación aplicada en Promoción de Salud Holística.

3. Ejercer el liderazgo de su vida y ser un guía de sus seres amados y semejantes en cualquiera de las áreas vitales donde se desempeñe, para consolidar una vida útil, saludable y feliz.

4. Desarrollar y aplicar en atención consciente su cerebro analítico y creativo para innovar y redefinir sus modelos mentales y acciones, en el ejercicio del autoliderazgo para promocionar de manera continua una vida con autentica salud holística.

5. Manejar de manera acertada y equilibrada las tensiones de su vida, emitiendo respuestas analíticas que le permitan cultivar su sabiduría para actuar basándose en las tendencias creadoras, facilitándose una vida plena de paz y armonía, cooperando con el fomento del bienestar humano, personal, familiar y comunitario. Mediante la enseñanza-aprendizaje aportada por su ejemplo vivencial.

CONDICIONES PARA LA SELECCIÓN DE ENTRENADORES DE PROMOCION DE LA SALUD.

1. Tres personas que vivan en la misma comunidad donde desean realizar el trabajo de salud. Porque es más fácil mostrar a la gente, por una persona local a la que la comunidad la conoce y le tiene confianza. Y ella conoce a la comunidad, por lo que no le genera dependencia. Porque puede mostrar con sus ejemplos lo que su vecinos pueden hacer por ellos mismos.

2. Preferiblemente escogidos por los miembros de la población, en una asamblea de toda la comunidad o por la asociación de vecinos. Porque de esta manera el promotor sentirá que su principal responsabilidad es hacia la comunidad.

No se aceptan a:

a) Parientes cercanos de los lideres o políticos o funcionarios de las comunidades.
b) Jóvenes y personas que probablemente se curarán pronto o se irán de la comunidad.
c) Una formación menor de Bachiller.

3. Que sean personas: Responsables, le apasione enseñar, se interesen por la salud y el trabajo comunitario, sean honrados y muestren un buen criterio, humildes, estén ansiosos de aprender, no tengan vicios y se identifique con los intereses y deseos de la comunidad.

Aunque se acepta a cualquier persona mayor de 25 años y menor de 50, tendran prioridad los educadores y quienes asistan en equipo de tres personas seleccionadas por la comunidad donde vivan y educadores, los cuales tienen que presentar un oficio firmado por la asociación de vecino que los postulen como sus futuros Promotores de Salud.

Los interezados o la comunidad y parroquia que deseen capacitarse dirigirse por escrito al Dr. Henry Barrios-Cisnero**, con su curriculum Vital y adquirir la programación del Curso. Lugar de información e inscripciones en** Policlinica Las Américas, Avenida las Américas,Urbanización Santa Ana. **Valor del curso 10.000 Bolivares mensuales y durara 5 meses. El curso inicia el sabado 13 de marzo y terminando el 31 de Julio de 1999. El miercoles 10 de marzo Termina la inscripción, cupo limitado ha 25 personas y solo quedan 10 cupos. El Jueves 11 de Marzo a las 2:00 pm, en la Policlinica las Américas, se informara quienes quedarón.**

RECUERDE QUE TIENEN PRIORIDAD LOS EDUCADORES Y LAS COMUNIDADES QUE SELECCIONEN A TRES PARTICIPANTES

Dr. Henry Barrios-Cisnero
Investigador en Salud Holística
Especialista en Medicina Interna
Direstor de INSALUT

Av. Las Américas, Urb. Santa Ana. Policlinicas las Américas, Mérida - Venzuela
Teléfax: (074) 212401, Telf: 445283E-mail:Insalut@cantv.net. insalut@hotmail.com.