



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
ESTUDIOS DE POSTGRADO DEL NÚCLEO DE SUCRE
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
PROGRAMA DE POSTGRADO PLANIFICACIÓN DEL
DESARROLLO REGIONAL
DOCTORADO EN ESTUDIOS SOCIALES

MARKETING SOCIAL EN EL CONTEXTO DE LA MISIÓN
BARRIO ADENTRO I, MUNICIPIO SUCRE DEL ESTADO SUCRE
PERIODO 2015-2020

Por:

M. Sc. YENNY JOSEFINA ALZOLAR HENRÍQUEZ

ASESORA:

DRA. MARÍA TERESA CENTENO DE DOMÍNGUEZ

Requisito parcial para optar al título de Doctora en Estudios Sociales

Cumaná, julio de 2022



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO DEL NÚCLEO DE SUCRE
PROGRAMA DE POSTGRADOS DE LA ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
DOCTORADO EN ESTUDIOS SOCIALES

Nº06-2022

ACTA DE DEFENSA DE TESIS DE GRADO

Nosotros, Dra. María T. Centeno A. C.I. Nº 5.876.668, Dra. Tahis Emilia Pico de Olivero C.I. Nº 5.083.442 y Dr. Pedro José Aguilar Navarro C.I. Nº 6.007.874, integrantes del jurado designado por la Comisión Coordinadora del Doctorado en Estudios Sociales para examinar la Tesis Doctoral titulada: **MARKETING SOCIAL EN EL CONTEXTO DE LA MISIÓN BARRIO ADENTRO I, MUNICIPIO SUCRE DEL ESTADO SUCRE. PERIODO 2015-2020**, realizada por la Doctoranda: **M.Sc. YENNY JOSEFINA ALZOLAR HENRIQUEZ Nº CI: 9.978.152**, a los fines de cumplir con el requisito legal para optar al grado de: **DOCTORA EN ESTUDIOS SOCIALES**, hacemos constar que hemos examinado el mismo e interrogado a la postulante en sesión pública, celebrada hoy 14 de diciembre de 2022, a las 8:00 a.m. En la Sala de Conferencia del Museo del Mar, Complejo Luis Peñalver de la Universidad de Oriente. Finalizada la defensa del trabajo por parte del postulante, el jurado decidió dar el veredicto de **APROBADO** por unanimidad, considerando que el mismo está ajustado a lo dispuesto y exigido por el Reglamento de Estudios de Postgrado de la Institución. Por considerar que la investigación presenta características de originalidad e innovación en sus hallazgos, evidenciándose la creatividad, la fundamentación epistémica y el rigor metodológico empleado, así como la madurez en el carácter científico de la investigadora, se acuerda le sea otorgada la **Mención Honorífica y Publicación**.

En fe de lo anterior se levanta la presente acta, que firmamos conjuntamente con la Coordinadora del Doctorado en Estudios Sociales. En la Ciudad de Cumaná a los catorce días del mes de diciembre de 2022.

Jurado examinador:

Dra. Dra. María T. Centeno A. C.I. Nº 5.876.668

(Tutora UDO)

Dra. Tahis Emilia Pico de Olivero C.I. Nº 5.083.442

(Jurado Principal - UDO)

Dr. Pedro José Aguilar Navarro C.I. Nº 6.007.874

(Jurado Principal - UCV)

Dra. Carmen Guevara

Coordinadora del Programa de Postgrado:

Doctorado en Estudios Sociales

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Quien suscribe, Yenny Josefina Alzolar Henríquez, titular de la cédula de identidad N° V-9.978.152, hace constar que es la autora de la Tesis Doctoral *Marketing social en el contexto de la Misión Barrio Adentro I, municipio Sucre del estado Sucre, periodo 2015-2020*, la cual constituye una elaboración personal realizada únicamente con la dirección del tutor de dicha investigación, Dra. María Teresa Centeno de Domínguez, titular de la cédula de identidad N° V-5.876.668. En tal sentido, manifiesto la originalidad de la conceptualización del trabajo, interpretación de la información y la elaboración de las conclusiones, dejando establecido que aquellos aportes intelectuales de otros autores, se han referenciado debidamente en el texto del mismo.

En la ciudad de Cumaná, a los dieciocho días del mes de julio del año dos mil veintidós.



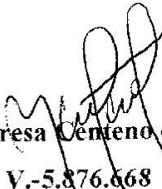
Yenny Josefina Alzolar Henríquez

V.-9.978.152

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi carácter de tutor de la Tesis Doctoral titulada: *Marketing social en el contexto de la Misión Barrio Adentro I, municipio Sucre del estado Sucre, periodo 2015-2020*, presentada por la ciudadana Yenny Josefina Alzolar Henríquez, titular de la cédula de identidad N° V-9.978.152, para optar al Grado de Doctora en Estudios Sociales, considero que la investigación reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometida a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Cumaná, a los dieciocho días del mes de julio del año dos mil veintidós.


Dra. María Teresa Cienfuegos de Domínguez

V.-5.876.668

ÍNDICE GENERAL

| | Pág. |
|---|------|
| DEDICATORIA | vii |
| AGRADECIMIENTO | viii |
| LISTA DE CUADROS | ix |
| LISTA DE TABLAS | x |
| LISTA DE FIGURAS | xi |
| LISTA DE GRÁFICAS | xiii |
| RESUMEN..... | xiv |
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| CAPÍTULO I. EL PROBLEMA..... | 4 |
| 1.1. Planteamiento del Problema..... | 4 |
| 1.2. Objetivos de la Investigación | 17 |
| 1.2.1. Objetivo General..... | 17 |
| 1.2.2. Objetivos Específicos | 17 |
| 1.3. Justificación..... | 18 |
| CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL | 20 |
| 2.1. Antecedentes | 20 |
| 2.2. Fundamentos Teóricos | 22 |
| 2.2.1. Marketing Social: Contextualización epistemológica y teórica | 22 |
| 2.2.1.1. El intercambio como punto de partida y esencia del marketing | 23 |
| 2.2.1.2. El marketing, conceptualización y evolución | 25 |
| 2.2.1.3. El marketing social como instrumento de cambio de comportamiento | 30 |
| 2.2.2. Políticas públicas: Contextualización teórica | 66 |
| 2.3. Bases Jurídicas | 84 |
| 2.3.1. Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela | 85 |

| | |
|--|------------|
| 2.3.2. Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social..... | 86 |
| 2.3.3. Ley Orgánica de Salud..... | 88 |
| 2.3.4. Ley de Servicios Sociales | 88 |
| CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO | 90 |
| 3.1. Diseño de la Investigación | 90 |
| 3.2. Nivel de la Investigación..... | 94 |
| 3.3. Fuentes de Información | 95 |
| 3.4. Población y Muestra..... | 96 |
| 3.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información | 99 |
| 3.6. Procesamiento de la Información | 100 |
| 3.7. Presentación de la Información | 101 |
| CAPÍTULO IV. CONTEXTUALIZACIÓN EMPÍRICA DEL ESTUDIO | 103 |
| 4.1. Sistema de salud en Venezuela | 103 |
| 4.2. Modelo de Atención Integral (MAI) | 107 |
| 4.2.1. Redes Integradas de Salud (RIS)..... | 108 |
| 4.2.1.1. Red de Atención Hospitalaria | 109 |
| 4.2.1.2. Red de Atención Ambulatoria Especializada | 111 |
| 4.2.1.3. Red de Atención Comunal de Salud (RACS)..... | 112 |
| 4.2.2. Área de Salud Integral Comunitaria (ASIC) | 115 |
| 4.2.3. Consultorio Popular (CP) | 117 |
| 4.2.4. Equipo Básico de Salud (EBS)..... | 119 |
| 4.2.5. Comités de Salud y Consejos Comunales | 120 |
| 4.2.6. Metodología para gestionar el Modelo de Atención Integral | 122 |
| 4.2.6.1. Dispensarización | 123 |
| 4.2.6.2. Análisis de Situación de Salud (ASIS) | 124 |
| 4.2.6.3. Trabajo Comunitario Integrado (TCI) | 127 |
| 4.3. Misión Barrio Adentro, como objeto de estudio | 128 |
| 4.3.1. Origen y Objetivos de la Misión Barrio Adentro | 128 |

| | |
|--|------------|
| 4.3.2. Comisión Presidencial Misión Barrio Adentro..... | 133 |
| 4.3.3. Fundación Misión Barrio Adentro..... | 136 |
| 4.3.4. Desarrollo de la Misión Barrio Adentro | 137 |
| 4.3.5. Características generales de la Misión Barrio Adentro | 140 |
| 4.3.6. Recursos humanos en la Misión Barrio Adentro..... | 142 |
| 4.3.7. Estrategias comunicacionales empleadas para dar a conocer la Misión Barrio Adentro | 144 |
| 4.4. Sucre y sus establecimientos de salud..... | 144 |
| CAPÍTULO V. MARKETING SOCIAL EN LA MISIÓN BARRIO ADENTRO I | |
| 154 | |
| 5.1. Características de los usuarios de la Misión Barrio Adentro I, en el municipio Sucre del estado Sucre | 154 |
| 5.2. Herramientas de marketing social que facilitan la promoción de la salud y prevención de enfermedades en la Misión Barrio Adentro I..... | 161 |
| 5.3. Elementos claves de una campaña de cambio conductual que facilitan el logro de los objetivos de promoción y prevención de la Misión Barrio Adentro I.. | 174 |
| 5.4. Lineamientos para la implementación del marketing social en la Misión Barrio Adentro I, en el municipio Sucre del estado Sucre..... | 186 |
| CONSIDERACIONES FINALES | 192 |
| LISTA DE REFERENCIAS | 196 |
| ANEXOS | 215 |
| Anexo 1. Guía de entrevista para el Equipo Básico de Salud..... | 215 |
| Anexo 2. Guía de entrevista para el usuario del CP..... | 218 |
| Anexo 3. Narrativa discursiva de los informantes del EBS | 219 |
| HOJA DE METADATOS | 227 |

DEDICATORIA

Ofrezco estas líneas como homenaje o tributo a quienes fueron, son y siempre serán personas súper especiales en mi vida, por brindarme su amor, amistad, tolerancia, constancia, paciencia, incentivos...

A *Andrés y Gabriel*, mis hijos... Motivos de inspiración y superación. Gracias por todo su amor y apoyo. Este largo trajinar, también tiene sus huellas. ¡¡Los amo!!!

A *Ana Mariela, Carmen José, Daisys, Elka, Lisbeth, Luisa Cristina, María Teresa, Thais, Teresita*, mis consecuentes amigas... sencillamente geniales.

A la memoria de:

- + *María Henríquez de Alzolar y Ramón Alzolar*, mis padres...
- + *Pablo de la Cruz y Santos Emilio Alzolar Henríquez*, mis hermanos...
- + *Beatriz Ramírez Ortiz*, mi profe, amiga y guía...

Este logro también es de ustedes, por sus palabras de aliento, estímulo y perseverancia... Con todo mi amor.

Yenny Josefina

AGRADECIMIENTO

Siempre es oportuno reconocer y retribuir el apoyo recibido por todas aquellas personas que forman parte del logro de esta meta. Por ello mi gratitud...

A la *Santísima Trinidad -Dios Padre, Hijo y Espíritu Santo-*, por sostenerme en todo momento, derramando sus bendiciones y dones sobre mí para que pudiera alcanzar el objetivo planteado.

A mis *hijos, hermanos, sobrinos, nuera, demás familiares y amigos*, quienes me ofrecieron sus palabras de aliento, fe y esperanza para que siguiera adelante cuando las circunstancias parecían adversas.

A mi *tutora* y amiga, Dra. María Teresa Centeno, por su presencia, perseverancia y asertivas sugerencias para el desarrollo de esta investigación. Gracias por tu asesoramiento oportuno y objetivo.

A mis *compañeras del Doctorado*, de manera especial al equipo de la Escuela de Administración, Daisys, Emilia y Luisa Cristina, por el acompañamiento, constancia y apoyo brindado en todo momento.

Al *personal de la Misión Barrio Adentro I*, así como al Equipo Básico de Salud y usuarios del Consultorio Popular, por la valiosa información aportada para el feliz término de este estudio.

A todas aquellas personas, quienes de manera incondicional y quizás sin darse cuenta, contribuyeron a la cristalización de esta meta.

¡¡Gracias infinitas!!!

Yenny Josefina

LISTA DE CUADROS

| | Pág. |
|--|-------|
| Cuadro 1: Evolución del concepto de marketing: filosofías que lo explican..... | 29 |
| Cuadro 2: Evolución cronológica del concepto de marketing social..... | 34 |
| Cuadro 3: Opciones posibles para el cambio de comportamiento..... | 40 |
| Cuadro 4: Comparación conceptual del término política pública..... | 69 |
| Cuadro 5: Comparación conceptual del término política social..... | 76 |
| Cuadro 6: Comparación conceptual del término programa social..... | 82 |
| Cuadro 7: Clasificación de los Hospitales por criterios de cobertura, según Decreto N° 1.798..... | 11010 |
| Cuadro 8: Campos de salud colectiva y programas priorizados..... | 11313 |
| Cuadro 9: Clasificación de los Consultorios Populares, según Resolución N° 400 | 11818 |
| Cuadro 10: Componentes de la Atención Integral..... | 11919 |
| Cuadro 11: Caracterización de las etapas de desarrollo de la Misión Barrio Adentro | 13838 |
| Cuadro 12: Relación del universo de órganos y entes del sector salud del estado Sucre, 2011..... | 15151 |
| Cuadro 13: ASIC del municipio Sucre y sus establecimientos asistenciales. 2017 | 15555 |

LISTA DE TABLAS

| | Pág. |
|---|-------|
| Tabla 1: Población del estado Sucre, por municipios. Censo 2011 | 14646 |
| Tabla 2: Población del municipio Sucre, por parroquia. Estado Sucre. Censo 2011 | 14646 |
| Tabla 3: Viviendas familiares, según tipo. Estado Sucre. Censo 2011 | 14747 |
| Tabla 4: Total de viviendas familiares ocupadas, según abastecimiento del servicio eléctrico. Estado Sucre. Censo 2011 | 14848 |
| Tabla 5: Total de viviendas familiares ocupadas, según abastecimiento de agua. Estado Sucre. Estado Sucre. Censo 2011 | 14848 |
| Tabla 6: Total de viviendas familiares ocupadas, según servicio de gas directo. Estado Sucre. Censo 2011 | 14848 |
| Tabla 7: Total de viviendas familiares ocupadas, según servicio de eliminación de excretas. Estado Sucre. Censo 2011 | 14949 |
| Tabla 8: Total de viviendas familiares ocupadas, según servicio de eliminación de la basura. Estado Sucre. Censo 2011..... | 14949 |
| Tabla 9: Población, según lugar a donde acudió cuando necesitó atención médica. Estado Sucre. Censo 2011 | 15050 |
| Tabla 10: Red asistencial del estado Sucre, 2011 | 15252 |
| Tabla 11: ASIC del estado Sucre, según municipio. 2017..... | 15353 |
| Tabla 12: ASIC y Consultorios Populares del municipio Sucre, estado Sucre. 2017 | 15555 |

LISTA DE FIGURAS

| | Pág. |
|--|-------|
| Figura 1: Rubros de intercambio..... | 24 |
| Figura 2: Términos presentes en el concepto de marketing social..... | 35 |
| Figura 3: Estrategias del cambio de conducta..... | 38 |
| Figura 4: Etapas en el cambio de comportamiento | 41 |
| Figura 5: Modelo del proceso de cambio de conducta..... | 43 |
| Figura 6: Del cambio de comportamiento a la campaña de cambio social | 47 |
| Figura 7: Marketing social estratégico..... | 49 |
| Figura 8: Etapas en un programa de marketing social de comunidades | 50 |
| Figura 9: Líneas básicas de un plan de marketing social | 51 |
| Figura 10: Diagrama de la secuencia/cascada de planificación de las políticas públicas | 81 |
| Figura 11: Secuencia conceptual de las políticas públicas..... | 84 |
| Figura 12: Pirámide del marco jurídico en materia de salud | 85 |
| Figura 13: Sistema de Salud en Venezuela..... | 10303 |
| Figura 14: Organigrama estructural del MPPS | 10404 |
| Figura 15: Red Integral de Salud (RIS) y sus componentes | 10909 |
| Figura 16: Red ambulatoria especializada: clasificación | 11111 |
| Figura 17: Red de Atención Comunal de Salud..... | 11414 |
| Figura 18: Esquematización del Área de Salud Integral Comunitaria..... | 11515 |
| Figura 19: El Área de Salud Integral Comunitaria (ASIC) en la Red Integrada de Salud (RIS)..... | 11616 |
| Figura 20: Metodología de gestión del MAI..... | 12323 |
| Figura 21: Desarrollo de la Misión Barrio Adentro | 13737 |
| Figura 22: División Político-territorial del estado Sucre. Censo 2011 | 14545 |
| Figura 23: Salud: componentes que la condicionan..... | 16161 |

| | |
|---|-------|
| Figura 24: Marketing social interno para Barrio Adentro I | 16868 |
| Figura 25: Marketing social externo para Barrio Adentro I..... | 17070 |
| Figura 26: Tipología del marketing social en la Misión Barrio Adentro I..... | 17171 |
| Figura 27: Marketing social en la Misión Barrio Adentro I | 17373 |
| Figura 28: Elementos de la campaña de cambio conductual. Misión Barrio Adentro I | 185 |
| Figura 29: Modelo del programa de marketing social para la Misión Barrio Adentro I | 191 |

LISTA DE GRÁFICAS

| | Pág. |
|---|------|
| Gráfica 1: Número de cubanos empleados como personal médico, 02/05/2005 | 131 |
| Gráfica 2: Número de comités de salud. Abril 2003 – mayo 2006..... | 131 |
| Gráfica 3: Distribución por edades de los pacientes del CMP Bebedero, 2020 | 158 |
| Gráfica 4: Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles. CMP Bebedero, 2018-2020..... | 159 |
| Gráfica 5: Prevalencia de enfermedades transmisibles. CMP Bebedero, 2018-2020 | 159 |
| Gráfica 6: Enfermedades de Declaración Obligatoria. CMP Bebedero, 2018-2020 | 160 |
| Gráfica 7: Factores de riesgo. CMP Bebedero, 2018-2020 | 160 |



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
ESTUDIOS DE POSTGRADO DEL NÚCLEO DE SUCRE
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
PROGRAMA DE POSTGRADO PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO REGIONAL
DOCTORADO EN ESTUDIOS SOCIALES

MARKETING SOCIAL EN EL CONTEXTO DE LA MISIÓN BARRIO
ADENTRO I, MUNICIPIO SUCRE DEL ESTADO SUCRE
PERIODO 2015-2020

Autora: M. Sc. Yenny J., Alzolar H.
Tutora: Dra. María T., Centeno A.
Fecha: julio 2022

RESUMEN

El marketing social es un concepto relativamente novedoso que puede ser empleado, no sólo por organizaciones comerciales, sino también por instituciones sin fines de lucro y el Estado. Emplea los conceptos, técnicas y herramientas del marketing tradicional para abordar problemas sociales a través de la adopción o rechazo de ideas que conlleven al cambio de comportamiento de las personas y promuevan el bienestar colectivo, pudiendo ser utilizado para afrontar problemas de salud pública. De allí el interés por conocer el funcionamiento y realidad actual de la Misión Barrio Adentro I, en el municipio Sucre del estado Sucre y considerar la posibilidad de implementar este programa como una herramienta clave para la promoción de la salud y la prevención de riesgos y enfermedades, objetivos básicos de esta Misión. Por ello se realizó una investigación de corte cualitativo, a nivel descriptivo, estableciendo contacto con los usuarios y el Equipo Básico de Salud de los Consultorios Populares a fin de conocer la realidad directamente de sus actores sociales. El análisis teórico efectuado sobre esta temática y el conocimiento empírico acerca de la situación de salud de las comunidades del municipio permiten afirmar la factibilidad de diseñar e implementar un programa de marketing social, tanto interno como externo, que coadyuve al logro de los objetivos de esta Misión. Con su aplicación podría lograrse de forma eficaz la concientización de los actores sociales y promover su participación en las políticas públicas de gestión local, específicamente en materia de salud.

Palabras claves: Marketing social, Misión Barrio Adentro, Estado Sucre.

INTRODUCCIÓN

El éxito de una organización puede medirse en función del logro de sus objetivos, así como también en términos de la satisfacción de su público objetivo y de procurar bienestar a la sociedad. Una forma de alcanzar este éxito es a través de la aplicación adecuada de herramientas de marketing, las cuales pueden emplearse para procurar una mayor eficiencia en los sistemas de servicio social del país y, por ende, en el desarrollo de sus ciudadanos. Una de estas herramientas lo constituye el marketing social, empleando las técnicas del marketing tradicional para abordar problemas sociales a través de la adopción o rechazo de ideas que redundan en un cambio de comportamiento de las personas. Con ella, las organizaciones buscan satisfacer las necesidades de sus clientes/usuarios, alcanzar sus objetivos y procurar el bienestar de la sociedad. Así, pueden emplearlo como herramienta para dar apoyo a la sociedad y cumplir con su responsabilidad social.

En este sentido, el marketing social es utilizado para afrontar problemas de salud pública, medio ambiente, seguridad pública, entre otros. Podría utilizarse entonces como una herramienta clave para lograr la concientización de los actores sociales y promover su participación en las políticas públicas de gestión local, específicamente en materia de salud. Así, se constituye en un instrumento propicio que puede utilizar el Estado para abordar los problemas sociales y lograr un cambio de comportamiento en los ciudadanos.

En materia de salud, el Estado Venezolano creó la Misión Barrio Adentro con el objetivo de garantizar el acceso a los servicios de salud de la población excluida, mediante un modelo de gestión de salud integral orientado al logro de una mejor calidad de vida. Esta Misión se ha desarrollado en cuatro etapas, siendo la Misión Barrio Adentro I la encargada de la promoción y prevención en materia de salud.

La Misión Barrio Adentro I desarrolla su cometido a través de consultorios populares, puntos de consulta y clínicas odontológicas, y ópticas populares. En estos consultorios se prestan los servicios de medicina general, pediatría, atención de niños sanos y adulto mayor, control prenatal y post-natal, vacunación y odontología, siendo su función

principalmente preventiva. Este programa permite, a su personal, tener cercanía con la comunidad y facilitar el conocimiento de su realidad. Este acercamiento se presta para identificar los actores sociales claves que, a través de una participación social activa, pudieran servir de enlace para lograr sus objetivos de promoción y prevención en materia de salud.

En este orden de ideas, el marketing social podría considerarse una herramienta clave para el logro de los objetivos de las organizaciones de salud, específicamente de la Misión Barrio Adentro I. Con su implementación en esta Misión, se podrían alcanzar con mayor facilidad sus objetivos de promoción y prevención, procurando a través de adecuadas campañas de comunicación, la educación y formación de la población en materia de salud. De este modo se afrontaría un problema social (salud), a la par que se procura el bienestar colectivo con la aplicación de esta herramienta. De allí el interés de la investigadora por el mismo. En virtud de ello, este informe quedó estructurado en cinco capítulos, a saber:

Capítulo I. El problema. En este apartado se describe la naturaleza del tema a estudiar, así como las preguntas de investigación que guiaron los objetivos planteados (general y específicos). Con este estudio se generaron constructos teóricos para la implementación del marketing social en la Misión Barrio Adentro I en el municipio Sucre del estado Sucre y de este modo desarrollar efectivas campañas de comunicación enfocadas al abordaje de un problema específico de salud, lo cual redundará en beneficio de la población. De allí la importancia y vigencia del estudio planteado.

Capítulo II. Marco teórico referencial. Esta sección detalla los antecedentes y las bases teóricas y legales que sustentan esta investigación. En este sentido, se identifican trabajos doctorales previos relacionados con la temática en estudio que orientaron al autor sobre los métodos de investigación empleados en los mismos. Respecto a las bases teóricas, se realizó una disertación teórica sobre marketing social y políticas públicas, considerando los puntos de vista de diversos autores conocedores del tema. Por su parte, el abordaje del marco legal esquematiza la revisión de los postulados constitucionales, así como las leyes orgánicas y ordinarias que rigen en materia de salud en Venezuela.

Capítulo III. Marco metodológico. Aquí se detalla la metodología utilizada para llevar a feliz término esta tesis doctoral, desarrollando una investigación cualitativa, a nivel descriptivo, utilizando tanto fuentes de información primarias como secundarias. En este orden de ideas, fue necesaria la realización de entrevistas y una revisión documental a fin de obtener la información pertinente para el logro de los objetivos propuestos.

Capítulo IV. Contextualización empírica del estudio. Este capítulo aborda de una forma explícita lo referente al sistema de salud en Venezuela, el Modelo de Atención Integral (MAI) y el programa Misión Barrio Adentro. Con ello se busca la comprensión del funcionamiento del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) y sus diversos componentes en un entramado de Redes Integradas de Salud (RIS). Asimismo, se describen las características particulares del estado Sucre y sus establecimientos de salud para una contextualización más precisa del objeto de estudio.

Capítulo V. Marketing social en la Misión Barrio Adentro I. En este capítulo se centran los resultados de la investigación realizada. Muestra el análisis de toda la información recopilada con el objeto de generar los constructos teóricos que permitan la implementación del marketing social en la Misión Barrio Adentro I, de modo que faciliten el logro de sus objetivos de promoción y prevención en materia de salud.

Finalmente, se exponen algunas consideraciones a manera de conclusiones derivadas del estudio y se listan las referencias documentales empleadas. Se complementa este informe con una serie de anexos que permiten la comprensión integral del tema tratado.

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema

Desde siempre el hombre ha luchado por satisfacer sus necesidades y deseos. Es así como en su afán por cubrir sus necesidades, ha utilizado su ingenio para proveerse de bienes y servicios capaces de satisfacer sus requerimientos y exigencias. La historia nos cuenta que, en sus inicios, para poder sobrevivir se proveía de lo que la naturaleza le brindaba, dedicándose por ende a la recolección, la caza y la pesca. Sin embargo, esto no era suficiente para satisfacer plenamente sus necesidades. La abundancia o excedente de algunos productos y la carencia de otros lo llevaron a pensar en actividades de intercambio. Efectivamente, es a través de relaciones de intercambio que el hombre busca la satisfacción de sus necesidades.

En esta búsqueda, el hombre se ha organizado y formado entidades que facilitan el intercambio. Se crean así diversidad de organizaciones (empresas o instituciones), con la finalidad de procurar satisfacer las necesidades de la colectividad a través de una oferta de mercado (bienes y servicios), al tiempo que también logran sus objetivos. De este modo, todas estas unidades sociales luchan por cubrir sus necesidades a través del intercambio. Es así, como la historia nos habla de múltiples acciones del ser humano en búsqueda de bienestar, en la cual, haciéndose protagonista, el hombre se ha convertido en actor social en la lucha por alcanzar su pleno desarrollo y la evolución de la sociedad misma.

Es preciso aclarar que para que se dé el intercambio, se necesitan ciertas condiciones, a saber: deben intervenir al menos dos unidades sociales (individuos u organizaciones) con necesidades que satisfacer; hacerlo de manera voluntaria; ambas partes deben aportar algo de valor (producto satisfactor de necesidades) y debe existir la posibilidad de que las partes estén comunicadas (Stanton *et al.*, 1997). Sólo bajo estas condiciones podría darse entonces el intercambio. Y es precisamente ese intercambio o transacción la esencia del marketing.

Para el término marketing, o como también se le dice mercadotecnia o mercadeo, no existe una definición universalmente aceptada. Podríamos revisar variedad de textos y encontrar conceptualizaciones diversas. El término marketing proviene de la palabra *market* que significa mercado, y ésta a su vez de *mercatus*, participio del verbo *mercari* (comprar). Y quizás por ello, hay quienes tienden a confundir erróneamente marketing con comercialización, venta y publicidad. El motivo de esta confusión quizás se deba a que a diario se nos bombardea con comerciales de televisión, anuncios de periódicos, campañas de correo directo, visitas de vendedores y anuncios por internet. Sin embargo, la venta y la publicidad son sólo la punta del iceberg del marketing, tal y como lo reseñan Kotler y Armstrong (2008).

Pero hablar de marketing no es simplemente intercambiar productos en búsqueda de una ganancia o beneficio. Es preciso dejar de lado la concepción del término en el sentido antiguo de lograr una venta y pensar en el nuevo sentido de satisfacer las necesidades del cliente. Y es precisamente en búsqueda de esa satisfacción del cliente que el intercambio se constituye en la esencia del marketing, en su concepto central. De allí que pueda definirse de manera sencilla, como el conjunto de actividades humanas dirigidas a facilitar y realizar intercambios.

De manera más amplia podemos encontrar autores como Kotler y Armstrong (2008) para quienes el marketing es “un proceso social y administrativo mediante el cual individuos y grupos obtienen lo que necesitan y desean a través de la creación y el intercambio de productos y de valor con otros grupos e individuos” (p.5), mientras que para Lambin (1997), es “el proceso social, orientado hacia la satisfacción de las necesidades y deseos de individuos y organizaciones, por la creación y el intercambio voluntario y competitivo de productos y servicios generadores de utilidades” (p.5).

Al revisar estas definiciones vemos claramente cómo se destacan las relaciones de intercambio que se establecen entre individuos y grupos y la búsqueda de satisfacer las necesidades de las partes involucradas. Es de suponer que efectivamente es así: cada parte o unidad social busca obtener una satisfacción con el intercambio.

Como se planteó supra, el intercambio es la esencia misma del marketing. Y éste se hace presente sin importar el tipo de bien del que se trata. Así, se habla de marketing tanto cuando se intercambian bienes tangibles, tales como productos alimenticios o de aseo personal, como cuando se trata de servicios tales como turismo, educación, salud, entre otros. De igual forma, el término puede ser aplicado por empresas lucrativas como por organizaciones sin fines de lucro. Es así como Kotler y Keller (2006) exponen que esta disciplina es aplicable al menos en 10 rubros, a saber: bienes, servicios, eventos, experiencias, personas, lugares, derechos de propiedad, organización, información e incluso ideas.

El marketing ha ido evolucionando a la par que ha evolucionado el hombre, los artefactos creados por él y la sociedad misma. Así, el individuo, como consumidor o cliente, ha adquirido conocimientos y destrezas que le permiten evaluar las ofertas de mercado (producto satisfactor) que recibe de las organizaciones, y con ello se ha vuelto más exigente en la satisfacción de sus necesidades. De igual forma, las organizaciones también han tenido que evolucionar y adoptar nuevas filosofías de negocio para poder subsistir en mercados cada vez más competitivos. Estas filosofías tienen que ver con la importancia que se les dé a los intereses de los clientes, la organización y la sociedad.

El concepto de marketing ha evolucionado asumiendo diversos matices y haciendo énfasis en ciertos aspectos que permiten identificar las filosofías que lo sustentan y explican dicha evolución. Filosofías que van desde el énfasis en la producción hasta lo que se conoce hoy día como marketing social. Entre tanto, en el transcurrir de esa evolución, afloran los términos de ética y responsabilidad social.

Dependiendo de los autores que se consulten (Kotler y Armstrong, 2008; Kotler y Keller, 2006; Stanton *et al.*, 1997; etc.) podemos encontrar que se plantean diversas filosofías o conceptos que guían el proceder de las organizaciones, a saber: orientación a la producción, al producto, a las ventas, al marketing o al marketing social.

El concepto u orientación a la producción sostiene que las personas buscarán productos de calidad a precios accesibles, por lo que las organizaciones se concentraban en aumentar la producción y lograr la eficiencia en el sistema de costos y de distribución. Bajo este enfoque, las organizaciones tienden a concentrarse demasiado en sus propias operaciones y dejar de lado su objetivo de lograr satisfacer necesidades de los clientes para crear relaciones duraderas.

Esta filosofía dio paso a la denominada orientación al producto, enfocada en que los consumidores prefieren los productos de mejor calidad, desempeño e innovación, con lo cual se mantiene el énfasis en lograr la calidad y mejoras continuas al producto.

El énfasis en la producción conlleva a un exceso de oferta que supera la demanda. Ya el problema no es producir, sino vender. De allí que la etapa o filosofía de orientación a las ventas sostiene entonces que las personas sólo adquieren cantidades suficientes de productos con esfuerzos especiales de ventas. Las organizaciones plantean un amplio empleo de la actividad promocional y tácticas de ventas más agresivas para lograr el intercambio. Bajo esta filosofía se busca vender lo que la empresa produce y no producir lo que el mercado desea.

En cambio, en el concepto de marketing se hace énfasis en que el logro de los objetivos de la organización viene dado por la satisfacción de las necesidades de sus clientes y por la creación de relaciones duraderas con ellos. En otras palabras, la orientación está enfocada en el cliente, es decir, en la determinación y satisfacción de sus necesidades. En la medida que se garantiza más valor y satisfacción al cliente, en esa misma medida se garantizan las ventas y las utilidades. La idea es, entonces, encontrar una oferta adecuada a los clientes, en vez de buscar clientes adecuados a la oferta.

Con esta última filosofía de orientación al marketing no sólo se cuidan los intereses de los clientes, sino también los de la organización. Pero cabe preguntarse ¿Lo que es beneficioso para el cliente hoy, en el corto plazo, también lo es en el largo plazo? ¿La satisfacción de las necesidades del cliente lleva consigo el bienestar de la

sociedad en general? Este cuestionamiento dio cabida al llamado marketing social como filosofía. Más allá de la satisfacción o el beneficio temporal, la idea era llevar a cabo relaciones de intercambio favorables y a largo plazo tanto para los clientes y la organización como para la sociedad. Se crea entonces una orientación basada en estos tres pilares: los deseos del consumidor, las utilidades de la empresa y los intereses de la sociedad.

Al revisar estos conceptos, orientaciones o filosofías, tal vez sea más fácil visualizarlos en empresas que elaboren productos tangibles, o sea, que producen y comercializan bienes y que, por lo tanto, buscan un lucro en sus operaciones. Sin embargo, debemos acotar que son aplicables también a empresas proveedoras de servicios y a organizaciones sin fines de lucro. En otras palabras, es común creer que el marketing es utilizado sólo por empresas lucrativas; pero puede aplicarse a organizaciones sin fines de lucro como universidades, museos, hospitales, iglesias, etc. Recordemos que no sólo se comercializan bienes, sino que se pueden ofertar servicios, personas, lugares, organizaciones, información e ideas. En fin, todo aquello capaz de satisfacer una necesidad o deseo.

No obstante, para que una organización tenga éxito no basta con que elabore u ofrezca un bien o servicio capaz de satisfacer una necesidad. En este sentido, la mayoría de las organizaciones tienen claro que no basta el enfoque hacia la producción y las ventas para permanecer en el tiempo, sino que hace falta mucho más; el marketing implica respeto, compromiso para con el cliente y la sociedad en general. Es así como cualquier organización que gestione su proyección en el tiempo debe actuar con ética y responsabilidad social, con comportamientos y actitudes cónsonos hacia el uso adecuado de los recursos naturales y el cuidado del ambiente. De allí, que el marketing, dentro de cualquier entidad social u organización, debe procurar el bienestar social, que no es más que velar por la satisfacción de las necesidades del cliente, la empresa y la sociedad simultáneamente. Se trata de lograr o contribuir a la satisfacción de necesidades de tres unidades sociales, a saber: clientes, organización y sociedad. Y de esto se ocupa precisamente el marketing social. ¿Pero qué es exactamente el marketing social?

Se reseña que fueron Philip Kotler y Gerald Zaltman quienes comenzaron a hablar del marketing social corporativo como disciplina hace más de 40 años en un artículo pionero publicado en *Journal of Marketing*. Más recientemente Kotler, Lee y Rothschild (citados en Guiu, 2012) han descrito este concepto como el proceso de aplicar los principios y las técnicas del marketing para crear, comunicar, y generar valor e influir así en el comportamiento del público objetivo que benefician a la sociedad y a los propios consumidores.

El marketing social se refiere a la utilización de las técnicas de marketing para lograr un beneficio social y no únicamente un beneficio comercial. Pujol (1999) lo define como “el marketing encaminado a desarrollar acciones y programas cuyo fin es conseguir la adhesión a una idea o práctica social” (p.201). Para Kotler y Keller (2006) “el marketing social se refiere a los esfuerzos de una organización gubernamental o de una asociación sin fines de lucro para promover una causa” (p.712).

Estas definiciones dejan claro que el marketing social busca aplicar todo el conjunto de tácticas de marketing para cambiar actitudes o comportamientos de un grupo determinado para generar beneficios a la sociedad. Por ende, utiliza conceptos de segmentación de mercados, investigación de consumidores, comunicación, facilidad, incentivos y cambiar la idea de utilidad por la satisfacción máxima del grupo. Esta disciplina, estratégicamente orientada, se basa en la creación, comunicación, distribución y el intercambio de ofertas que tengan un valor positivo para las personas, clientes, socios y la sociedad en general. Y esta es la concepción de marketing social que se manejará para efectos de esta investigación.

De acuerdo con algunos estudiosos de esta disciplina, Kotler, Hessekiel y Lee, a lo largo de las tres últimas décadas, el foco de interés ha abarcado desde la mejora de la salud (por ejemplo, prevención del VIH/SIDA) o la seguridad pública (el uso del cinturón de seguridad) hasta más recientemente la protección del medio ambiente (ahorro de agua) y el fomento de la participación de los ciudadanos (*mentoring*). La mayoría de las veces, las campañas de marketing social corporativo son elaboradas e implantadas por profesionales de los organismos públicos nacionales, estatales o

municipales -tales como los Ministerios de Sanidad, Transporte o Medio Ambiente- y por Organizaciones No Gubernamentales (ONG).

El marketing social puede entonces ser aplicado por cualquier tipo de organización, pero más específicamente por organizaciones gubernamentales o asociaciones sin fines de lucro. En este sentido, es ampliamente usado por el Estado para abordar problemas sociales y crear conciencia buscando con ello cambios de comportamiento que vayan en beneficio de la ciudadanía. Se basa, por lo tanto, en desarrollar y/o implantar una campaña de cambio conductual destinada a mejorar la salud pública, la seguridad, el medio ambiente o el bienestar de la colectividad. El foco de la campaña está siempre orientado hacia el cambio de comportamiento y el resultado deseado es que se produzca dicho cambio.

Para lograr este cambio de comportamiento, Arrieta (2006) plantea que la organización debe seleccionar una población objetivo, identificar un problema fundamental y elaborar una estrategia de comunicación con un mensaje contundente, divulgado por los medios adecuados, que tenga inmersos programas para lograr el cambio social esperado. Esto con el fin de sensibilizar a la comunidad en general frente a una problemática determinada e impulsar las acciones necesarias para brindar apoyo a la causa social escogida.

La selección de la población objetivo implica la identificación y participación de los actores sociales involucrados en la problemática. Una participación activa capaz de provocar los cambios necesarios que vayan en pro del bienestar social. Una participación ciudadana, como reseña Cunill (1991) que permita “crear nuevos mecanismos para que la administración conozca mejor las necesidades de sus administrados, obtenga la colaboración de éstos en la ejecución de algunas tareas o bien, directamente para que sustituya al Estado en la realización de determinadas funciones” (p.43).

En Venezuela, al igual que en otros países, el Estado lucha por procurar el bienestar de la sociedad. Y como una manera de responder a las necesidades de las comunidades y en medio de un modelo de democracia participativa y protagónica, el

gobierno venezolano ha creado un conjunto de programas sociales y económicos conocidos como Misiones y Grandes Misiones. Estos programas giran en torno a diversos temas, destacándose entre ellos los de salud.

En este sentido, la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, aprobada en el año 1999, destaca en sus artículos 83 y 84 lo siguiente:

Artículo 83. La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

Artículo 84. Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad... La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

En aras de cumplir con este mandato constitucional, Venezuela contaba con un sistema de salud conformado por Ambulatorios Rurales de tipo I y II, Ambulatorios Urbanos tipo I, II y III y los Hospitales tipo I, II, III y IV. Como soporte o expansión a este sistema tradicional se crea la Misión Barrio Adentro, mediante Decreto N° 2.745, de fecha 26 de enero de 2004, y publicado en Gaceta Oficial Extraordinaria N° 37.865. Según la página web gobiernoonlinea.ve, esta Misión tiene como Objetivo General:

Garantizar el acceso a los servicios de salud de la población excluida, mediante un modelo de gestión de salud integral orientado al logro de una mejor calidad de vida;

y como Objetivos Específicos:

- Implantar un modelo de gestión participativo que responda a las necesidades sociales de los grupos de población excluidos, mediante la organización y participación de las comunidades apoyadas en la contraloría social como expresión de poder popular.
- Fortalecer la Red Ambulatoria aumentando su capacidad resolutive mediante la implantación, consolidación y extensión de consultorios populares, haciendo énfasis en la Promoción de Salud y Calidad de Vida.
- Potenciar capacidades y habilidades de los recursos humanos institucionales y comunitarios mediante la educación y formación presente.

La Misión Barrio Adentro, de acuerdo al portal web barrioadentro.gov.ve, se subdivide en cuatro fases o niveles, según las etapas en que se han desarrollado sus unidades de salud.

Misión Barrio Adentro I: La primera en implantarse, en abril de 2003, para consolidar la atención primaria como prioridad política de salud dando respuesta a las necesidades sociales de la población, especialmente la más pobre, bajo los principios de equidad, universalidad, accesibilidad, gratuidad, transectorialidad, pertenencia cultural, participación, justicia y corresponsabilidad social, contribuyendo a la calidad de salud y vida. La Misión Barrio Adentro I desarrolla su cometido a través de: consultorios populares; puntos de consulta y clínicas odontológicas; y ópticas populares. Se prestan los siguientes servicios: medicina general, pediatría, atención de niños sanos y adulto mayor, control prenatal y post-natal, vacunación y odontología. Su función es principalmente preventiva.

Misión Barrio Adentro II: Creada en junio de 2005, abarca el segundo nivel de atención gratuita que brinda el servicio integral de salud a todos los ciudadanos a través de servicios médicos y de diagnóstico especializados. Se brinda a través de Centros de Diagnóstico Integral (CDI), Salas de Rehabilitación Integral (SRI) y Centros de Alta Tecnología (CAT).

Misión Barrio Adentro III: Se desarrolló casi simultáneamente con la Misión anterior y consiste en la modernización de la red hospitalaria pública del país. Utiliza

por tanto la red tradicional de clínicas y hospitales públicos, a los que se dota de inversiones adecuadas para que continúen prestando los servicios que requiere la población, modernizando la tecnología y remodelando, ampliando y mejorando la infraestructura hospitalaria. Esta tercera fase es fundamental en la composición del Sistema Público Nacional de Salud.

Misión Barrio Adentro IV: Se inició en el año 2006 con la inauguración del Hospital Cardiológico Infantil de Caracas. Pretende la construcción y dotación de centros médicos especializados y de investigación.

La Misión Barrio Adentro está adscrita al Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) y a nivel estatal es la Coordinación Regional de Barrio Adentro I la encargada de llevar a cabo los mecanismos de control, seguimiento y evaluación de dicho programa. En la implementación y desarrollo de la Misión Barrio Adentro juega un papel fundamental la comunidad organizada, quien puede participar activamente a través de los Comités de Salud¹, tal y como lo refiere la Ley Orgánica de los Consejos Comunales (2009) en sus artículos 19 y 28.

En este sentido, Márquez y Rodríguez (2009) refieren que en Venezuela la participación ciudadana en la gestión local, se presenta como un fenómeno novedoso que introduce criterios de eficacia y eficiencias de las políticas públicas, destacándose el importante papel de los ciudadanos, las organizaciones comunitarias y los Consejos Comunales en busca de satisfacer las demandas sociales. Los Consejos Comunales

¹ El Comité de Salud “es una organización de base comunitaria que promueve y facilita la participación colectiva de la población en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución, control social y evaluación de las políticas en salud. Se inicia desde todos los centros de salud, como el Centro de Atención Integral (CDI), Salas de Rehabilitación Integral (SRI), hospitales, y por la propia iniciativa de las personas en sus comunidades, en función del desarrollo integral en el ámbito ciudadano y colectivo. De conformidad a la Ley Orgánica de los Consejos Comunales, el Comité de Salud forma parte de los Equipos de Trabajo del Consejo Comunal, y representa la organización de base comunitaria que facilita la participación colectiva de la población en la planificación, ejecución, control social y evaluación de las actividades de salud y calidad de vida desarrolladas por los organismos del Sistema Público Nacional de Salud. Su objetivo principal es promover e impulsar acciones en pro de contribuir a la consecución colectiva de salud y calidad de vida de la comunidad a la que representa, apoyándose en acciones participativas de coacción y corresponsabilidad con los órganos de la administración pública establecidos en el sector salud para tal fin, impulsando el funcionamiento de una red social organizada cuyo componente básico es el ejercicio de la contraloría social” (Página web <http://www.mpps.gob.ve/>).

conforman un nuevo espacio de participación ciudadana caracterizado por el empoderamiento comunitario; se constituyen en instancias de participación, articulación e integración entre los ciudadanos y las diversas organizaciones comunitarias, movimientos sociales y populares, que permiten al pueblo organizado ejercer el gobierno comunitario y la gestión directa de las políticas públicas y proyectos orientados a responder a las necesidades, potencialidades y aspiraciones de las comunidades, en la construcción del nuevo modelo de sociedad socialista de igualdad, equidad y justicia social (artículo 2 Ley Orgánica de los Consejos Comunales, 2009).

Si bien es cierto que la Ley Orgánica de los Consejos Comunales (2009) promueve la participación y que la Constitución Nacional (1999) plantea que todas las personas tienen el deber de participar activamente en la promoción y defensa de la protección de la salud (artículo 83) y que la comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud (artículo 84), la realidad deja entrever que en Venezuela no existe una verdadera cultura de participación ciudadana. Es así como en las comunidades, se crean los Consejos Comunales y se conforman los Comités de Salud, pero sólo se queda hasta allí, sin tener intervención alguna en las políticas públicas de salud. Podría decirse que se han dado pasos, pero debe fortalecerse aún más la participación ciudadana. De allí que Márquez y Rodríguez (2009) concluyen que los Consejos Comunales constituyen un avance en la política de participación ciudadana en el país; sin embargo, se evidencian fortalezas y debilidades en su dinámica administrativa y de control en la gestión local.

Bajo sus lineamientos de concepción, con la Misión Barrio Adentro, y específicamente con la Misión Barrio Adentro I, el Estado venezolano busca promover el bienestar social a través de la medicina preventiva. La prensa nos reseña datos sobre la cantidad de consultas que se han brindado en los Consultorios Populares de Barrio Adentro I; estas cifras revelan la atención primaria en salud que reciben sus usuarios, pero no dejan claro cuánto se ha dedicado e invertido en

promoción y prevención de la salud. Efectivamente, las altas cifras de demanda de consultas de atención médica que refieren las noticias (prensa e internet) revelan la pertinencia de estos consultorios en las comunidades, ya que facilitan el acceso a los servicios de salud y alivian la carga de trabajo de ambulatorios y hospitales en materia de atención primaria. Pero, pareciese estarse descuidando parte de los objetivos de esta Misión, al no reflejar por ningún lado la promoción, educación y formación preventiva en salud de los ciudadanos.

Hay que tener presente y hacer conciencia que, en materia de salud, la meta debería ser la disminución de las consultas médicas por razones curativas como resultado evidente de que se está brindando un mejor sistema de promoción y prevención de la salud. En este sentido, se puede inferir que Barrio Adentro I está cumpliendo su cometido de ofrecer la atención primaria en salud, pero está descuidando la parte de promoción y prevención. Esta situación, a la vez, permite suponer la nula o poca participación de la comunidad, a través de los Comités de Salud, no existiendo así la función de controlaría social de estas instancias. Al desestimar el estudio de esta realidad y no tomar acciones correctivas al respecto, se estaría perdiendo la oportunidad de brindar un mejor servicio en salud a través de los Consultorios de Barrio Adentro I y lograr los objetivos por los cuales fueron creados. El Equipo Básico de Salud (EBS) que labora en estos establecimientos (grupo de profesionales y técnicos que incluye el siguiente personal: médico integral comunitario, enfermero(a) y promotor(a) de salud) debe brindar a la población el primer nivel de atención médica, ejerciendo acciones de promoción, protección, prevención, diagnóstico y tratamiento en forma ambulatoria, sin distinción de edad, sexo o motivo de consulta, tal como lo establece el artículo 29 de la Ley Orgánica de Salud vigente (1998).

En este orden de ideas, cabría entonces preguntarse ¿Qué constructos teóricos permitirán la implementación del marketing social en la Misión Barrio Adentro I a fin de facilitar el logro de sus objetivos de promoción y prevención en materia de salud?

La escogencia de este nivel de la Misión obedece, precisamente, a que su función es principalmente preventiva y el Equipo Básico de Salud que allí labora

debe crear, comunicar y generar valor e influir en el comportamiento (cambio conductual) de los usuarios de estos establecimientos (público objetivo). Así, al utilizar programas de marketing social se facilitaría la educación y formación de los ciudadanos, de modo de propiciar la aceptación, rechazo, modificación o abandono de ciertos comportamientos, que redunden en beneficio de la colectividad al abordar y/o resolver determinados problemas en materia de salud.

No obstante, pretender abarcar en un solo estudio todo el ámbito geográfico que cubre este programa sería desacertado. La Misión Barrio Adentro I está presente en toda Venezuela y es inviable para la investigadora realizar un estudio de tal envergadura. En este sentido, se obtendrían mejores resultados sí se puntualiza el análisis a un espacio definido, razón por la cual se escogió el estado Sucre.

El estado Sucre está conformado por 15 municipios, que identifican, a su vez, los municipios sanitarios del estado. Así, por ejemplo, el municipio Sucre, cuya capital es Cumaná, posee una superficie de 1.570 km², con un total de 358.919 habitantes, concentrando el 40% de la población de la entidad, de acuerdo al XIV Censo Nacional de Población y Vivienda realizado en el año 2011. La realidad en materia de salud en cada uno de los municipios de este estado pudiera ser distinta, siendo determinada por diversidad de aspectos sociales, económicos, ambientales, entre otros. De allí que, para la investigación realizada se haya seleccionado al municipio Sucre como objeto de estudio.

Considerando lo anteriormente señalado, esta investigación da respuesta a la siguiente formulación: ¿Qué constructos teóricos permitirán la implementación del marketing social en la Misión Barrio Adentro I, en el municipio Sucre del estado Sucre, de modo que faciliten el logro de sus objetivos de promoción y prevención en materia de salud? En este orden de ideas, con el desarrollo de este estudio se les dio respuesta a las siguientes interrogantes:

- ¿Qué características identifican a los usuarios de la Misión Barrio Adentro I, en el municipio Sucre del estado Sucre?

- ¿Qué herramientas puede facilitar el marketing social para que el Equipo Básico de Salud y los usuarios de la Misión Barrio Adentro I, en el municipio Sucre del estado Sucre, sean actores activos en la lucha por alcanzar el bienestar social?
- ¿Cómo desarrollar la campaña de cambio conductual que debe implementarse en el municipio Sucre del estado Sucre, a fin de facilitar el logro de los objetivos de promoción y prevención en salud de la Misión Barrio Adentro I?

1.2. Objetivos de la Investigación

1.2.1. Objetivo General

Generar constructos teóricos para la implementación del marketing social en la Misión Barrio Adentro I, en el municipio Sucre del estado Sucre, que faciliten el logro de sus objetivos de promoción y prevención en materia de salud.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Determinar las características que identifican a los usuarios de la Misión Barrio Adentro I, en el municipio Sucre del estado Sucre.
- Establecer las herramientas que puede facilitar el marketing social para que el Equipo Básico de Salud y los usuarios de la Misión Barrio Adentro I, en el municipio Sucre del estado Sucre, sean actores activos para la promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- Determinar los elementos claves de una campaña de cambio conductual que facilite el logro de los objetivos de promoción y prevención de la Misión Barrio Adentro I, en el municipio Sucre del estado Sucre.
- Elaborar lineamientos para la implementación del marketing social en la Misión Barrio Adentro I, en el municipio Sucre del estado Sucre.

1.3. Justificación

La salud es uno de los problemas sociales que más preocupa a los países. El bienestar de la sociedad en materia de salud e higiene es siempre un factor preocupante en las políticas públicas. Es así como el Estado procura establecer los lineamientos y/o mecanismos para garantizar a la población un estado de bienestar general.

En Venezuela, uno de estos mecanismos lo constituye la Misión Barrio Adentro, creada como una alternativa que ayudará a afrontar los problemas de salud de la población más pobre. Con esta Misión, y de manera específica con Barrio Adentro I, se busca brindar un sistema de salud integral enfocado en la atención primaria y la prevención. Una forma de asegurar la prevención es a través de la educación, formación y concientización de las personas en materia de salud y esto es posible a través de adecuadas campañas de comunicación. Lograr esa toma de conciencia y un cambio de comportamiento es la meta de esas campañas. Una herramienta útil para lograr el nuevo comportamiento y la toma de conciencia en prevención sanitaria lo constituye el marketing social.

Sí, efectivamente el marketing social es una herramienta que emplea los elementos del marketing tradicional para afrontar problemas sociales, buscando la aceptación o rechazo de ideas o actitudes que procuren el bienestar colectivo. De allí que, con esta investigación, se buscó generar constructos teóricos que faciliten la implementación del marketing social como herramienta clave para que la Misión Barrio Adentro I logre su cometido, para lo cual es preciso que se potencien capacidades y habilidades de los recursos humanos institucionales y comunitarios mediante la educación y formación. Con un adecuado programa de marketing social se pueden diseñar campañas de comunicación enfocadas a abordar un problema específico de salud definido a través del estudio o diagnóstico de una realidad concreta.

La Misión Barrio Adentro I tiene la posibilidad de efectuar diagnósticos de la realidad sanitaria de las comunidades, conociendo así con certeza sus requerimientos,

debilidades y fortalezas. Un diagnóstico que permita involucrar a los actores sociales en la búsqueda de soluciones a los problemas que enfrentan, para de esta manera hacerlos partícipes y protagónicos. Esta participación podría garantizar la adecuada adopción de las ideas propuestas y el logro de la meta: un cambio de comportamiento. En este sentido, el desarrollo del programa de la Misión Barrio Adentro I garantiza esa cercanía con la comunidad permitiendo conocer su realidad, lo que, a su vez, facilitaría el diseño e implementación de campañas comunicacionales de marketing social para abordar y/o resolver un determinado problema social en materia de salud. El panorama anteriormente descrito deja en claro la importancia de implementar el marketing social como herramienta de apoyo para lograr los objetivos de la Misión Barrio Adentro I procurando, a través de adecuadas campañas de comunicación, la formación y concientización de la población en materia de salud y, por ende, propiciar el desarrollo humano construido a partir de la base social, dotado de sentido para la población, fundamentado en las diferencias culturales, basado en la libertad de quienes participan, contextualizado de acuerdo al momento y territorio.

Con la aplicación del marketing social en esta Misión, el Estado tiene la posibilidad de enfrentar los problemas de salud que afectan a las comunidades, lográndose con ello un bienestar colectivo. Por consiguiente, generar constructos teóricos que permitan implementar el marketing social en la Misión Barrio Adentro I, en el municipio Sucre del estado Sucre, de modo que se facilite el logro de sus objetivos de promoción y prevención en materia de salud, se consideró un problema factible de ser resuelto y suficientemente amplio para justificar una tesis doctoral.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

Una vez planteado el problema objeto de estudio y formulados los objetivos que determinan los fines de la presente investigación fue necesario establecer los aspectos teóricos que la sustentan. En este sentido, se exponen a continuación los antecedentes de algunas investigaciones a nivel doctoral relativas al marketing social, los fundamentos teóricos relacionados, así como las bases jurídicas que regulan el tema de salud en Venezuela.

2.1. Antecedentes

Al momento de realizar una investigación es importante la revisión de otros trabajos que estén directa o indirectamente relacionados con la temática que se pretende abordar. Dicha revisión permite conocer los puntos de vistas bajo los cuales fue abordado el tema y la metodología empleada para desarrollarlo.

El primer trabajo que se reseña es la tesis doctoral realizada en la Universidad de Salamanca, por Sabre (2010) que lleva por título “Publicidad audiovisual de las Organizaciones No Gubernamentales de Desarrollo (ONGD). El encuadre y la implicación como factores de eficacia persuasiva”. Con este estudio se buscó hallar factores que determinan la efectividad de los mensajes publicitarios de las ONG, para que de este modo los comunicadores puedan tener más herramientas a la hora de diseñar mensajes eficaces. Para realizar esta investigación se apoyaron en los postulados del Modelo de la probabilidad de elaboración (*Elaboration Likelihood Model*, ELM), que supone uno de los marcos de referencia más importantes para explicar los procesos persuasivos y que provee útiles herramientas para determinar cuáles son las estrategias publicitarias más eficaces en este contexto. En este sentido, evaluaron la influencia persuasiva de dos factores específicos planteados en este modelo: la implicación y el encuadre.

Este trabajo de investigación fue considerado un antecedente valioso puesto que deja en claro la efectividad de las comunicaciones al emplear mensajes publicitarios

adecuados, lo cual es un elemento importante al desarrollar un programa de marketing social.

En segundo lugar, es importante referir la tesis doctoral realizada por Gómez (2006) en la Universidad de Málaga titulada “El marketing como herramienta para la gestión en las Organizaciones No Gubernamentales ambientales de Venezuela.” En términos generales, con este trabajo se elaboró una propuesta fundamentada en las herramientas de marketing dirigida a mejorar la gestión en las ONG ambientales de Venezuela. Para ello, desde el punto de vista teórico, se abordaron los conceptos, enfoques, modelos, métodos y técnicas, que sirven de fundamento al marketing en las ONG, haciendo énfasis en el marketing social y el marketing de servicios. Igualmente se hizo una revisión de los referentes teóricos relacionados con las organizaciones en general y con las ONG en particular. Este marco teórico permitió situar el problema y el resultado de su análisis dentro de un contexto existente, lo que de alguna manera orientó el proceso de investigación. El análisis de los resultados obtenidos hizo posible la caracterización de las ONG ambientales de Venezuela en cuanto a la utilización de las herramientas de marketing social y de marketing de servicios como parte de su gestión.

La revisión de este trabajo doctoral permitió profundizar en el marketing social al abordar variedad de aspectos teóricos sobre este tema y describir su uso como herramienta para la gestión en diversas organizaciones.

Otra tesis doctoral que es importante reseñar es el trabajo de Mier-Terán (2006) que lleva por título “Marketing socioambiental: Una propuesta para la aplicación del marketing social al campo medioambiental. Esta investigación fue presentada en la Universidad de Cádiz y aportó un nuevo método para realizar campañas de marketing social cuando el campo de actuación es el medio ambiente. Logró entre otros objetivos establecer un marco de referencia para el marketing socioambiental, cuyos fundamentos se derivan de los principios y técnicas del marketing social y de las experiencias positivas relativas a la modificación de comportamientos que se han desarrollado en la gestión medioambiental a escala internacional; y realizó una

propuesta de campaña de marketing socioambiental para aportar soluciones a algunos de los problemas que presentaba el Parque Natural Bahía de Cádiz.

La pertinencia de este trabajo respecto a la investigación realizada radicó en el estudio del marketing social y su aplicación en un campo específico. Así se describe la viabilidad de implementar campañas de marketing social para resolver diversos problemas ya sean de índole social, ambiental, de salud, etc.

En síntesis, todos los trabajos aquí reseñados se constituyeron en antecedentes de esta investigación puesto que abordan la temática del marketing social como herramienta para lograr un cambio de comportamiento en el público objetivo. En este sentido, sirvieron de basamento teórico dando una visión general de las teorías existente sobre el problema investigado, al tiempo que guiaron el desarrollo empírico de la investigación al describir las diferentes metodologías empleadas para realizarlas (métodos e instrumentos).

2.2. Fundamentos Teóricos

Esta investigación se planteó como objetivo la generación de constructos teóricos para implementar el marketing social en la Misión Barrio Adentro I, en el municipio Sucre del estado Sucre. La Misión Barrio Adentro es un programa social inmerso dentro de las políticas públicas desarrolladas por el Estado para brindar servicios de atención médica a las personas y garantizar el derecho a la protección de la salud. En este sentido, en este apartado se vislumbran las posturas teóricas que sobre marketing social y políticas públicas exponen diversos autores. Adicionalmente, se desarrolla un exordio sobre los actores sociales y la importancia de su participación en un programa de marketing social.

2.2.1. Marketing Social: Contextualización epistemológica y teórica

Antes de profundizar sobre el marketing social es imperativo tener una noción clara sobre el marketing en general con el objeto de comprender su esencia y evolución. Esta revisión previa permite ubicar el término marketing social en un contexto epistemológico y teórico.

2.2.1.1. El intercambio como punto de partida y esencia del marketing

El ser humano es por naturaleza un ser gregario, no es una isla que puede vivir de forma aislada; es un ser dependiente que necesita de otros para poder alcanzar sus metas en búsqueda de bienestar. La historia así lo describe. En las primeras épocas, que podríamos catalogar como etapas rudimentarias de la civilización, el individuo o familia buscaba satisfacer personalmente sus necesidades, las cuales eran pocas y elementales. Para él era suficiente lo que obtenía de la naturaleza, a través de la caza, pesca y la recolección. La familia era un núcleo que producía y consumía su propia producción.

Como ser gregario, los individuos empezaron a organizarse en colectividades mayores, estableciendo entre ellos una relación con cierto grado de comunicación y cooperación que les permitiera satisfacer sus necesidades con más facilidad. Sus necesidades empezaron a multiplicarse y ya no podía satisfacerlas. En este interactuar como agrupación se percatan que habían producido exceso de ciertos bienes mientras carecían de otros que eran producidos por otras colectividades. Se da entonces el intercambio y nace el fenómeno económico conocido como el trueque: se adquieren las cosas que se necesitan a cambio de las otras que se habían producido en exceso, mediante el intercambio de unas con otras.

El término intercambio está compuesto por el prefijo *inter* y el vocablo *cambio*. La palabra *cambio* viene del latín *cambium*, que significa hacer trueque, dar una cosa por otra. En este sentido, el intercambio no es más que la acción o efecto de cambiar algo de modo recíproco entre varias personas o seres. Es un cambio mutuo o recíproco entre dos cosas, lo que genera o permite que establezcan relaciones entre las diferentes unidades sociales.

Para Kotler y Armstrong (2008) el intercambio es el “acto de obtener de alguien un objeto deseado mediante el ofrecimiento de algo a cambio” (p.8). Pujol (1999) plantea que se denomina intercambio a la “transferencia de bienes que realizan dos personas de forma recíproca y simultánea” (p.177). El intercambio es pues el acto mediante el cual un sujeto cede a otro parte de los bienes que están a su disposición,

recibiendo a cambio bienes distintos. El objeto del intercambio puede ser dinero, ideas, servicios y en general cualquier bien, ya sea tangible o intangible (ver figura 1).

Figura 1: Rubros de intercambio



Fuente: Elaboración propia, 2021

Kotler y Keller (2006) así como Kotler y Armstrong (1998) y Stanton *et al.* (1997) plantean que para que exista un intercambio potencial se deben dar cinco condiciones:

- 1.- Debe haber, al menos, dos partes o unidades sociales (individuos u organizaciones) y ambas deben tener necesidades que satisfacer.
- 2.- Cada parte debe tener algo que la otra valore.
- 3.- Las partes han de estar en posibilidad de comunicarse entre sí.
- 4.- Cada parte debe ser libre de aceptar o rechazar la oferta de intercambio, es decir, participar voluntariamente
- 5.- Cada parte debe considerar adecuado o deseable negociar con la otra.

El éxito del intercambio dependerá de si todas las partes implicadas logran ponerse de acuerdo en las condiciones que les harán colocarse en una situación mejor (o al menos no peor) que la anterior. De allí que se considere que los intercambios son procesos de generación de valor puesto que, por lo general, conducen a mejorar la situación de las unidades sociales involucradas en comparación con la que prevalecía antes.

2.2.1.2. El marketing, conceptualización y evolución

En el lenguaje cotidiano el término marketing no posee un significado uniforme, sino que más bien es una palabra deteriorada y a menudo mal entendida tanto por sus detractores como por sus adeptos. En tal sentido, Lambin (1997) plantea que se hallan tres acepciones populares, a saber:

- El marketing es la publicidad, la promoción de venta a presión, es decir, un conjunto de *medios de venta* particularmente agresivos, utilizados para conquistar los mercados existentes. En esta primera acepción muy mercantilista, el marketing se aplicaría principalmente en los mercados de consumo masivo y mucho menos en los sectores más nobles de productos de alta tecnología de la administración pública, de los servicios sociales y culturales.
- Es un conjunto de *herramientas de análisis*, de métodos de previsión y de estudios de mercado, utilizados con el fin de desarrollar un enfoque prospectivo de las necesidades y de la demanda.
- Es el gran corruptor, *el arquitecto de la sociedad de consumo*, es decir, de un sistema de mercado en el cual los individuos son objeto de explotación comercial por el vendedor.

Detrás de estas visiones esquemáticas se encuentran tres dimensiones características del concepto. Una dimensión *acción* (la conquista de los mercados), una dimensión *análisis* (la comprensión de los mercados) y una dimensión *ideología* (una actitud). De estas tres dimensiones, la tendencia más frecuente es reducir el marketing a la dimensión acción, es decir, a un conjunto de métodos de venta y de subestimar las otras dos dimensiones.

En virtud de lo anterior, Lambin (1997) afirma que el marketing es, al mismo tiempo, un sistema de pensamiento y de acción. Como sistema de pensamiento, busca precisar los fundamentos ideológicos de la óptica del marketing, y de acción pues

realiza cierto número de tareas necesarias para el funcionamiento de una economía de mercado basada en el intercambio voluntario y competitivo.

Pero hablar de marketing no es simplemente intercambiar productos en búsqueda de una ganancia o beneficio. Es preciso dejar de lado su concepción en el sentido antiguo de lograr una venta y pensar en el nuevo sentido de satisfacer las necesidades del cliente. Y es precisamente en búsqueda de esa satisfacción del cliente que el intercambio se constituye en su esencia, en su concepto central. De allí que se le pueda definir, de manera sencilla, como el conjunto de actividades humanas dirigidas a facilitar y realizar intercambios.

De manera más amplia podemos encontrar autores como Kotler y Armstrong (2008) para quienes lo definen como “un proceso social y administrativo mediante el cual individuos y grupos obtienen lo que necesitan y desean a través de la creación y el intercambio de productos y de valor con otros grupos e individuos” (p.5).

Para Stanton *et al.* (1997) “es un sistema total de actividades comerciales cuya finalidad es planear, fijar el precio, promover y distribuir los productos satisfactorios de necesidades entre los mercados meta para alcanzar los objetivos corporativos” (p.7).

Por su parte la *American Marketing Association*, que es la organización profesional más grande en el sector del marketing en Estados Unidos, la define como “el proceso de planear y realizar los conceptos, precios, promoción y distribución de ideas, bienes o servicios para generar intercambios que cumplan con los objetivos individuales y organizacionales” (Stanton *et al.*, 1997, p.30).

Al revisar cada una de estas definiciones vemos claramente cómo se destacan las relaciones de intercambio que se establecen entre individuos y grupos y la búsqueda de satisfacer las necesidades de las partes involucradas. Es de suponer que efectivamente es así: cada parte o unidad social busca obtener una satisfacción con el intercambio.

Como expresa Homans (1971) toda la conducta humana social, es decir, toda aquella que se da entre dos personas que interactúan espontáneamente, es un intercambio: una relación entre dos personas se da si ambas esperan obtener recompensas de ella y se mantiene si sus esperanzas se confirman. El número de actividades a intercambiar es prácticamente ilimitado, pero lo que importa en el intercambio social no son las actividades específicas, sino una característica que todas poseen: el valor.

Con el marketing lo que se pretende es crear valor y establecer relaciones sólidas a través del intercambio. Para Adams (1965) la solidez de estas relaciones por supuesto vendrá dada de acuerdo con la teoría de la equidad, que plantea que las personas buscan la reciprocidad en las relaciones sociales: lo que ellos invierten y ganan de una relación debe ser proporcional a las inversiones y ganancias de la otra parte interesada en la relación. Debe entonces establecerse una relación de reciprocidad de ganar-ganar para que su actividad de intercambio pueda cumplir su cometido.

Con el marketing, cada unidad social involucrada busca, a través de esta relación de intercambio, lograr una satisfacción recíproca, para lo cual requiere, a su vez, del conocimiento y comprensión de las necesidades y expectativas de la otra parte. En otras palabras, cada parte o unidad social debe procurar una relación con cierto grado de comunicación y cooperación que permita que todos logren sus objetivos de intercambio. No obstante, para que esta relación de intercambio se desarrolle satisfactoriamente es condición imperante la investigación como proceso capaz de generar la información necesaria y pertinente para que ese intercambio sea efectivo para las partes.

Evolución del concepto de marketing: filosofías que lo explican

Como se planteó supra, el intercambio es la esencia misma del marketing. El mismo se hace presente sin importar el tipo de bien del que se trata. Así, se habla de marketing tanto cuando se intercambian bienes tangibles, tales como productos alimenticios o de aseo personal, como cuando se trata de servicios tales como

turismo, educación, salud, entre otros. De igual forma, puede ser aplicado por empresas lucrativas como por organizaciones sin fines de lucro.

Es así como Kotler y Keller (2006) exponen que esta disciplina es aplicable al menos en diez rubros, a saber: bienes, servicios, eventos, experiencias, personas, lugares, derechos de propiedad, organización, información e incluso ideas. Esto es posible, ya que el marketing ha ido evolucionando a la par que ha evolucionado el hombre, los artefactos creados por él y la sociedad misma. El concepto ha evolucionado asumiendo diversos matices y haciendo énfasis en ciertos aspectos que permiten identificar las filosofías que la sustentan y explican dicha evolución. Filosofías que van desde el énfasis en la producción hasta lo que se conoce hoy día como marketing social. Entre tanto, en el transcurrir de esa evolución, afloran los términos de ética y responsabilidad social.

En esta evolución del concepto del marketing prevalece, por supuesto, el intercambio como una constante ineludible; más, sin embargo, entran en juego aspectos que le dan una connotación particular a cada uno de estos enfoques. Así como en sus inicios el concepto de marketing se vislumbraba hacia el vender y anunciar un producto satisfactor de necesidades y que generara utilidades a la organización, ahora, con los cambios que ha tenido la sociedad y las relaciones de intercambio, puede ser percibido con un énfasis en lo social que involucra tanto aspectos éticos como de responsabilidad.

Kotler y Armstrong (2008) al igual que Stanton *et al.* (1997) y Kotler y Keller (2006) plantean la evolución que ha tenido el concepto, identificando grandes estadios que describen su desarrollo y que son vistas como cinco filosofías de la dirección del marketing: producción, producto, venta, marketing y marketing social (ver cuadro 1).

En la primera filosofía o concepto, la empresa se enfoca en la producción puesto que supone que los consumidores buscan productos que estén disponibles y sean costeables. Así su énfasis es mejorar la producción, costos bajos y distribución

masiva, lo que pudiese llevar a la miopía de marketing al descuidar satisfacer las necesidades del cliente y crear relaciones con ellos.

Cuadro 1: Evolución del concepto de marketing: filosofías que lo explican

| Filosofía | Punto de Partida | Enfoque | Medios | Fines |
|--------------------------------|-------------------------|--|-------------------------|-----------------------------------|
| <i>Producción</i> | Fábrica | Aumento de la producción | Distribución masiva | Utilidad por costos bajos |
| <i>Producto</i> | Fábrica | Mejora de los productos | Calidad e innovación | Utilidad por mejora del producto |
| <i>Ventas</i> | Fábrica | Productos existentes | Ventas y promoción | Utilidad por volumen de ventas |
| <i>Marketing</i> | Mercado | Necesidades cliente | Mercadotecnia integrada | Utilidad por satisfacción cliente |
| <i>Marketing Social</i> | Mercado | Necesidades: cliente, empresa y sociedad | Mercadotecnia integrada | Bienestar social equilibrado |

Fuente: Elaboración propia, 2021.

El concepto de producto, por su parte, sostiene que los consumidores preferirán los productos que ofrecen mejor calidad, desempeño y características innovadoras. De allí que las empresas se esfuercen en mejorar continuamente sus productos. La calidad y el mejoramiento son aspectos muy importantes; pero, tener sólo esta visión, también puede conllevar a miopía de marketing.

La filosofía de ventas supone que se requiere de grandes esfuerzos de ventas y promoción para lograr la comercialización de los productos. Con esta visión o filosofía se trata de vender lo que la empresa produce, en vez de producir lo que el mercado quiere. Se deja de lado al cliente y sus necesidades, olvidándose de cultivar relaciones redituables a plazo con los clientes, y se enfoca en lograr utilidades por volumen de ventas.

El concepto de marketing, en cambio, se enfoca en la satisfacción de las necesidades y deseos del mercado meta para garantizar el logro de los objetivos de la organización. Bajo esta filosofía no se trata de buscar clientes adecuados para los productos, sino encontrar productos adecuados para los clientes. De allí que se

plantee que es una perspectiva que se desarrolla de afuera hacia adentro, es decir, del mercado hacia la empresa.

Se llega así a la filosofía del marketing social, concepto o principio que sostiene que una compañía debe tomar decisiones de marketing considerando los deseos del consumidor, los requerimientos de la compañía, y los intereses de largo plazo de la sociedad y de los consumidores. Se plantea este enfoque ya que pudiesen generarse conflictos entre los deseos a corto plazo del consumidor y su bienestar a largo plazo. Por tanto, estando conscientes que las causas y los efectos de las acciones de marketing van más allá de la empresa y del consumidor hasta afectar a la sociedad en su conjunto, el marketing social procura el bienestar social equilibrado entre cliente, empresa y sociedad. Con esta filosofía se busca el equilibrio a fin de lograr la satisfacción y el bienestar social para las tres entidades involucradas: cliente (satisfacción de deseos), empresa (utilidades) y sociedad (bienestar del ser humano).

Es evidente que el marketing ha evolucionado a la par que ha ido evolucionando la sociedad misma. Actualmente, las organizaciones tienen claro que no basta el enfoque hacia la producción y las ventas para permanecer en el tiempo, sino que hace falta mucho más; esto implica respeto, compromiso para con el cliente y la sociedad en general. Es así como cualquier organización que gestione su proyección en el tiempo debe actuar con ética y responsabilidad social, con comportamientos y actitudes cónsonos hacia el uso adecuado de los recursos naturales y el cuidado del ambiente. De allí que el marketing, dentro de cualquier entidad social u organización, debe procurar el bienestar social, que no es más que velar por la satisfacción de las necesidades del cliente, la empresa y la sociedad simultáneamente. Y de esto se ocupa precisamente el marketing social.

2.2.1.3. El marketing social como instrumento de cambio de comportamiento

Conceptualización y evolución del marketing social

La sociedad se enfrenta a diversos problemas que la afectan tales como el alcoholismo, la drogadicción, el sexo irresponsable, el embarazo no deseado,

conservación de la salud y la nutrición, entre otros y que ameritan soluciones. En este entorno, las organizaciones buscan alcanzar el mejor desempeño a largo plazo y esto pueden hacerlo posible gracias al marketing social.

De acuerdo con la página web http://www.ecured.cu/index.php/Marketing_Social, este término ha llegado a significar, desde entonces, una tecnología de gestión del cambio social que incluye el diseño, la puesta en práctica y el control de programas orientados a aumentar la aceptabilidad de una idea o práctica social en uno o más grupos de adoptantes objetivo.

La expresión marketing social fue usada por primera vez, en 1971, por los autores Philip Kotler y Gerald Zaltman, quienes estudiaban las aplicaciones del marketing como medio de contribución social en la búsqueda de soluciones para diversas cuestiones sociales. Sin embargo, Andreasen (2002) reseña que, aunque su origen académico puede ubicarse en la década de los setenta, en diversas publicaciones del siglo XIX se han encontrado pósteres y anuncios publicitarios relacionados con alguna causa social, por lo que se puede afirmar que los instrumentos de comunicación han sido las primeras herramientas del marketing en utilizarse en las campañas sociales.

Kotler y Zaltman (1971) plantearon el término en forma conceptual como el proceso de “diseño, implementación y control de programas pensados para influir en la aceptación de ideas sociales, implicando consideraciones de planificación de productos, precio, comunicación, distribución e investigación de marketing” (p.96). En reciprocidad con este señalamiento, Kotler y Levy (1992) y Andreasen (2002) afirman que implica la utilización de todas las herramientas del mercadeo en la búsqueda de provocar un cambio de comportamiento para el bienestar colectivo, y que su meta es prevenir o resolver ciertos problemas sociales.

En este orden de ideas, Moliner (1998) propone que la definición de marketing social debe incluir los siguientes elementos claves:

- a) Su condición de extensión de marketing, debido a que se trata de la utilización de unos principios generales aplicados al diseño de campañas sociales;
- b) Su carácter de proceso social, defendiendo ideas o causas justas que beneficien a la sociedad; y
- c) Su objetivo básico es el estudio de la relación de intercambio donde el producto es una idea o causa social.

Urdaneta y Villalobos (s.f.) lo conciben como una actitud organizacional, una postura mental o forma de concebir la relación de intercambio, por parte de la empresa u organización que ofrece bienes/servicios al mercado con su entorno inmediato; partiendo de los problemas, necesidades y deseos del consumidor; siendo el propósito del mercadeo social la satisfacción de un modo más beneficioso, tanto para el consumidor como para el vendedor. Se refiere, por tanto, a la utilización de las técnicas tradicionales de mercadeo para lograr un beneficio social y no únicamente un beneficio comercial. De allí que se plantea que comprende los principales temas de interés público, así como el contexto ético, ambiental, legal y social de sus actividades y programas. Con ello lo que se busca es contribuir a mejorar la sociedad y preservar el medio ambiente.

De acuerdo con Vaz (2003) puede ser comprendido como la modalidad de acción mercadológica institucional que tiene por objetivo principal atenuar o eliminar los problemas sociales, las carencias de la sociedad que se relacionan, en especial, con las cuestiones de higiene y salud pública, trabajo, educación, vivienda, transporte y alimentación. En este sentido, Forero (s.f.) plantea que se puede visualizar como un área del mercadeo que excede el ámbito comercial ya que su metodología se basa en investigar y satisfacer necesidades de tipo social, humano y espiritual lo que implica que su campo de acción se extiende a asociaciones y fundaciones públicas y privadas sin fines de lucro, organizaciones de la sociedad civil, entidades del Estado, organizaciones internacionales de servicio humanitario y organismos multilaterales de cooperación.

Denominado también como marketing “de las causas sociales o de las ideas”, involucra el diseño, implantación y control de programas pensados para influir en la

aceptación de ideas sociales e implica consideraciones de planificación de producto, precio, comunicación, distribución e investigación de mercados. En la mayoría de las ocasiones un programa de este tipo será llevado a cabo por la administración o por una organización no lucrativa. Una característica a destacar es que la institución que lo aplica no quiere un beneficio para sí, sino un beneficio para la sociedad en general o para un colectivo en particular.

Como bien expone Forero (s.f.) el término -referido por algunos como la gestión de las causas sociales o filantrópicas- consiste en la aplicación de las tecnologías propias del marketing comercial al análisis, planificación, ejecución y evaluación de programas diseñados para influir en el comportamiento voluntario de los grupos sociales o poblaciones en general con el fin de mejorar su bienestar personal y social. Esto sugiere que, al analizar el contexto del individuo y el vivir en sociedad, existe la posibilidad de que ocurran transformaciones positivas que pueden cambiar la realidad del mismo individuo y de la sociedad local para mejorarlos.

Es así como, según Pérez (2004) surge el alcance social del marketing a los procesos de intercambio entre las unidades sociales y su aplicación a los programas sociales, con la finalidad de desarrollar nuevas estrategias mercadológicas para ser aplicadas a las organizaciones y de esta manera lograr un cambio estratégico en las mismas.

En este contexto, se devela entonces el concepto presentado por Kotler *et al.* (s.f., citados en Guiu, 2012) quienes lo describen como el proceso de aplicar los principios y las técnicas del marketing para crear, comunicar, y generar valor e influir así en el comportamiento del público objetivo que benefician a la sociedad y a los propios consumidores. En otras palabras, a opinión de Sánchez y Gallardo (2013), pretende influir en la aceptación o rechazo de ideas sociales (dependiendo si son consideradas beneficiosas o se entienden perjudiciales).

En el cuadro 2 se incluyen, en forma cronológica, diversas definiciones que muestran la evolución del término marketing social de acuerdo a la opinión de autores especialistas en esta materia.

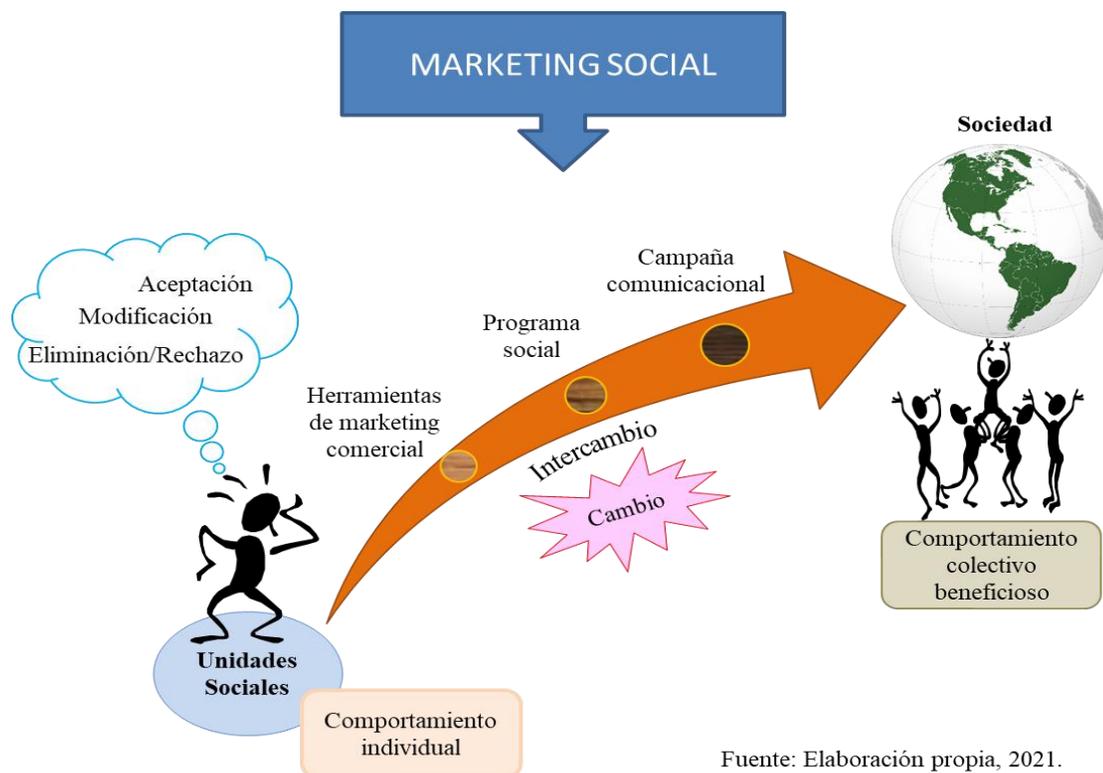
Cuadro 2: Evolución cronológica del concepto de marketing social

| Autor(es) | Año | Definición |
|------------------|------|--|
| Kotler y Zaltman | 1971 | Es el diseño, aplicación y control de programas dirigidos a motivar la aceptación de ideas sociales, mediante la aplicación de técnicas de mercadeo referentes a producto, precio, comunicación, distribución e investigación de mercados. |
| Kotler y Levy | 1992 | Proceso a través del cual una organización conduce todos sus esfuerzos hacia los adaptadores o mercado metas, a los cuales pretende persuadir para que acepten, modifiquen o abandonen una idea, actitud, práctica y/o comportamiento. |
| Andreasen | 1994 | Es la adaptación del marketing comercial a los programas para influir en el comportamiento de una audiencia meta, con el objetivo de mejorar su bienestar y el de la colectividad, a través de la aplicación de programas sociales. |
| Pujol | 1999 | Es el marketing encaminado a desarrollar acciones y programas cuyo fin es conseguir la adhesión a una idea o práctica social. Sus posibilidades son en principio ilimitadas, ya que también son ilimitados los problemas sociales. |
| Leal | 2000 | Aplicación de técnicas comerciales para beneficiar a la sociedad, siendo su objetivo el producir cambios voluntarios en el comportamiento a través del conocimiento de las necesidades, deseos y barreras percibidas por el público objetivo: la sociedad o parte de ella |
| Perchmann | 2002 | Es el proceso de promoción para cambiar el comportamiento individual, con el fin de mejorar los problemas sociales, haciendo uso de las cuatro P del marketing (producto, plaza, precio y promoción), la investigación de mercados, su segmentación, análisis competitivo y enfoque en el intercambio. |
| Pérez | 2004 | Es una disciplina de las ciencias sociales, económicas administrativas, que incide en el proceso de intercambio de beneficios en el agente de campo, quien identifica el problema, estudia el público objetivo, detecta sus necesidades y planifica, administra e implementa programas sociales en beneficio de la sociedad. |
| Kotler y Keller | 2006 | Refiere los esfuerzos de una organización gubernamental o de una asociación sin fines de lucro para promover una causa. |
| Carrie | 2012 | Implica el uso de los principios y técnicas de marketing sobre una audiencia objetivo a fin de que voluntariamente acepte, modifique, rechace o abandone una conducta en beneficio de los individuos, grupos y de la sociedad en su conjunto |

Fuente: Elaboración propia, 2021.

A manera de síntesis, en la figura 2 se reflejan en forma condensada los términos comunes presentes en las distintas conceptualizaciones, destacándose: unidad social, intercambio, comportamiento, sociedad, ideas, cambio, entre otras. Esta identificación permitió a la autora redefinir el marketing social como el proceso de intercambio que se establece entre unidades sociales para favorecer la aceptación, modificación o eliminación de comportamientos individuales en pro de beneficios colectivos, abordando problemas de índole social por medio de la aplicación de herramientas de marketing comercial y campañas comunicacionales. De este modo, se constituye en herramienta clave para lograr el bienestar de la sociedad.

Figura 2: Términos presentes en el concepto de marketing social



Es así como, en la actualidad, las organizaciones de cualquier tipo, públicas o privadas, con o sin fines de lucro, se comprometen o enfocan hacia la implementación de un marketing socialmente responsable. Una empresa socialmente responsable, desde su estrategia corporativa, asume el compromiso de educar en el bien, de promover el bienestar, de otorgar a la sociedad un valor agregado y se compromete

también a que esas acciones y esos beneficios perduren en el tiempo (Piñón, s.f.). En este sentido, mostrarse atento y respetuoso con las causas sociales y ambientales se está volviendo no sólo una forma de mantener y de aumentar las ganancias, sino de mostrar qué camino está dispuesta a seguir la empresa para atender a sus clientes, para contribuir con la sociedad y para mantenerse enfocada en un futuro sustentable (Giuliani *et al.*, 2012). De allí que Urdaneta y Villalobos (s.f.) lo reseñen como una tendencia innovadora dentro del mercadeo e ingrediente clave para que las empresas sean exitosas, porque se fundamentan en la adopción de las prácticas correctas relacionadas al beneficio de la comunidad.

Objetivos y funciones del marketing social

Armario (1993) afirma que el marketing social con base a estrategias de cambio social voluntario tiene por objeto la modificación de opiniones, actitudes o comportamientos, así como la adhesión a una idea por parte de ciertos públicos para mejorar la situación de la población en su conjunto o de ciertos grupos de la misma. De allí que se configura como una estrategia de cambio social que puede sustituir o complementar a otras formas de actuación que pueden utilizarse para lograr ese cambio. Entre estas formas de actuación están principalmente el cambio social por medio de la violencia, la acción legal, la propaganda social intensiva, la publicidad social y mediante la acción económica, como ya fue descrito en el punto anterior. En pocas palabras, es una herramienta para influenciar y producir importantes cambios en el comportamiento de grandes grupos de población, aspecto éste que se considera su fin primordial.

En este orden de ideas, se persigue la concienciación, la comprensión y la aceptación de las ideas o causas sociales propuestas, lo que implica necesariamente conseguir cambios en las personas. En orden creciente de dificultad estos cambios incluyen los cambios cognitivos, en la acción, de conducta y en los valores, según lo refieren Kotler y Levy (1992). Tomando en consideración estos cuatro aspectos, Santesmases (2004) clasifica entonces los objetivos del marketing social de la siguiente manera:

- *Proporcionar información, dirigidos a los cambios cognitivos*, ya que muchas causas sociales tienen como objetivo informar o enseñar a la población, utilizando para ello programas educativos. Lo que se hace en estos casos es proporcionar una nueva información a las personas a fin de elevar su nivel de conocimiento respecto a cierto objetivo deseado, aportándoles un cambio en su conocimiento con respecto a él.
- *Estimular acciones beneficiosas para la sociedad*, pues hay causas sociales que tratan de inducir al mayor número de personas a tomar una acción determinada durante un período de tiempo dado.
- *Cambiar comportamientos nocivos*, debido a que existen causas sociales que tratan de inducir o ayudar a las personas a cambiar algún aspecto de su comportamiento que puede beneficiarles.
- *Cambiar valores en la sociedad*, ya que hay causas sociales que intentan modificar las creencias o valores arraigados en la sociedad.

La identificación de estos objetivos permite comprender los campos de acción del marketing social y definir, a opinión de Arrieta (2006), sus funciones:

- Promover bienes y servicios a través de los medios de comunicación para estimular el cambio social y elevar el nivel de vida de los miembros de una comunidad.
- Identificar segmentos de la población afectados por determinados problemas, que por su dimensión requieran soluciones colectivas.
- Diseñar e implementar programas para lograr cambios de comportamiento de grupos poblacionales, en procura de la solución de problemas sociales a través de mensajes contundentes, usando los medios apropiados para llegar al público de manera que genere alto impacto con una amplia cobertura.
- Sensibilizar a las personas para lograr un cambio de actitud frente a temas clave de salud, convivencia, ambientales, deberes cívicos y problemas sociales como la drogadicción, el alcoholismo, el tabaquismo, entre otros.

- Desarrollar campañas educativas genéricas utilizando una combinación de estrategias y canales diversos.

Cambio de comportamiento

Para lograr el cambio de comportamiento de las personas se pueden implementar diversas estrategias y/o acciones. Así, por ejemplo, Kotler y Levy (1989) señalan que existen cinco estrategias posibles, a saber: tecnológicas, económicas, político/legales, educativas y con marketing social (ver figura 3).

Figura 3: Estrategias del cambio de conducta



Fuente: Gómez, 2006

En este mismo orden de ideas, Leal (2000) puntualiza tres enfoques para inducir al cambio de comportamiento: educativo, persuasivo y de la modificación del comportamiento.

- *Enfoque educativo*: tiene por objeto llegar a la conciencia de las personas mediante un mensaje de enseñanza claro y penetrante, que logre cumplir con los objetivos de cambio deseados. Este enfoque permitirá a los destinatarios conocer y adoptar una nueva actitud frente a una situación determinada.

- *Enfoque persuasivo*: Con este enfoque se pretende encontrar las razones por las cuales las personas pueden motivarse a desistir de sus creencias y persuadirlas a adoptar el cambio.
- *Enfoque de la modificación del comportamiento*: Se fundamenta en que las personas actúan de acuerdo a lo que les genera una gratificación. En este enfoque, para obtener óptimos resultados se realiza casi siempre a nivel individual.

Por su parte, Santesmases (2004) refiere que pueden realizarse ocho acciones posibles para lograr cambios sociales, a saber:

- *Información y educación*: información objetiva sin expresar opiniones; es el receptor quien saca sus conclusiones.
- *Persuasión y propaganda*: información agresiva para impactar y cambiar actitudes. Se sacan conclusiones y se hacen afirmaciones dramáticas.
- *Controles sociales*: presiones que se hacen llegar a través de grupos sociales que impulsan normas y valores.
- *Sistemas de suministro*: minimizar los problemas de accesibilidad a los servicios.
- *Incentivos económicos*: incluye tanto ahorros, a través de desgravaciones, intereses preferenciales en créditos como pagos en efectivo de ayudas y subvenciones.
- *Desincentivos económicos*: imposición de sanciones, como los impuestos, por el desarrollo de un determinado comportamiento.
- *Consejos clínicos y modificación de comportamiento*: erradicación de comportamientos sociales indeseables o el aprendizaje de otros deseables.
- *Regulaciones y controles*: restricciones legales para impedir determinados comportamientos e imponer sanciones en caso de que se incumplan.

Diversas son, entonces, las acciones y/o estrategias que pueden emplearse para lograr el cambio de comportamiento de las personas, siendo una de ellas el marketing social, el cual se concibe como instrumento para promover comportamientos socialmente favorables, dónde se lleva de un comportamiento perjudicial a un comportamiento más beneficioso (ver cuadro 3). Esto no se logra de forma inmediata con la aplicación de tal o cual acción; sino que requiere que sea desarrollado por etapas.

Cuadro 3: Opciones posibles para el cambio de comportamiento

CAMBIO DE COMPORTAMIENTO

| ESTRATEGIA (Kotler y Levy , 1989) | ENFOQUE (Leal, 2000) | ACCIONES (Santesmases, 2004) |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Tecnológicas - Económicas - Político/ Legales - Educativas - Marketing social | <ul style="list-style-type: none"> - Educativo - Persuasivo - Modificación del comportamiento | <ul style="list-style-type: none"> - Información y educación - Persuasión y propaganda - Controles sociales - Sistemas de suministro - Incentivos económicos - Desincentivos económicos - Consejos clínicos y modificación de comportamiento - Regulaciones y controles |

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Zambrana (2012) señala que el modelo de análisis más difundido entre los profesionales del marketing social es el de Alan Andreasen, que fue tomado del modelo desarrollado por Prochaska y Di Clemente. En las etapas del cambio de comportamiento, según el modelo de Andreasen, se pueden observar cuatro fases: pre consideración, consideración, acción y mantenimiento (ver figura 4).

Figura 4: Etapas en el cambio de comportamiento



Fuente: Zambrana, 2012, basado en Andreasen, Alan - Marketing Social Change - Jossey-Bass Publishers - San Francisco, 1995.

Kotler y Andreasen (1991) describen cada una de estas etapas en el cambio de comportamiento:

- *Pre Consideración o precontemplación:* en esta etapa el público objetivo no cree que el comportamiento deseado sea el apropiado, debido al desconocimiento del problema social, a la errónea percepción de que no son afectados directamente o a la presencia de principios y valores contrarios al comportamiento propuesto. La meta del marketing social en esta fase es hacer que el público objetivo conozca la nueva posibilidad de comportamiento que puede mejorar su vida individual y la de los miembros de la comunidad. En este momento juega un papel fundamental la educación y la propaganda, siendo imperante conocer las necesidades del público objetivo a fin de ajustar los mensajes a la audiencia. La tarea del marketing social es, entonces, crear conciencia e interés, de manera que el público objetivo sienta que hay una nueva conducta y que ésta es adecuada a su situación social.
- *Consideración o Contemplación:* En este momento el público meta piensa realmente en los comportamientos recomendados en la etapa anterior y comienza a ser consciente de la posibilidad de cambiar su actitud. Aquí el punto de interés del programa de marketing social consiste en explicar las grandes ventajas que ofrece el nuevo comportamiento, sin atacar los valores culturales tradicionales del destinatario. Esto debe hacerse a través de la persuasión y la motivación, hasta lograr que los destinatarios crean que el comportamiento

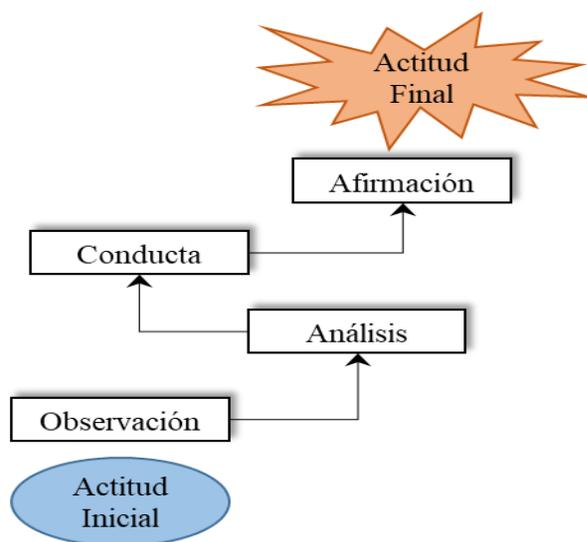
propuesto es aceptable para ellos y para la comunidad en la que viven y, además, se convencen que es correcto que lleve a cabo este comportamiento.

- *Acción*: En este momento, los destinatarios llevan a cabo el comportamiento por primera vez, por lo que deben confirmarlo a través de la formación y del refuerzo, para que lleguen a la etapa final. Para que una determinada persona decida que un comportamiento es una buena idea y de allí pase a la acción debe tener una creencia adicional muy importante. La decisión se puede tomar por la búsqueda de una gratificación personal o porque la presión social hace imperativa la acción. Aquí el marketing social debe convencerlos para que actúen, haciendo que el comportamiento sea fácil de emprender.
- *Mantenimiento*: Un programa de marketing debe perseguir que el comportamiento deseado continúe en el tiempo. En este tipo de programas hay que mantenerse atentos ya que el riesgo de que el individuo tenga una recaída está siempre presente. Por ello, se debe conseguir que el comportamiento emprendido sea para siempre, haciéndose necesaria una estrategia de recordatorio para que no se abandone el comportamiento socialmente deseado. Aquí, la actividad clave es dar apoyo.

Zambrana (2012) resume diciendo que para lograr que la persona adopte el comportamiento propuesto por el programa de marketing social, se debe conseguir que el individuo primero conozca la idea que se propone, evaluar la posibilidad de adoptarla y ver con agrado la posibilidad de adoptarla. Para que luego pase a una fase, en la que se trabaje en fortalecer la convicción de la persona respecto de adoptar el comportamiento propuesto.

Leal (2000) propone un modelo similar al descrito por Kotler y Andreasen (1991), detallando también cuatro etapas: observación, análisis, conducta y afirmación, tal como puede visualizarse en la figura 5.

Figura 5: Modelo del proceso de cambio de conducta



Fuente: Leal, 2000.

En la etapa de *Observación*, el destinatario o público objetivo no está considerando la acción deseada. El *Análisis*, describe la etapa a la que llegarán las personas cuando estén conscientes de la posibilidad de cambiar su actitud y no se opongan a ello, pero estén analizando las ventajas e inconvenientes del cambio. La *Conducta*, refiere la etapa en la cual ya se han analizado los pros y contras y la persona decide aceptar el nuevo comportamiento. Y finalmente la *Afirmación*, que requiere una acción continua a fin de que el comportamiento deseado no se abandone. De ella depende que los esfuerzos empleados en las etapas anteriores tengan un éxito permanente.

Ahora bien, la dificultad del éxito del cambio de comportamiento social está determinada, de acuerdo con Kotler y Andreasen (1996) por tres dimensiones principales: el bajo o alto nivel de compromiso que tenga el público objetivo, si el cambio es puntual o continuo y si implica una actuación individual o grupal. Para estos autores es más difícil cambiar aquellos comportamientos que tienen un alto nivel de compromiso, implican decisiones grupales y actuaciones de tipo continua. Para mantener los nuevos patrones de comportamiento introducidos a través de un programa de marketing social las personas deben sentirse recompensadas por haber realizado el cambio. Las recompensas pueden ser de dos tipos: internas y externas.

Las internas son las inherentes al hecho de adoptar un nuevo comportamiento; las externas son las cosas tangibles que pueden recibir las personas que realicen el cambio de comportamiento. Es necesario entonces dar recompensas hasta que los nuevos comportamientos comiencen a estar arraigados en la gente como una forma de vida.

Tomando en consideración lo antes expuesto es pertinente puntualizar que, para lograr el cambio de conducta y demás objetivos del marketing social, es esencial una comunicación efectiva desarrollada a través de una adecuada campaña de cambio social.

Campaña de cambio social

El marketing social es una herramienta útil para cambiar los comportamientos de una comunidad. Este cambio de comportamiento, a opinión de Arrieta (2006) y Bernal y Hernández (2008), está fundamentado en tres principios:

- *Filosófico o filantrópico*, en el cual se pretende cambiar el pensamiento de las personas respecto de la prevención, la atención y la prestación de servicios sociales.
- *Procesal*, que abarca todos los procesos de planeación, ejecución y evaluación de los programas de marketing social.
- *Práctico o táctico-operacional*, a través del cual se diseñan y utilizan todas las herramientas tangibles e intangibles, que sean necesarias para lograr el cambio comportamental que se pretende por medio del cual se utilizan todas las herramientas necesarias para alcanzar el principio filantrópico o la idea de cambio social.

Para Bernal y Hernández (2008) el componente esencial de estos principios es la promoción de bienes y servicios para vincular al grueso de la sociedad con una idea o proyecto social. Para esto, se debe seleccionar una población objetivo, identificar dentro de ésta un problema fundamental y elaborar una estrategia de comunicación con un mensaje contundente, divulgado por los medios adecuados, que tenga

inmersos programas para lograr el cambio social esperado. Estas aseveraciones son fundamentales para esta propuesta doctoral y la generación de los constructos teóricos para implementar el marketing social en la Misión Barrio Adentro. La promoción de la salud y una mejor calidad de vida forman parte de los objetivos del programa Misión Barrio Adentro I como proyecto social. De allí la pertinencia de su selección como objeto de estudio y la definición de las herramientas, elementos claves y lineamientos necesarios para la implementación de una campaña de cambio conductual dirigida a sus usuarios que facilite el logro de los objetivos de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Es preciso saber que, de acuerdo con Andreasen (1996), todas las actividades propuestas por el marketing social van dirigidas a diseñar dos aspectos:

- *La organización del material de intercambio*, esto es los flujos físicos de bienes y servicios desde el lugar de origen al lugar de destino, y
- *La organización de la comunicación*, o sea los flujos de información entre los distintos públicos implicados en una campaña social. En este caso se trata de extender la idea o causa lo más ampliamente posible, utilizando los medios de comunicación masivos o los voluntarios que se ocupen personalmente de llevar el mensaje. En este caso no se trata solo de transmitir la información, sino también es necesario recogerla, esto es abrir canales que permitan que los distintos públicos hagan llegar sus opiniones al agente promotor.

Es incuestionable que la comunicación en el marketing social es un factor fundamental para promover el cambio de conducta, razón por la cual debe planearse cuidadosamente desarrollando una efectiva campaña de cambio social.

Para Kotler y Levy (1989) una campaña de cambio social “es un esfuerzo organizado conducido por un grupo (agente de cambio) que pretende convencer a otros (los destinatarios) de que acepten, modifiquen o abandonen, determinadas ideas, actitudes, prácticas y conductas” (p.11). Para Arrieta (2006) este esfuerzo se hace con el fin de sensibilizar a la comunidad en general frente a una problemática determinada e impulsar las acciones necesarias para brindar apoyo a la causa social escogida.

Fundamentalmente, se persigue la concientización, la comprensión y la aceptación de las ideas o causas sociales propuestas. En el caso particular que nos ocupa, influir en los usuarios del programa Misión Barrio Adentro I para que acepten, modifiquen y/o eliminen ciertas prácticas, ideas o conductas en pro del bienestar colectivo. En este orden de ideas, con estas campañas de cambio social se buscan:

- Reformas sanitarias (tabaquismo, nutrición, abuso de drogas, etc.)
- Preservación del medioambiente (agua más pura, aire limpio, preservación de parques y bosques nacionales y la protección de refugios para la vida silvestre)
- Reformas educativas (analfabetismo, mejorar el rendimiento escolar de los estudiantes e incentivos a los maestros)
- Reformas económicas (inversión extranjera).

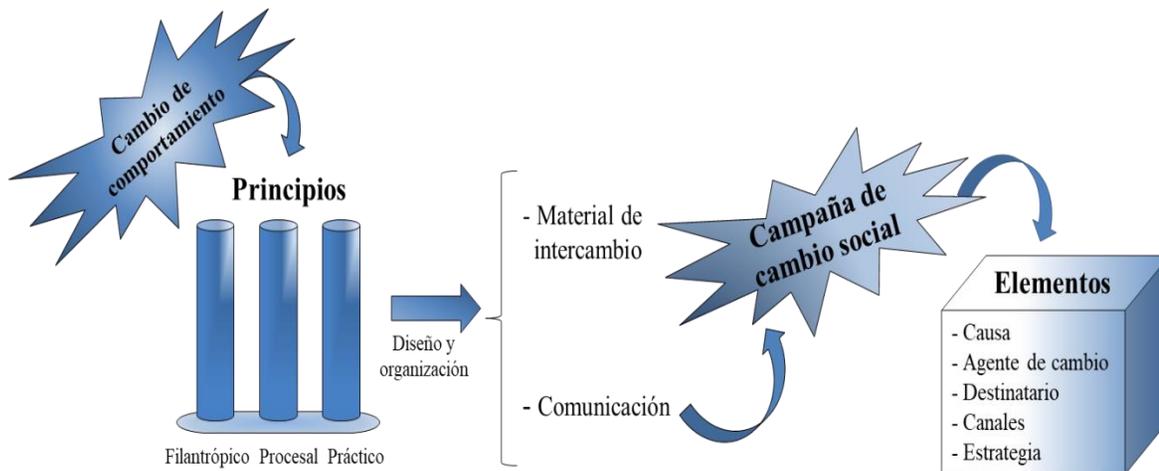
De acuerdo con Kotler y Levy (1989) en el desarrollo de una campaña de cambio social, se pueden identificar claramente los siguientes elementos:

- *Causa*: un objetivo social que los agentes de cambio consideran que ofrecerá una respuesta acertada a un problema social.
- *Agente de cambio*: un individuo u organización que intenta generar un cambio social y lo que implica una campaña de cambio social.
- *Destinatarios*: individuos, grupos o poblaciones enteras que son el objetivo de los llamados al cambio.
- *Canales*: vías de comunicación y distribución a lo largo de las cuales se intercambian y transmiten hacia atrás y hacia adelante la influencia y respuesta entre los agentes de cambio y los destinatarios.
- *Estrategia de cambio*: la dirección y el programa adoptados por un agente de cambio para llevar a cabo el cambio en las actitudes y conducta de los destinatarios. Una de estas estrategias es precisamente el marketing social.

Es posible entonces el cambio de comportamiento, sustentado en principios que orienten el diseño y organización de una adecuada campaña comunicacional que

defina claramente cada uno de sus elementos, tal como puede visualizarse en la figura 6.

Figura 6: Del cambio de comportamiento a la campaña de cambio social



Fuente: Elaboración propia, 2021.

Lógicamente, la estrategia más conveniente para lograr ese cambio es el marketing social. En este orden de ideas, Moliner (1998) establece cuatro axiomas que lo definen, a saber:

1. El marketing social implica a dos o más unidades sociales, cada una consistente en uno o más actores. Esta identificación de actores es muy importante ya que permite tenerlos en cuenta a todos al momento de diseñar una campaña social.
2. El fin último que persigue el marketing social es cambiar la conducta del público objetivo. Para ello hay que tener en cuenta que la respuesta de éste público debe ser voluntaria. Es así como hay que considerar sus convicciones, valores, creencias y actitudes pues pueden convertirse en un obstáculo difícil de salvar.
3. Para lograr los objetivos de las campañas sociales se utilizarán: a) El *marketing externo*, que supone planificar y desarrollar actividades con aquellos públicos que no forman parte de la organización que promueve la campaña. b) El *marketing interno*, que abarca a los empleados y voluntarios que pertenecen a la

organización y busca vender la causa social entre los que van a ejecutarla. c) El *marketing interactivo*, que se preocupa por las actividades que llevan un contacto personalizado entre el público interno y el externo.

4. Para coordinar todas las actividades será necesario desarrollar un programa o plan que recogerá en forma detallada lo que será la campaña social.

Es imperativo tomar en cuenta estas máximas o proposiciones al momento de generar los constructos teóricos para la implementación del marketing social en la Misión Barrio Adentro I, puesto que delinear las herramientas más adecuadas para facilitar la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Programa de marketing social

Son varios los modelos que guían la puesta en práctica de un programa de marketing social. Dentro de estos se pueden citar los de Andreassen (1995), el de McKenzie-Mohr y Smith (1999) y el de Kotler *et al.* (2002).

El modelo de Andreasen (1995) propone la figura del consumidor objetivo (las personas cuyo comportamiento va a ser influenciado) como eje central de la mentalidad de los agentes de marketing social. Este autor plantea que los consumidores no se mueven directamente hacia el comportamiento propuesto, sino que lo hacen por etapas, y que por tanto en cada etapa las estrategias que deben utilizarse son diferentes.

El comportamiento del consumidor desde esta óptica se analiza en función del modelo propuesto por Prochaska y Di Clemente (1983) y adaptado por el propio Andreasen al entorno de marketing social. Siendo la segmentación uno de los ejes básicos de las campañas de marketing social, hay que definir los segmentos y decidir cómo deberán ser las estrategias para cada uno de ellos. El proceso propuesto tiene dos características fundamentales: a) es continuo y se retroalimenta, y b) el consumidor está en el centro de todas las estrategias. En síntesis, propone una secuencia de seis pasos para la realización de las campañas sociales (ver figura 7).

Por su parte, McKenzie-Mohr y Smith (1999) proponen un modelo que han denominado “marketing social de comunidades”, basado en la psicología social (ver figura 8).

Figura 8: Etapas en un programa de marketing social de comunidades

- 1.- Identificar barreras y beneficios
- 2.- Utilizar herramientas para el cambio de comportamiento
 - Establecer acuerdos
 - Situar recordatorios
 - Utilizar normas sociales
 - Realizar campañas de comunicación
 - Promover incentivos
- 3.- Remover barreras externas
- 4.- Evaluación

Fuente: McKenzie-Mohr y Smith, 1999.

En esta propuesta hay que realizar un estudio detallado, mediante la investigación de mercados, de los beneficios y barreras de los comportamientos propuestos y los competitivos. Una vez conocidos, plantea la necesidad de utilizar instrumentos que permitan el cambio de comportamiento y que, en opinión de sus autores son los siguientes:

- a) Establecer acuerdos (individuales o colectivos) ya sea verbalmente o por escrito;
- b) Situar elementos de comunicación en los lugares cercanos a donde debe realizarse el comportamiento (para que sirvan de recuerdo al público objetivo);
- c) Apoyarse en las normas sociales para reforzar los comportamientos propuestos;
- d) Realizar campañas de comunicación utilizando esencialmente medios directos y
- e) Plantear incentivos para las personas que adopten los comportamientos propuestos.

Finalmente se deben modificar las barreras externas que puedan impedir el cambio de comportamiento, implementar las acciones diseñadas y evaluar los resultados para retroalimentar el sistema.

El modelo de plan de marketing social propuesto por Kotler *et al.* (2002) plantea ocho pasos, esquematizados en cuatro líneas básicas (ver figura 9) para la puesta en práctica de una campaña de marketing social.

Figura 9: Líneas básicas de un plan de marketing social

| ¿DÓNDE ESTAMOS? El Medio Ambiente en Marketing Social | |
|---|--|
| Paso 1 | Determinar el enfoque del programa Identificar el propósito de la campaña Realizar un análisis DAFO Revisar esfuerzos realizados en campañas similares |
| ¿DÓNDE QUEREMOS IR? Público objetivo, Objetivos y Metas | |
| Paso 2 | Seleccionar la audiencia objetivo |
| Paso 3 | Establecer objetivos y metas |
| Paso 4 | Analizar la audiencia objetivo y la competencia |
| ¿CÓMO LLEGAREMOS? Estrategias de Marketing Social | |
| Paso 5 | Producto: Diseño de la oferta de mercado Precio: Gestión de los costes del cambio de comportamiento Distribución: Hacer que el producto sea accesible Comunicación: Crear mensajes y seleccionar los medios |
| ¿CÓMO MANTENER LA DIRECCIÓN? Gestión de los Programas de Marketing Social | |
| Paso 6 | Desarrollar un plan de evaluación y control |
| Paso 7 | Establecer presupuestos y buscar recursos |
| Paso 8 | Implementar el plan |

Fuente: Kotler *et al.*, 2002.

La descripción de las etapas propuestas por estos autores es la siguiente:

1. *Análisis del entorno de marketing social*: Consiste en una búsqueda de información que facilite posteriormente la definición del público objetivo, los objetivos y metas y las estrategias que pretenden desarrollarse. Habitualmente se identifican un medio ambiente externo y otro interno. El análisis DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) se considera un

instrumento de valiosa utilidad para ello. Responde a la pregunta de ¿Dónde estamos?

2. *Selección de audiencias objetivo*: Implica la definición, selección y elección de aquellos segmentos más adecuados para la campaña de marketing social.
3. *Establecimiento de objetivos y metas*: Implica responder a la pregunta de “¿Qué queremos que haga nuestra audiencia objetivo?” Los objetivos deben establecerse de forma que se puedan medir y estar además cuantificados.
4. *Comprensión de las audiencias objetivo y de la competencia*: Permite medir los conocimientos actuales que tiene la audiencia objetivo de la cuestión a estudiar, creencias y comportamientos con relación a los objetivos y metas establecidos. También se identifican las organizaciones que compiten por el comportamiento deseado, los beneficios percibidos y las posibles barreras que impiden que la estrategia se implemente de forma adecuada. El cumplimiento de los pasos 2, 3 y 4 responde a la pregunta ¿Dónde queremos ir?
5. *Determinación de estrategias (las 4P)*: Responde a la pregunta ¿Cómo llegaremos allí? y se trata de la combinación clásica de las variables de la mezcla de marketing, en este caso aplicadas al ámbito social.

El *producto* es el comportamiento deseado (producto actual) y los beneficios asociados a dicho comportamiento (producto principal). Así como los elementos y servicios tangibles que ayudan en el cambio de comportamiento (producto aumentado). El *precio* es el costo que asocian las personas del público objetivo a la adopción del comportamiento. Puede ser de tipo monetario o no monetario (esfuerzo, tiempo, costos psicológicos, etc.). La *plaza o distribución* se refiere a donde y cuando el público objetivo realizará el cambio de comportamiento, adquirirá cualquier objeto tangible relacionado con él y recibirá los servicios asociados al mismo. La *promoción o comunicación* trata de asegurar que la audiencia objetivo conoce la oferta, cree que conseguirán los beneficios prometidos y están preparados para actuar. Requiere una estrategia de creación de los mensajes y de selección de los medios.

Es preciso puntualizar que algunos autores (Kotler y Levy, 1989; Moliner, 1998; Sargeant, 1999) han propuesto variables adicionales a las cuatro clásicas expuestas originariamente por McCarthy, algunas de ellas son las siguientes: *públicos* “*publics*” (otros públicos a los que es necesario implicar en la realización de la campaña como el personal de la organización, los líderes locales o personas influyentes en los medios de comunicación); *socios* “*partnership*” (socios que podrían unirse a la campaña); *políticas* “*policy*” (hace referencia a las políticas que pueden ayudar a la campaña consiguiendo un ambiente más favorable); *políticos* “*politics*” (acción política debido a la controversia que suele plantear la mayoría de los casos de marketing social); *cadena de pagos* “*purse strings*” (hace referencia a las fuentes de financiación posibles para la campaña); *procesos* “*process*” (fases a través de las cuales los adoptantes objetivo llegan a adquirir el producto social); *poder* “*power*” hace referencia a uno de los factores del entorno (Mier-Terán, 2006).

6. *Desarrollo de la evaluación y la estrategia de control*: Se trata de definir qué se va a medir y cómo se hará, dependerá de los objetivos y metas planteados previamente.
7. *Establecer presupuestos y encontrar recursos*: Consiste en comparar las necesidades con los recursos existentes, las estrategias que puedan implementarse dependerán en gran medida de este factor.
8. *Implementación del programa*: Trata de definir las responsabilidades de los miembros que deberán llevar a cabo el plan, quien debe hacer que, cuando y como. La importancia de una planificación adecuada y flexible reside en que los resultados no se obtienen como consecuencia de una gran idea, sino gracias al conocimiento profundo de las audiencias. Estos tres últimos pasos responden la pregunta ¿Cómo mantener la dirección?

Para el caso que nos atañe en esta tesis doctoral, resultó relevante el análisis de estos tres modelos de programas de marketing social pues coadyuvan en la escogencia y/o adaptación del que debe aplicarse dadas las características del objeto de estudio: Misión Barrio adentro I.

Ahora bien, para que el programa o plan de marketing social sea efectivo debe cumplir con algunas características o particularidades.

Así, por ejemplo, Andreasen (1994) parte de tres criterios: aplicar la tecnología del marketing comercial; tener como línea maestra la influencia en el comportamiento voluntario y la búsqueda de un beneficio individual/familiar o del conjunto de la sociedad y no de la organización de marketing. Este autor argumenta que, para utilizar el marketing social con el objetivo de influenciar en el comportamiento voluntario, se necesitan una serie de características que lo distinguan, estas son:

1. Los directores de los programas comprenden las necesidades, percepciones deseos y conductas previas de la audiencia objetivo antes de actuar, en muchos casos a través de la investigación cualitativa.
2. Los directores del programa segmentan el público objetivo donde políticamente es factible y se idean objetivos y estrategias que están específicamente adaptadas a las características de cada segmento definido.
3. Allí donde es económicamente factible, todos los elementos principales de las estrategias y tácticas del programa son pre-testados con miembros del público objetivo.
4. Los directores del programa conciben el proceso de decisión a través del cual el consumidor objetivo se compromete con un comportamiento, como un compromiso que conlleva los siguientes pasos:
 - Adquieren el suficiente conocimiento para ser conscientes de la opción.
 - Se identifican con los valores que permiten considerar que el comportamiento se ha adoptado.
 - Perciben el comportamiento como potencialmente relevante a sus propias circunstancias, ya sea de los miembros de su familia o de la sociedad en su conjunto.
 - Concluyen que las consecuencias positivas del comportamiento superan a las negativas en un grado que es superior a las alternativas realistas.

- Creen que tienen la habilidad suficiente para llevar adelante la acción.
 - Creen que otras personas que son importantes para ellos dan soporte a la acción.
5. El programa reconoce explícitamente que hay una competencia directa o indirecta por la elección del comportamiento entre distintas opciones.
 6. Las estrategias que se designen para los cambios efectivos del comportamiento siempre comprometerán los cuatro elementos del marketing mix.
 - Diseño del producto (el comportamiento que se promueve) que es una respuesta a las necesidades y deseos de los consumidores.
 - Facilita la forma y lugar en que el comportamiento puede llevarse a cabo de forma conveniente y accesible (distribución).
 - Minimizan lo más posible el precio económico, social y psicológico del comportamiento.
 - Se busca promover el comportamiento con mensajes a través de medios personales o impersonales apropiados al estilo de vida y preferencias de la audiencia objetivo.

En este mismo orden de ideas, Bright (2000) propone, de forma muy similar a Andreasen, siete puntos que permitirían un programa de marketing social efectivo, estos son:

1. El enfoque principal debe estar en la influencia o cambio de comportamiento.
2. El programa debe ser rentable.
3. Las estrategias deberían estar orientadas al consumidor.
4. Las estrategias incorporan los cuatro elementos de la mezcla de marketing.
5. Se utilizan técnicas de investigación de mercados para diseñar, pre-testar y evaluar los programas.
6. Se utilizan técnicas de segmentación.
7. Se compite con otras ciencias alternativas del comportamiento.

Por otra parte, Kotler *et al.* (2002) han planteado lo que a su juicio deben ser los elementos claves en una campaña de marketing social, resumiéndolos en los siguientes:

1. Tomar ventaja de lo que ya es conocido y se ha hecho antes.
2. Empezar la campaña con el público objetivo más preparado para la acción.
3. Proponer un comportamiento simple, sencillo, explicado en términos claros.
4. Considerar la incorporación de un elemento tangible o servicio para apoyar el comportamiento.
5. Comprender y dirigir los beneficios y costos percibidos.
6. Hacer fácil el acceso.
7. Desarrollar mensajes motivacionales de atención.
8. Utilizar los medios apropiados para la participación de la audiencia.
9. Proveer mecanismos de respuesta que hagan fácil y conveniente la acción del comportamiento propuesto.
10. Conseguir recursos adecuados para los medios y el alcance.
11. Conseguir recursos para la investigación.
12. Analizar resultados y hacer ajustes.

En este mismo orden de ideas, Pérez (2004) señala ciertos pasos específicos que deben cumplirse dentro de un plan de marketing social, a saber:

- *Encontrar a todos los grupos interesados*: Entender que éstos son la fuerza y el apoyo de la campaña a realizar.
- *Producto*: La organización debe tener claro cuál es el objetivo de la campaña para de esta manera buscar los elementos que le permitan entender al público objetivo en qué consiste el producto intangible.

- *Plan de medios*: Comprender a los medios como un factor importante en el que se debe tener en cuenta que su finalidad es tanto comunicar, como educar, informar, persuadir o recordar.
- *Estrategia de cambio*: Es indispensable tener objetivos claros que contemplen metas a mediano y largo plazo. La idea es desarrollar estrategias de cambio que estén directamente relacionadas con los objetivos para alcanzar un mayor cambio social.

El estudio y comprensión de cada uno de estos programas fue necesario para así poder escoger y/o adaptar el que mejor se ajustó al caso que nos atañe: el diseño de constructos teóricos para la implementación del marketing social en la Misión Barrio Adentro I.

Gómez (2006) advierte que al diseñar un programa o campaña de marketing social es necesario tener en cuenta que en la toma de decisiones dentro de las organizaciones promotoras participa más de una persona, razón por la cual es importante identificar el rol, estatus y poder de cada una de ellas, así como también las normas de funcionamiento interno. Esto evitará gastar recursos y esfuerzos en acciones dirigidas a sujetos que tienen escaso poder o competencias dentro de la organización. Asimismo, se debe tener presente que el diseño de una campaña de marketing social puede enfrentar una serie de dificultades entre las que Moliner (1998) destaca:

- El mercado de referencia es más difícil de estudiar, debido a la carencia de modelos teóricos y la escasa investigación que expliquen todo el proceso.
- Requieren de una gran cantidad de recursos debido a que el mercado al que dirige sus esfuerzos es aquel que está más negativamente predispuesto a adoptar el comportamiento deseado, por lo que su actuación es a largo plazo.
- Los conceptos de producto, precio, distribución y promoción cambian y su utilización se torna diferente. En este caso el producto es una idea, mucho más inmaterial que un servicio y cuya utilidad personal por ser adquirida es difícil

de definir; esto va a dificultar la formulación de la estrategia de producto. El concepto de precio pierde gran parte de su sentido monetario, cobrando más importancia otro tipo de costos como los esfuerzos o el tiempo. El canal de distribución principal de la idea es la comunicación, aunque los canales de distribución tradicionales de los productos y los servicios de apoyo en algunos casos son imprescindibles para el éxito de la campaña.

- Los resultados de los esfuerzos del marketing social son, a menudo difíciles de evaluar debido a que no hay un resultado que pueda cuantificarse en términos de unidades vendidas.

Indudablemente que el marketing social es muy importante para la sociedad, ya que aborda los problemas sociales buscando crear conciencia y logrando un cambio de comportamiento favorable en las personas. Su fin así lo estipula, alcanzar el bienestar del colectivo. Como bien reseña Herrera (2015) con la sinergia entre Gobierno y empresas socialmente responsables es posible afrontar los problemas sociales con más efectividad. De esta manera se logra beneficiar al target y con ello la calidad de vida de toda la sociedad en general. Finalmente, esto sólo puede ser posible con la participación de actores sociales comprometidos en la búsqueda de soluciones a los problemas que los aquejan, constituyéndose así en el factor clave para el cambio.

La salud es derecho social y es deber del Estado promover y desarrollar políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios, gestionando un sistema público nacional que dé prioridad a la promoción de la salud y prevención de enfermedades. La puesta en marcha de la Misión Barrio Adentro I fue la forma adoptada para afrontar los problemas de la salud de la población y por ello su selección como objeto de estudio para el diseño de un modelo de programa que facilite la implementación del marketing social. De allí la relevancia del análisis y comprensión de los diversos enfoques reseñados como puntos de referencia para el desarrollo de los constructos teóricos necesarios.

Actores sociales y su participación en un programa de marketing social

El ser humano es por naturaleza un ser social; por ello se une a otros con el objeto de establecer relaciones que le permitan mejorar su calidad de vida, alcanzar el bienestar y lograr la satisfacción humana. De este modo se han ido formando las sociedades. La sociedad es un concepto polisémico que designa un tipo particular de agrupación de individuos, entre los cuales se establece una relación que implica cierto grado de comunicación y cooperación, para cumplir sus fines de vida.

Para Bunge (2002) una sociedad es un sistema concreto compuesto de individuos relacionados entre sí y, por lo tanto, representable por una estructura relacional. El autor plantea que este término puede analizarse como una familia de conjuntos; y que lejos de ser una mera colección de individuos, o bien una totalidad en la que el individuo está perdido, es un conjunto estructurado de individuos. Así es vista como un sistema social con ciertas propiedades que la caracterizan: diferenciación social (estratificación), cohesión, movilidad y estabilidad. Para Touraine (1987) no es solamente un sistema, sino que es arrastrada por eso que puede denominarse, indiferentemente, fuerzas, ideas o acciones. Es el producto de acciones, es decir, a la vez de conflictos y de valores.

Las sociedades están constituidas por poblaciones donde los habitantes y su entorno se relacionan en un contexto común que les otorga una identidad y sentido de pertenencia. Implica que el grupo comparte lazos ideológicos, económicos y políticos. Al analizarlas se tienen en cuenta aspectos como su nivel de desarrollo, los logros tecnológicos alcanzados y la calidad de vida. Como bien se planteó inicialmente, el ser humano se agrupa buscando establecer relaciones que le permitan mejorar su calidad de vida, y que hacen que su existencia posea todos aquellos elementos que dan lugar a la satisfacción humana. En otras palabras, se busca el bienestar social.

Pero ese bienestar social no llega solo; hay que buscarlo, hay que ganárselo. Es así, como la historia nos habla de múltiples acciones del ser humano en búsqueda de ese bienestar. El hombre se ha hecho protagonista, se ha convertido en actor social en

la lucha por alcanzar su pleno desarrollo y la evolución de la sociedad misma. El hombre es un actor social pues representa el papel principal en la generación del cambio social que procura el bienestar colectivo dentro de una sociedad. En este sentido, Cañizales (2013) considera “a los actores sociales como fuerzas sociales pensadas en la sociedad de clases” (p.4).

Matus (1987) señala a los actores sociales como motores de cambio, como productores de eventos sociales, y protagonistas del cambio situacional. Así, los actores sociales pueden ser pensados en tanto fuerzas sociales, como una mediación entre población e instituciones, asumiendo un sentido de cohesión e instrumentalidad colectiva. Por tanto, los actores no pueden ser pensados como fenómeno neutro, sino como fenoestructuras complejas, esto es: acumulaciones de ideologías, creencias, valores, proyectos, peso político y económico, liderazgo, organización, información, control de centros de poder e influencia sobre otras fuerzas sociales.

En la literatura de las ciencias sociales se han distinguido ciertos tipos de actores sociales: a) el Estado, b) la comunidad como un sector heterogéneo dentro del cual pueden coexistir diversos grupos, tales como: organizaciones no gubernamentales (ONG) las cuales pueden responder a intereses del ámbito regional (sindicatos, iglesias, técnicos, etc.) y de ámbito local (asociaciones de vecino, equipos de investigación, grupos de padres, etc.) y el otro tipo corresponde a las redes sociales primarias (familias, amigos, vecinos, etc.) (Razeto, 1984).

En este orden de ideas, Chiara y Di Virgilio (2009) afirman que los actores sociales constituyen formas concretas, esto es, organizaciones e individuos con capacidad de ejercer incidencia en cuanto dialécticamente relacionados con múltiples campos de acción. Así, el actor social ejerce entonces una acción social.

De acuerdo con Weber (1964) las acciones sociales pueden ser tipificadas como:

- *Acción social tradicional*: se refiere a aquella acción social que se orienta por el pasado, por lo que otros han hecho y por lo que se supone que se debe hacer. El

peso del pasado sobre el presente. En otras palabras, la acción social tradicional está determinada por una costumbre arraigada.

- *Acción social afectiva*: cuando lo que mueve, el motivo, el fundamento de la acción, reside en una pasión o en una emoción. Su carácter central es la fugacidad. La acción social afectiva es, por tanto, emotiva, determinada por afectos y estados sentimentales actuales.
- *Acción social racional orientada por fines o por valores*: hay una racionalidad utilitaria o teleológica (orientada por fines), y una racionalidad axiológica (orientada por valores).

En otras palabras, según Weber (1964) los seres humanos concretos son movidos en sus acciones por las tradiciones, las pasiones y/o los cálculos (de una manera mezclada) en cada una de sus determinaciones sociohistóricas (su praxis). Cada individuo orienta su acción respecto de otros de una manera más o menos clara y/o mentada.

Este comportamiento o accionar del hombre en procura de un mayor bienestar da sentido a lo expuesto por Touraine (1987) cuando plantea que un actor social se definiría entonces no en sí mismo sino como la fuente de un modelo de acción. El actor social es así definido por la forma en que se corresponden sus funciones o roles y el modo en que se integran sus valores. Hablar de actores sociales para Touraine, es hablar entonces de conductas, de acciones y relaciones sociales. Por lo tanto, el actor social es ante todo un ciudadano definitivamente inseparable de su desarrollo personal y del progreso social; su libertad y su participación en la vida colectiva no se pueden disociar.

De allí que Pleyers (2006) refiera que el individuo tiene un espacio cada vez más importante; el desarrollo personal y la preocupación por sí mismo como valor central están presentes por todas partes. Así, el actuar del individuo para lograr ese espacio y desarrollo, lo han llevado a participar activamente hasta convertirse en el actor social capaz de promover los cambios necesarios para alcanzar su bienestar.

Actores sociales reclamando una mayor participación en las tomas de decisiones y en mejoras substanciales de su calidad de vida.

De forma sencilla, se puede decir que la participación implica la intervención de los miembros de un grupo en la gestión de ese mismo grupo con poder decisorio. La idea es precisamente tener poder de decisión, es decir, intervenir para provocar los cambios necesarios que vayan en pro del bienestar social. En otras palabras, su esencia es involucrar a la población en la toma de decisiones. No obstante, existen diversas interpretaciones que se le han dado al término participación en el desarrollo de las sociedades. Eguía y Ortale (2007) exponen que, en la bibliografía referida al tema, el concepto aparece adjetivado con los términos ciudadana, política, social, comunitaria y popular.

Pereira *et al.* (2002) reseñan que una de las primeras interpretaciones fue la de las acciones caritativas hacia una comunidad de los organismos oficiales o instituciones no gubernamentales. Posteriormente, se desarrolló la participación como una estrategia de legitimación de los grupos u organizaciones políticas (entre ellas los partidos políticos y el mismo Estado) tratando de lograr su aceptación en la población, lo que permitió la utilización de la “estrategia participativa” como un medio de control de las masas. Estos autores también refieren que otro enfoque de la participación popular fue el colaborativo, en el que grupos poblacionales en situación de pobreza (urbanos, marginados, campesinos, mujeres, adolescentes, etc.), colaboraban en actividades planificadas por las instituciones formales con el objeto de lograr algunas mejoras en sus condiciones de vida.

La participación social de la población se ha canalizado a través de formas de organización cuyas estructuras reflejan la manera cómo se ha concebido la misma. Es así como se comienza a desarrollar la idea de la participación comunitaria en el progreso social, dando inicios a los programas de desarrollo de las comunidades, teniendo como meta organizar y movilizar las comunidades para alcanzar objetivos fuera de ella, basados en la idea de que las comunidades acogerían las propuestas innovadoras y las prioridades sugeridas por profesionales que participaban en los programas. Se partía del principio de que la comunidad carecía de experiencia o de la

estructura organizativa necesaria para movilizar sus propios recursos. Cuando inevitablemente se encontró resistencia, se hizo un esfuerzo por encontrar y convencer a los líderes locales para de ese modo movilizar a la comunidad de manera más eficaz. Como dirían Pérez y Vera (1988) se promueve entonces la participación y se dice cómo hacerla, normalizada desde arriba, burocratizada, impuesta y controlada a fin de que no dé lugar al desorden social.

En este orden de ideas, Castillo (2000) puntualiza que, en el enfoque tradicional, la comunidad participa en un proceso al cual es integrada, convocada o invitada, bien sea por el Estado o por un agente externo de cooperación; mientras que en el nuevo enfoque se considera a la comunidad como el eje de los procesos, en donde ella misma elige las opciones que más le convienen, según sus capacidades e intereses. Para este autor, el concepto de participación en una sociedad determinada se liga con los procesos que intervienen en el ejercicio del poder político y social. La definición más aceptada es considerarla como una intervención en el proceso de decisiones, en función del desarrollo organizacional alcanzado por la sociedad y de la capacidad de las personas para acceder a dicho proceso. Sin embargo, el concepto se utiliza como herramienta para sustentar diversos procesos sociales en los que se convoca la presencia de la sociedad civil organizada, relacionados con la promoción del desarrollo local, el ejercicio de los derechos cívicos y el diseño de estrategias y propuestas para el cambio social.

Narayan (1995, citado en Castillo, 2000) señala que, en un estudio de 121 proyectos en quince países, la participación fue definida como:

un proceso voluntario por el cual la población influencia o controla las decisiones que los afecta, incluso aquellos sectores de la población que están en desventaja en relación a ingresos, género, etnia o educación. La esencia de la participación es un ejercicio de comunicación y toma de opciones.

Para Llancar (2008) la participación es la acción colectiva de los actores sociales e institucionales, de integrarse, proponer, controlar y evaluar críticamente los procesos de decisión pública en las esferas territoriales. En tanto, Dastres (2003) visualiza la participación ciudadana como un proceso, un continuo en el tiempo que

se desarrolla, de generación de conciencia crítica y propositiva en el ciudadano, donde progresivamente éste va adquiriendo mayor relevancia y protagonismo.

Asimismo, González (s.f.) presenta una definición bien completa al plantear la participación ciudadana como un proceso gradual mediante el cual se integra al ciudadano en forma individual o participando en forma colectiva, en la toma de decisiones, la fiscalización, control y ejecución de las acciones en los asuntos públicos y privados, que lo afectan en lo político, económico, social y ambiental para permitirle su pleno desarrollo como ser humano y el de la comunidad en que se desenvuelve. En otras palabras, para Llancar (2008) la participación ciudadana puede ser entendida como un medio de fortalecimiento de la sociedad civil, porque le incorpora vigencia, le da viabilidad, es el instrumento de aproximación a las decisiones públicas.

Por su parte, Cunill (1991) define la participación ciudadana como la intervención de los ciudadanos en actividades públicas para hacer valer intereses sociales. El autor citado plantea que

la participación ciudadana tiene sentido en tanto se justifica crear nuevos mecanismos para que la administración conozca mejor las necesidades de sus administrados, obtenga la colaboración de éstos en la ejecución de algunas tareas o bien, directamente para que sustituya al Estado en la realización de determinadas funciones. (p.15)

Para Cartaya (1994) la participación ciudadana es un

hecho político definido como un modelo de relación entre el Estado y la Sociedad civil, enmarcado dentro de una cultura política (actitudes, valores y normas), que orientan el comportamiento de los ciudadanos en un marco de deberes y derechos del Estado. (p.15)

De este modo, tal y como plantea Paz (s.f.) la participación de la sociedad en la vida pública se torna imprescindible y es exigida por ella misma. Así, el individuo se convierte, por medio del acceso a tecnologías y comunicaciones avanzadas, en ciudadano global, que puede y que quiere participar en la determinación de los procesos que lo gobiernan, en la definición del marco social y político en el que vive y en la toma de decisiones públicas, que apuntan a una mejor calidad de vida y a un

desarrollo equitativo, transparente y sustentable; que sólo en una democracia se pueden disfrutar.

En este orden de ideas, Paz (s.f.) afirma que una democracia participativa requiere una mayor interacción entre Estado y sociedad civil, con escenarios de convivencia que nos muevan a buscar valores que hagan posible el respeto, la tolerancia, la responsabilidad y la solidaridad como instrumentos de conocimiento y reconocimiento de las personas, a objeto de resolver los conflictos inherentes a la interacción entre seres humanos... una sociedad en donde los ciudadanos y las organizaciones sociales concurren, para así convertirse en gestores de su propio desarrollo. Se trata pues, de construir una ciudadanía activa y, por lo tanto, de la emergencia del ciudadano como nuevo sujeto político, con derecho a cooperar en los asuntos públicos. Se pretende que la dupla gobierno-ciudadanos contribuya al mejor funcionamiento de las unidades del gobierno nacional, estatal y municipal, lo que redundará en el logro del bienestar de la sociedad y una mayor transparencia en la gestión de gobierno.

Sin duda que, a opinión de Llancar (2008), al impulsar la participación descentralizada, por medio de procesos de toma de decisiones de abajo hacia arriba (*bottom up*), promoviendo canales accesibles de comunicación entre el Estado y la Sociedad Civil, le permite a estos últimos participar activamente en la toma de decisiones que afectan sus intereses; rompiendo así con la apatía política y la anomia que ha caracterizado a la sociedad civil, para que se torne a tomar su papel sobresaliente en lo público. Participación que favorece la intervención de la población en las políticas públicas y en los sistemas de servicio social y al mismo tiempo garantiza una adecuada gestión local. Más, no puede tratarse de cualquier participación, sino que tiene que ser una participación sinérgica que pueda ofrecer la base para un proceso de desarrollo de largo aliento, beneficiando a la población partícipe y, simultáneamente, logrando impactos positivos en coberturas territoriales más amplias (Múnera y Sánchez, 2012). En consecuencia, el actor social juega papel fundamental en la promoción de los cambios sociales a través de su participación en

la toma de decisiones al constituirse en el motor capaz de contribuir con el desarrollo social de los ciudadanos y de las organizaciones comunitarias.

Por ello, Múnera (2012) plantea la necesidad de pasar de poblaciones-objetivo a sujetos comprometidos, de convertir los usuarios o beneficiarios de un sistema en verdaderos sujetos, en actores sociales activos en la lucha por defender sus derechos. Y esto es posible, de acuerdo con procesos pedagógicos tendientes a la formación de sujetos conscientes, libres, con capacidad de construir sus propias identidades y de interactuar con su entorno natural y social, de proyectar sentidos de su existencia de manera colectiva y en diálogo con otras propuestas sociales. En este sentido, la sociedad actual requiere entonces de ciudadanos, organizaciones e instituciones globales, comprometidos con lo ético, lo ambiental, lo legal y social. Se necesita de actores sociales que procuren un cambio de comportamiento, un cambio de conducta; en otras palabras, que promuevan un cambio de actitud positivo. Este cambio, este desarrollo es posible bajo los lineamientos del marketing social y el desarrollo humano como construcción sociocultural múltiple, histórico y territorialmente contextualizado.

2.2.2. Políticas públicas: Contextualización teórica

Muchas acepciones se han elaborado en relación a las políticas públicas, razón por la cual se considera el término polisémico. Para su comprensión es preciso revisar el alcance de los vocablos que lo conforman.

Al respecto, Wilson (2018) señala que la palabra política incluye dos acepciones: 1) puede ser entendida como la teoría y la práctica orientada a la conquista, el ejercicio y la detentación del poder; y 2) como el conjunto de acciones o decisiones definidas para lograr ciertos objetivos, siendo este último significado el de interés. Por su parte, lo público puede ser entendido como aquel ámbito social a través del cual se articulan ideas, intereses, prácticas y estilos de diferentes grupos, estratos, clases y sectores que componen la sociedad. Por lo tanto, las políticas públicas son el curso de acción y decisión que toma el Estado con la finalidad de transformar o modificar una situación determinada, y dar respuesta a distintos

sectores de la población. Es decir, constituyen una respuesta por parte del Estado a ciertos intereses, contextos y problemáticas de orden social.

Este término se asocia de inmediato con asuntos del Estado (gobierno) y sistemas políticos o como actividades de las instituciones públicas, que van dirigidas a tener una influencia determinada sobre la vida de los ciudadanos. Por ende, se construyen sobre la base de un conjunto de acciones y/o decisiones adoptadas por los gobiernos, en un determinado momento, con el propósito de solucionar problemas considerados de índole social (salud, educación, pobreza, empleo, vivienda, etc.). En este contexto, se hace visible que constituyen la principal herramienta que posee un Estado para corregir y/o transformar una determinada situación (Wilson, 2018). Por ello Vargas (2007) las concibe como un proceso que se inicia cuando un gobierno detecta la existencia de un problema que, por su importancia, merece su atención y termina con la evaluación de los resultados que han tenido las acciones emprendidas para eliminar, mitigar o variar ese problema.

De acuerdo con Lindblom (1991) la noción de política pública surge, después de la Segunda Guerra Mundial en 1945, en el contexto de la expansión del Estado de bienestar que necesitaba afinar las formas de intervención pública a los problemas de la sociedad con un enfoque racional. Particularmente en EEUU emerge como un sistema de conducta de la ciencia política en el manejo del Estado moderno para tratar de resolver los problemas sociales.

Subirats (1989)

considera el término polisémico, bien sea entendido en un campo de actividad (política social, política exterior); como un medio para alcanzar fines (política a seguir en casos de conflicto); como conjunto de programas u objetivos que tiene el gobierno en un campo determinado (política energética); como resultado final, *output* o producto (el subsidio de paro, para paliar el desempleo); como *outcome*, impacto cierto sobre la realidad (política de vivienda); como proceso, secuencia de hechos y decisiones que buscan modificar una realidad (política sanitaria). (p.2)

De allí que es posible encontrar diversidad de definiciones. Por ejemplo, para Mény y Thoening (1992) es el resultado de una actividad de una autoridad investida de poder público y autoridad gubernamental, y para Dye (1992) es todo aquello que los gobiernos deciden hacer o no hacer. En este sentido, las políticas públicas son el conjunto de acciones y decisiones definidas y empleadas por una instancia gubernamental, con la ocupación y función de alcanzar objetivos considerados como deseables o necesarios, en pro de satisfacer asuntos de interés colectivo público, todo ello a través de procesos destinados a transformar una situación problema detectada. Es decir, es una intervención de carácter pública.

Las políticas públicas son definidas por Salamanca (1999) como las acciones que el Estado decide a partir de una situación social dada, problemática en la cual están involucrados diversos actores estatales y extra estatales, dirigidos a distribuir valores de diferente tipo con el objeto de incidir sobre dichos estados sociales. Por su parte, Naranjo (2014) las conceptualiza como procesos "adaptativos", en los que las metas se redefinen, reajustan o re-inventan. Asimismo, se ha propuesto que son el instrumento del Estado para guiar su acción, cursos de acción que desde el Estado se implementan con el objetivo de dar respuesta a los problemas de la sociedad, pauta general de decisión o acción gubernamental dirigidas a lograr una meta común, entre otras definiciones.

En este orden de ideas, Maggiolo y Perozo (2007) las identifican como toda forma de acción organizada que busca objetivos de interés común. Es decir, son disposiciones del Estado para atender determinadas realidades que afectan directa o indirectamente a la sociedad, sea de tipo social, política o económica. Para Chacón (2013) una política pública es la expresión formalizada de la voluntad del gobierno; es la mediación entre un proyecto de sociedad y estado con la acción específica de un gobierno. Y más que un flujo de decisiones y acciones o una directriz que señala el gobierno, éstas dan cuenta del grado de control efectivo que tiene el gobernante sobre las instituciones y la sociedad que gobierna. Como bien lo expresa Wilson (2018) es la labor que lleva a cabo todo Estado o gobierno en pos de concretar alguna transformación social.

En conformidad con lo antes expuesto, Petrizzo (2002) especifica que son el instrumento principal de la actuación gubernamental. Asumiendo esta última como la acción de conducir los destinos de un país, las políticas públicas son el timón a través del cual se conduce. Sin embargo, aunque suele señalarse que se orientan a la resolución de problemas; está claro que más allá de ese fin inmediato, persiguen la detección y la corrección de desigualdades producto de otras acciones gubernamentales. Además, obran también como acelerador o como freno de la nave, ya que operan como catalizadores o dilatadores de los procesos políticos.

En el cuadro 4 se muestran, de forma comparativa, diversas definiciones de este término. De los autores reseñados se destaca como elemento común la participación del Estado en la elaboración de políticas públicas para resolver problemas sociales, refiriéndolas como actividades, cursos de acción, resultados, proposiciones o como transformaciones. De manera particular, Lahera enfatiza la colaboración de la comunidad y del sector privado, y Repetto menciona actores sociales participantes en dicho proceso.

Cuadro 4: Comparación conceptual del término política pública

| Autor | Definición |
|-----------------|---|
| Rose (1984) | Transformación y combinación que hacen organizaciones gubernamentales de los recursos normativos, humanos, financieros y tecnológicos con el fin de atender los problemas de los ciudadanos, controlar sus comportamientos, satisfacer sus demandas y, de esta manera, lograr impactos sociales, políticos y económicos. |
| Subirats (1989) | Actividades de las instituciones de gobierno, actuando directamente o a través de agentes, y que van dirigidas a tener una influencia determinada sobre la vida de los ciudadanos. Norma o conjunto de normas que existen sobre una determinada problemática así como el conjunto de programas u objetivos que tiene el gobierno en un campo concreto |
| Aguilar (1992) | Decisiones de gobierno que incorporan la opinión, la participación, la corresponsabilidad y el dinero de los privados, en su calidad de ciudadanos electores y contribuyentes |
| Lahera (1999) | Cursos de acción o flujos de información relativos a un objetivo público, desarrollados por el sector público con la frecuente participación de la comunidad o el sector privado. |

| Autor | Definición |
|----------------|--|
| Podestá (2000) | Instrumento de trabajo mediante el cual se pretende alcanzar desde el Estado, en forma sistemática y coherente, ciertos objetivos de interés para el bienestar de toda la sociedad civil |
| Repetto (2001) | Resultado de la interacción entre actores sociales y estatales, moldeados por marcos institucionales. |
| Piñango (2003) | Proposiciones gubernamentales sobre la mejor forma de lograr determinados objetivos sociales. |
| Tamayo (2003) | Son el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que en un momento determinado los ciudadanos y el propio gobierno consideran prioritarios |
| Vilas (2010) | Conjunto de acciones de gobierno ejecutadas para alcanzar los fines hacia los que se orienta el ejercicio del poder político |
| Graglia (2012) | Proyectos y actividades que un Estado diseña y gestiona a través de un gobierno y una administración pública a los fines de satisfacer necesidades de una sociedad |
| Wilson (2018) | Son acciones que ejecuta el gobierno en los diferentes ámbitos de su actividad y ante un determinado problema o reclamo de la sociedad. |

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Para Naranjo (2014) las políticas públicas también pueden definirse como el producto de actos de confrontación o acuerdos entre la sociedad y el Estado, donde la sociedad requiere de cierto empoderamiento social y canales de comunicación efectivos para una sana y estrecha relación Estado – Sociedad. Por tanto, expresan la correlación de fuerzas, el nivel y tipo de consenso entre los diferentes actores sociales y pueden ser definidas como la expresión en el plano político nacional de las necesidades de bienes públicos de diferentes sectores sociales. Visto así, surgen de procesos complejos en el que intervienen diversos actores, cuyos intereses, poder y ubicación van a afectar la formulación y ejecución de las mismas.

Los actores pueden intervenir estratégicamente en la vida pública a través de las políticas en función de sus intereses reales para resolver los problemas de la sociedad, tal como lo afirman Maggiolo y Perozo (2007). En este sentido, Pérez (1995) distingue dos categorías de actores: sociales y políticos. Los primeros, son unidades reales de acción en la sociedad, tomadores y ejecutores de decisiones que inciden en la realidad social de la cual forman parte, actúan como individuos o colectivos, que

están sometidos a ciertas condiciones culturales, étnico-culturales, políticas y territoriales, mientras que los segundos, reproducen su poder en relación a los otros actores y en referencia al gobierno, son unidades abiertas que pueden ser penetradas por la sociedad, sin la cual no sobrevivirían, tal es el caso de políticos que sin los votos o sin el apoyo de ciertos grupos dejarían de serlo.

Maggiolo y Perozo (2007) aclaran que los actores sociales se consolidan mediante organizaciones no gubernamentales (ONG), sindicatos, consejos comunales y toda forma de organización que agrupe a la sociedad civil, de forma que, sí la actuación del Estado es permeable a la opinión social, se garantiza una mayor transparencia a la actuación gubernamental, al tiempo que se incrementa la confianza de la ciudadanía. Pero, no se debe identificar todo colectivo con un actor relevante, se requieren ciertas condiciones que lo definan como tal. Al respecto, Acuña y Repetto (2001) estiman la presencia de ciertos atributos en determinados colectivos o individuos, que los califica como actores de política pública: a) capacidad de negociación, b) capacidad para descifrar el contexto, c) capacidad de representación, d) capacidad de movilización social y e) capacidad de acción colectiva. En este contexto, Chacón (2013) señala que se requiere de un protagonismo cada vez más ascendente de los diversos actores sociales, y que hoy, más que nunca, la gestión pública debe realizarse desde formas de actuar comunicativa antes que de influjo unilateral y tecnocrático. De nuevo el sujeto popular está llamado a ser protagónico en un diálogo con el saber técnico para encontrar las alternativas.

En virtud de todo lo antes expuesto, Colina (2017) plantea la importancia de diseñar políticas públicas dirigidas a la solución de los problemas esenciales de los habitantes de una comunidad, estado o país, pero sin olvidar la necesidad de participación de éstos de una manera activa y protagónica en la creación de las mismas. En este orden de ideas, a consideración de Maggiolo y Perozo (2007) en la actualidad, la dinámica social demanda una política pública que opere para reconstruir la conexión Estado-Sociedad a través de la generación de espacios, vínculos, sentido de pertenencia y bienestar para la población. Para esto, es propicio un ambiente tendente a la implementación de determinados mecanismos de

participación directa de los actores afectados. Es decir, se requiere del concurso de la democracia, que garantice la actuación de una ciudadanía capaz de intervenir activamente en las decisiones, compartidas con los representantes del Estado.

Maggiolo y Perozo (2007) puntualizan que, sí se entiende lo público como el punto de encuentro de los intereses colectivos, es fundamental contar con la participación responsable de la sociedad civil. Al respecto, Ojeda (2004) señala que la participación ciudadana involucra a individuos, grupos, organizaciones de la sociedad civil y sus interrelaciones con el Estado y los gobiernos locales. De acuerdo con Behm (1997) existen diversos niveles de participación ciudadana, a saber: informarse como elemento clave para la gestión democrática; la consulta de inquietudes, necesidades y expectativas como fuente de criterios para tomar decisiones; la decisión, es decir, la posibilidad y capacidad de intervenir en la decisión final; el control de la ejecución de las decisiones y la gestión, agentes activos con condiciones para el manejo autónomo de determinados ámbitos de la vida colectiva. El Estado venezolano ha reglamentado esta participación mediante la Ley Orgánica de los Consejos Comunales (2009) y la Constitución vigente (1999) expone lineamientos que propician la participación social, como son los controles sociales y participación ciudadana en la gestión pública (ver artículos 62, 70-72).

El análisis de las políticas públicas debe considerarse como un proceso continuo de toma de decisiones mediante el cual el Estado, con la participación de los diversos actores involucrados, establece acciones, normas y estrategias para resolver problemas públicos. De allí que se reflejen en leyes, decretos, resoluciones, reglamentos, ordenanzas y documentos oficiales (Ojeda, 2004). Además, deben establecerse dentro de un marco que abarque el bien común de toda la comunidad, sin distinción de ideologías ni partidismos, y con la profunda decisión de que deben ser tomadas con total prescindencia de intereses privados con vocación de servicio y esencialmente con transparencia y responsabilidad (Vargas, 2007).

A modo de resumir su relevancia, Wilson (2018) enumera algunas de sus características, a saber:

- a) Están orientadas al bien común y a satisfacer una necesidad social.
- b) Son acciones y decisiones adoptadas por los gobiernos, en un determinado momento, con el propósito de solucionar problemas de índole social (salud, educación, pobreza, empleo, vivienda, etc.).
- c) Sirven para modificar una situación percibida como problemática o insatisfactoria, donde la sociedad resulta ser la principal destinataria de la acción que ejecuta el Estado.
- d) Son instrumentos que sintetizan intereses y demandas de distintos sectores de la comunidad.
- e) Se basan en necesidades legitimadas social y políticamente, cuyo objetivo es siempre la transformación de problemáticas específicas.
- f) Se conforman con el acuerdo de diversos actores: Estado, sociedad política, sociedad civil, organizaciones no gubernamentales, entre otras.
- g) Su origen se encuentra en las respuestas públicas que el Estado genera para solucionar demandas sociales.
- h) Son integrales, ya que abarcan aspectos económicos, políticos, sociales y culturales.

Políticas Sociales

Ahora bien, como se indicó supra, las políticas públicas pueden estar enmarcadas en un campo de actividad que las definen. Así, se pueden identificar las políticas sociales, las cuales están dirigidas a la satisfacción de las necesidades básicas de la población, para lo cual el Estado resulta fundamental. En este sentido, Rose (1984), Subirats (1989), Lahera (1999), Repetto (2001) y Piñango (2003) concuerdan en señalar que toda política pública debe tener una dimensión social como principal orientación.

Las políticas sociales pueden ser definidas sintéticamente como acciones estatales orientadas a la resolución de necesidades humanas básicas. Pueden tener componentes redistributivos y compensatorios, pero como tales y por sí solas, no pueden lograr impactos significativos por fuera de un modelo de desarrollo económico y de un tipo de Estado en cada coyuntura particular (Bráncoli, 2021).

Convencionalmente se tiende a definir las políticas sociales por el tipo de sector en el cual se inscriben, de modo que sectores tales como educación, vivienda, salud, que apuntan a la provisión de bienes públicos, dan origen a las así llamadas políticas sociales (Atria, 2005). Este autor las define como un conjunto articulado y temporalizado de acciones, mecanismos e instrumentos, conducidos por un agente público, explícitamente destinados a mejorar la distribución de oportunidades o corregir la distribución de activos a favor de ciertos grupos o categorías sociales. En otras palabras, son el conjunto de directrices, orientaciones, criterios y lineamientos conducentes a la preservación y elevación del bienestar social, procurando que los beneficios del desarrollo alcancen a todas las capas de la sociedad con la mayor equidad.

Maingnon (2004) señala que existe una diversidad de definiciones que presentan diferentes posiciones tomando en cuenta sus objetivos, extensión y límites; agrupándolas en atención a ello en dos. Primero están las definiciones que la limitan a los programas de bienestar social y a las políticas que sustentan o conforman dichos programas. De acuerdo con ello, hace referencia a un conjunto de medidas que contribuyen al mejoramiento de una situación determinada, razón por la cual son políticas transitorias y sus objetivos son los de aminorar o de regular los embates de las políticas económicas. En otras palabras, la política social tiene que ver con las fallas de la política económica, es de carácter asistencial y se le asigna, por tanto, una función residual.

Un segundo concepto considera que la función principal de la política social es la reducción y eliminación de las inequidades sociales a través de la redistribución de los recursos, servicios, oportunidades y capacidades. Este concepto incluye todas aquellas actividades que contribuyen a la salud, educación, asistencia pública, seguridad social y vivienda de la población, y también aquellas que afectan, en general, la redistribución y distribución del ingreso y las dirigidas a construir y conservar el capital social (Maingnon, 2004). En estas dos posiciones que refiere Maingnon (2004) se identifica una definición concebida en relación a una función

esencialmente económica (proceso distributivo deficiente) y otra estrictamente social (remediar la cuestión social) tal como lo señala Catalá (2013).

En este orden de ideas, Repetto (2005) manifiesta que las políticas sociales incluyen intervenciones sectoriales clásicas (educación, salud, seguridad social, vivienda, infraestructura básica) así como las tendencias a desarrollar acciones focalizadas en la pobreza, a la vez que también deben incorporarse bajo este concepto las intervenciones estatales destinadas a promover el empleo y brindar protección ante los males sociales. En correspondencia a estos planteamientos, Sagasti *et al.* (1999) las define como el conjunto de pronunciamientos, intervenciones y acciones gubernamentales conducentes al bienestar de los individuos, las familias y los grupos sociales, asumiendo un enfoque caracterizado por:

- 1) Equidad, un nivel de vida mínimo compatible con la dignidad humana y el pleno desarrollo de las personas;
- 2) Interacciones entre lo social-político-económico para integrar plenamente a la política social con las otras políticas de desarrollo; 3) diferenciar criterios tales como nivel de aplicación (nacional, regional, local) y según los sujetos de las medidas de política (género, edad, etnia, ingresos);
- 4) Considerar explícitamente las dimensiones internacionales de la política social para una mayor equidad global y un entorno adecuado para la política social regional y nacional; y
- 5) Adoptar una actitud pluralista y de experimentación social que convierta el diseño y ejecución de políticas sociales en un proceso de aprendizaje colectivo.

De acuerdo con estos autores, la política social contiene fundamentalmente tres conjuntos de acciones por parte del gobierno:

- a) Provisión de servicios sociales básicos (educación, salud, nutrición, saneamiento, seguridad social),
- b) Lucha contra la pobreza y
- c) Generación de empleos.

No obstante, Gacitúa *et al.*, (2000) reconocen que estas acciones u objetivos no son suficientes y que es necesario incorporar otras dimensiones al análisis y diseño de estas políticas sociales -por ejemplo, la dimensión de la distribución del ingreso, la desigualdad y la justicia social- o la utilización de enfoques y conceptos multidimensionales para analizar los factores que contribuyen a la generación de pobreza y desigualdad social -por ejemplo, el enfoque de la exclusión social. En suma, la política social debe promover la integración social y reducir las desigualdades sociales, es decir, aumentar la equidad, tal y como lo expone la Comisión Económica para América Latina (Cepal, 2000).

A continuación, se presenta cuadro comparativo con diversas definiciones de este término (ver cuadro 5).

Cuadro 5: Comparación conceptual del término política social

| Autor | Definición |
|----------------------------|---|
| Valadez y Bamberger (1994) | Programas diseñados por el Estado para mejorar la calidad de vida por medio del mejoramiento de la capacidad de los ciudadanos para participar, en actividades sociales, económicas y políticas, tanto a nivel local como nacional |
| Adelantado (2000) | Instrumento de gobernabilidad capaz de gestionar las desigualdades sociales. |
| Garretón (2001) | Programas para producir sociedad, igualdad socio-económica y calidad de vida, ciudadanía y actores sociales fuertes y autónomos que negocien su representación en las esferas políticas y estatales. (citado en Delgado, 2001) |
| Delgado (2001) | Conjunto de objetivos, regulaciones, sistemas y entidades por medio de los cuales el Estado se dirige a crear oportunidades y fortalecer instrumentos en términos de la equidad y la integración social. |
| Ceja (2004) | Forma que por medio de estrategias y políticas concretas tiene el Estado para construir una sociedad cohesionada y equitativa. |
| Atria (2005) | Es un complejo de proyectos, planes y programas, conducidos por agentes públicos y organizados en un marco de acción para intervenir en las distribuciones de oportunidades y de activos a favor de ciertos grupos o categorías sociales. |
| Vara-Horna (2007) | Son decisiones que se toman en el ámbito político gubernamental para atender una demanda social, ya sea de carencia o ya sea de necesidad de desarrollo. |
| Maggiolo y Perozo (2007) | Conjunto de pronunciamientos y acciones en forma de programas, formulados por el Estado, en convergencia con las directrices de desarrollo local, regional y nacional, dirigidos a mejorar el bienestar social |

| Autor | Definición |
|---------------|--|
| Catalá (2013) | Es el sistema por el que se aspira a resolver las cuestiones sociales a través de la ordenación de la sociedad conforme a los postulados de la justicia social |

Fuente: Elaboración propia, 2021.

En las definiciones presentadas es posible visualizar como Sagasti *et al.*, Valadez y Bamberger, Delgado y Ceja refieren como fortaleza el rol dominante del Estado en cuanto a estructura institucional-organizativa y disposición de recursos financieros; pero al mismo tiempo una fragilidad del lado de los ciudadanos, en detrimento de los beneficiarios, al decidir el Estado sobre los criterios de los servicios y cobertura, a través de los programas, de modo que los usuarios no tienen elección, no obstante podrían generar espacios, mediante la participación ciudadana, que contribuyan a que los derechos y deberes institucionalmente establecidos sean efectivamente reconocidos, permitiendo un verdadero intercambio entre la sociedad civil y el poder estatal. Al respecto, Oszlack (2007) enfatiza que las políticas sociales deben configurarse en una polifonía de actores que intervienen sobre la compleja y problemática agenda estatal. De este modo, organizaciones y movimientos sociales, municipios y universidades, medios de comunicación, redes y actores territoriales y del mercado (productores, proveedores, cadenas de comercialización), participarían de manera más o menos directa en la gestación y ejecución de estas políticas.

Por su parte, la definición de Garretón presenta como debilidad el suponer la igualdad socio-económica, calidad de vida, ciudadanía y actores sociales fuertes como elementos presentes en la sociedad y con capacidad de negociación, lo cual dista mucho en el contexto de América Latina.

Al revisar todos los conceptos descritos es fácil concluir que todos los autores comparten la calidad de vida como objetivo de la política social, ya sea en forma explícita o implícita. En este mismo tenor, la Cepal (2000) propugna que dichas políticas deben garantizar el acceso de los ciudadanos en su condición de tales a niveles básicos de calidad y cobertura de beneficios sociales con el objetivo último de generar cohesión social y sentido de pertenencia. De igual forma, Fernández y Caravaca (2011) sostienen que la política social debe encontrar las nuevas claves para

cumplir su función esencial: la mediación entre las exigencias de lo económico (el Bienestar) y de lo político (el Bien común).

Políticas de Salud

Las políticas públicas también pueden concebirse como procesos, secuencia de hechos y decisiones que buscan modificar una realidad, siendo este el caso de las políticas de salud o sanitarias. De acuerdo con Naranjo (2014) la política de salud debe estar dirigida a actuar sobre la producción social de la salud y atender las demandas de atención. Su principal propósito es contribuir a eliminar las brechas existentes entre los diferentes sectores sociales, la exclusión social, las inequidades de acceso y elevar la calidad de atención. Para esto la participación social, las redes de servicios y el fortalecimiento de la salud pública son fundamentales.

La salud es un derecho fundamental tal como lo expresa la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela en su artículo 83 y puede analizarse, de acuerdo con Ojeda (2004), con base en cuatro derechos articulados:

- a) El derecho a la vida, entendido como la básica protección de la vida de las personas por parte de Estado y de la sociedad en su conjunto,
- b) El derecho al bienestar y a la calidad de vida, entendido como la realización de los proyectos de vida de las personas en las mejores condiciones posibles y con todos los medios disponibles,
- c) El derecho a la atención, en términos de la atención y prevención de las enfermedades que atentan contra la realización de la vida, y
- d) El derecho a la participación ciudadana en salud, entendida como el favorecimiento del ejercicio de la ciudadanía y la autonomía, en términos del poder de decisión y de acción, individual y colectiva, en torno lo relacionado con la salud.

Cuando la salud es concebida como un derecho su garantía es un asunto público y por ende un tema de políticas públicas. La salud adquiere rango de relevancia pública dada su importancia en el desarrollo de la vida de las personas y

comunidades, lo que supone que toda acción de salud y de interés para la salud debe funcionar desde la lógica de la regulación política. En este sentido, Naranjo (2014) expone que la política de salud no puede estar divorciada del resto de la política social, lo que hace necesario que el Estado formule y ejecute políticas públicas en materia de: vivienda, educación, participación social, ambiente, seguridad personal, equidad de género, étnica, cultura, empleo, alimentación, entre otras, para poder actuar sobre la determinación social de la salud, transformar las relaciones de poder y combatir las desigualdades sociales. Bajo este enfoque, Freije y Jaén (2003) señalan que la prestación de salud a la población y su protección es una vía para promover la igualdad y contribuye a eliminar la pobreza.

La política de salud responde entre otros aspectos a la conceptualización que se tenga de la salud, lo que hace necesario comprender la vinculación entre esta conceptualización y las políticas implementadas para garantizar este derecho. En este sentido, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2002) -en el contexto de Iniciativa de Salud Pública de las Américas- define la salud pública como “el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo”.

Figuroa (2012) actualiza este concepto y lo precisa como la práctica social integrada que tiene como sujeto y objeto de estudio la salud de las poblaciones humanas y se le considera como la ciencia encargada de prevenir la enfermedad, la discapacidad, prolongar la vida, fomentar la salud física y mental, mediante los esfuerzos organizados de la comunidad, para el saneamiento del ambiente y desarrollo de la maquinaria social, para afrontar los problemas de salud y mantener un nivel de vida adecuado.

En este contexto, se concibe la salud no sólo la ausencia de enfermedades sino el completo estado de bienestar físico, mental, social y ambiental, tal como lo expresa el artículo 2 de la Ley Orgánica de Salud (1998) en correspondencia con la conceptualización de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946): un completo

estado de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad.

Por tanto, en coherencia con estas definiciones (salud y salud pública) se hace necesario el diseño e implementación de políticas que contribuyan a consolidar la práctica de la salud pública para el correcto funcionamiento del sistema de salud y el beneficio de la población.

Programas y Proyectos Sociales

Las políticas públicas se cristalizan en programas y proyectos a los que se les asignan recursos para su puesta en práctica (Fernández y Schejtman, 2012). De acuerdo con Chiara y Di Virgilio (2017) programa y proyecto son conceptos relacionados que aluden a distintos niveles de organización en la cascada de la planificación (ver figura 10).

Figura 10: Diagrama de la secuencia/cascada de planificación de las políticas públicas



Fuente: Elaboración propia, 2021.

Existen muchas definiciones sobre el término programa. Puede ser entendido como el anticipo de lo que se planea realizar en algún ámbito o circunstancia; el temario que se ofrece para un discurso; la presentación y organización de las materias de un cierto curso o asignatura; y la descripción de las características o etapas en que

se organizan determinados actos o espectáculos artísticos, siendo la primera de estas acepciones la que nos interesa.

De Miguel (2000) señala que existen tres concepciones teóricas desde la que aborda el término programa en tanto que estrategia de intervención social: como verificación de teorías, como tecnología sistemática y como compromiso con el cambio social. Una de las concepciones clásicas es considerarlos como estrategias que permiten la verificación de teorías que son útiles para resolver problemas sociales. En este sentido, constituyen estrategias o artefactos a través de las cuales se someten a prueba si determinadas teorías son eficaces para la resolución de problemas sociales prácticos. Asimismo, pueden ser tipificados como una tecnología instrumental que debe ser diseñada y modificada de forma constante en función de su utilidad en relación con los objetivos establecidos. De igual forma, está la noción que considera que la justificación teórica de todo programa es promover un cambio, una transformación social.

En el término amplio de la palabra, en general, los diversos autores entienden que un programa es un plan o sistema bajo el cual una acción está dirigida hacia la consecución de una meta. En este sentido, cuando se trata de acciones que vayan en procura de una meta social, se tipifican entonces como programas sociales o programas de desarrollo como también se les conocen. Así el término se refiere a una expresión que permite identificar al conjunto de acciones que se organizan con el propósito de mejorar las condiciones de vida en una determinada región. En otras palabras, son refuerzos cuidadosamente planificados, comprensivos y sistemáticos para lograr objetivos claramente articulados. Es por ello que Vara-Horna (2007) los describe como la traducción operacional de las políticas sociales.

Para la Plataforma de ONG de Acción Social (2003) un programa social es un conjunto de proyectos que persiguen los mismos objetivos, que pueden diferenciarse por trabajar con poblaciones diferentes y/o utilizar distintas estrategias de intervención. Siendo un proyecto social, la unidad mínima de asignación de recursos, que a través de un conjunto integrado de procesos y actividades pretende transformar una parcela de la realidad, disminuyendo o eliminando un déficit, o solucionando un

problema. Los proyectos sociales producen y/o distribuyen bienes o servicios (productos), para satisfacer las necesidades de aquellos grupos que no poseen recursos para solventarlas autónomamente, con una caracterización y localización espacio-temporal precisa y acotada.

En el cuadro 6 se muestran otras definiciones acerca de este término.

Cuadro 6: Comparación conceptual del término programa social

| Autores | Definición |
|------------------------------|--|
| Bartolomé (1990) | Un conjunto de estrategias y elementos orientados a la consecución de determinadas metas y objetivos. |
| Pérez (1992). | Plan sistemático de intervención, diseñado y elaborado intencionalmente para la consecución de unos objetivos de mejora. |
| Fink (1993) | Los sistemáticos esfuerzos realizados para lograr objetivos pre-planificados con el fin de mejorar la salud, el conocimiento, las actitudes y la práctica. |
| Fernández-Ballesteros (1996) | Un programa se interpreta como una intervención o tratamiento, es decir, como un conjunto de manipulaciones que han sido programadas para ser implantadas en una determinada realidad social. |
| Vega (1998) | Es un sistema y tiene una estructura que está conformada principalmente por actores naturales y/o institucionales (elementos) que se articulan en torno a actividades (organización) para generar productos (logros) que solucionen (produzcan cambio o agreguen valor) a las propiedades de algunos de sus actores. |
| De Miguel (2000b) | Plan, proyecto o servicio mediante el cual se diseña, organiza y se pone en práctica un conjunto de acciones y recursos materiales dirigidos a la consecución de una meta. |
| Stame (2003) | Pueden ser entendidos como las acciones que tienen el propósito de obtener un cambio, y tienen que ser implementadas con los medios dados para obtener resultados esperados dentro de un plazo dado |
| Alfie (2003) | Fundamentalmente son acciones, en algunos casos desorganizadas, tendientes a satisfacer las urgencias, resolver demandas y problemáticas presentadas en cada campo específico social; situación que impide una mejor utilización de los recursos y una adecuada referencia a los resultados. |

Fuente: Elaboración propia, 2021.

En concordancia con las definiciones presentadas, Vara-Horna (2007) plantea que un programa social es un conjunto organizado de acciones y recursos, diseñados e implantados sistemáticamente en una determinada realidad social, para resolver

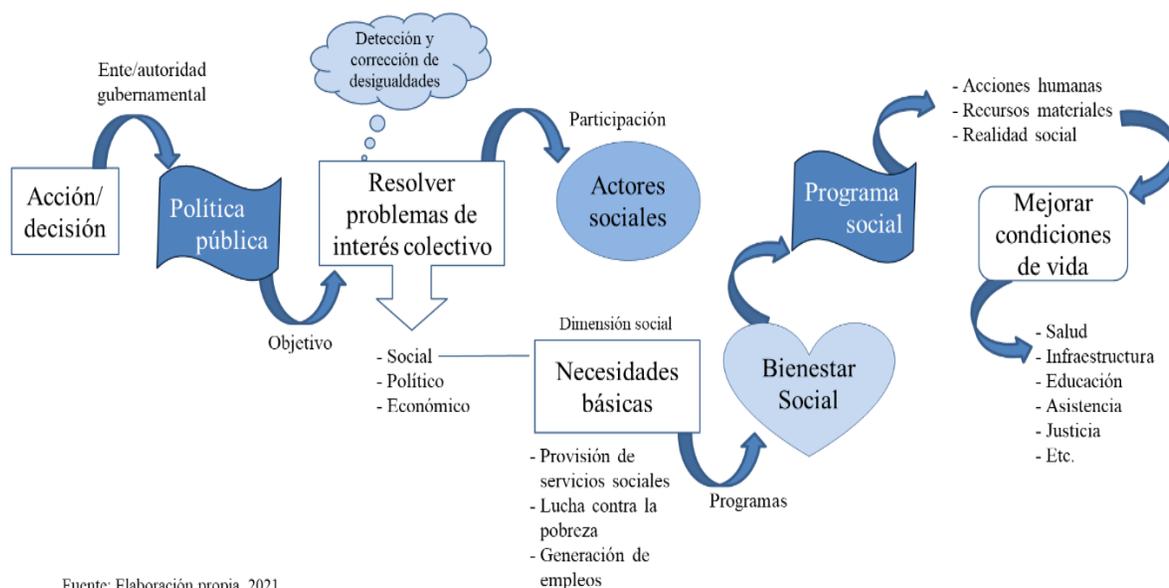
algún problema que atañe a una población y mejorar su calidad de vida en algún aspecto, ya sea salud, infraestructura, educación, asistencia, justicia, entre otras. En la literatura el término se usa indistintamente de forma genérica para cualquiera de estas áreas.

De esta manera, los programas sociales son la materialización de la política social, elaborados para satisfacer las necesidades de la población. En este sentido, Fink (1993) señala que pueden ser relativamente reducidos o relativamente amplios, así como que tienen lugar en distintos ámbitos geográficos. Por lo tanto, se orientan a objetivos definidos conforme un determinado diagnóstico de una situación o problema y en los cuales se establecen las prioridades de la intervención, identificando y ordenando los proyectos, definiendo el marco institucional y asignando los recursos que se van a utilizar. En este orden de ideas, Vargas y Gambara (2008) identifican sus características, puntualizando:

- Debe ser un conjunto organizado y coherente de acciones humanas y de recursos materiales.
- Debe estar especificado de forma rigurosa y sistemática con el fin de alcanzar unos objetivos previamente definidos.
- Los objetivos deben haber sido definidos a partir de un análisis metódico del problema y de las necesidades insatisfechas que se deben atender con la intervención.
- Debe ser implantado tal y como fue diseñado, en un periodo determinado y en un contexto social específico.

En la figura 11 se esquematiza y muestra de forma sucinta y sencilla la secuencia conceptual de todos los términos acá descritos en este numeral.

Figura 11: Secuencia conceptual de las políticas públicas



Fuente: Elaboración propia, 2021.

2.3. Bases Jurídicas

Venezuela se rige por un marco jurídico muy amplio. De acuerdo a la pirámide de Hans Kelsen, este orden jerárquico viene dado por: Constitución Nacional, Tratados sobre derechos humanos ratificados por la república, leyes aprobatorias de tratados internacionales, leyes orgánicas, leyes formales, actos parlamentarios sin forma de ley, actos de gobierno, reglamentos, sentencias, actos administrativos particulares y negocios jurídicos.

El abordaje del tema del marketing social en la Misión Barrio Adentro I nos lleva a revisar el basamento jurídico en materia de salud. En este sentido, la revisión de este ordenamiento jurídico debe partir del Estatuto fundamental, la Constitución de la República, paseándonos también por leyes orgánicas, leyes formales y reglamentos. Destacan dentro de estas leyes la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social del 30 de abril de 2012, la Ley de Servicios Sociales del 12 de septiembre de 2005, la Ley Orgánica de Salud, del 11 de noviembre de 1998, la Ley Orgánica de los Consejos Comunales del 28 de diciembre de 2009, entre otras (ver figura 12).

Figura 12: Pirámide del marco jurídico en materia de salud



Fuente: Elaboración propia, 2021.

2.3.1. Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela

Se empieza este análisis a partir de la Constitución de nuestro país, vigente desde diciembre de 1999, en la cual existe un articulado que hace referencia explícita a la salud, el sistema nacional de salud y el sistema de seguridad social.

Desde el mismo preámbulo de la Constitución se hace referencia a la salud al señalar que se establece una sociedad que consolide los valores, el bien común y asegure el derecho a la vida. Para complementar este preámbulo, los artículos 2 y 3 de nuestra Constitución Nacional refieren el derecho a la vida como valor superior de su ordenamiento jurídico y que el Estado tiene entre sus fines esenciales la promoción de la prosperidad y bienestar del pueblo. Asimismo, el artículo 83 señala que la salud es un derecho social fundamental y que el Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios.

Para garantizar el derecho a la salud, el artículo 84 señala que el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, dando prioridad a la promoción de la salud y a la prevención y donde la comunidad organizada tiene

el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud. Este sistema público nacional de salud debe ser financiado de forma obligatoria por el Estado, quien debe garantizar un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria, según reseña el artículo 85.

Nuestra Constitución también señala, en su artículo 86, el derecho de toda persona a la seguridad social, así como la obligación del Estado de asegurar la efectividad de este derecho creando un sistema de seguridad social que posea las siguientes características: universal, integral, de financiamiento solidario, unitario, eficiente y participativo, de contribuciones o indirectas. Dicho sistema será regulado por una ley orgánica especial (Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social).

De igual forma, la Constitución Nacional plantea las competencias en materia de salud del poder nacional, así como de los estados y municipios (artículos 156, 164 y 178 respectivamente).

2.3.2. Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social

Por su parte, la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social, vigente desde abril de 2012, reseña lo referente a los sistemas de seguridad social. Esta ley, en su artículo 5, define el sistema de seguridad social como “el conjunto integrado de sistemas y regímenes prestacionales, complementarios entre sí e interdependientes...”. Esta misma ley define el Sistema Prestacional como el componente del Sistema de Seguridad Social que agrupa uno o más regímenes prestacionales (artículo 6); y define al régimen prestacional como el conjunto de normas que regulan las prestaciones con las cuales se atenderán las contingencias, carácter, cuantía, duración y requisitos de acceso; las instituciones que las otorgarán y gestionarán; así como su financiamiento y funcionamiento (artículo 7).

Este sistema de seguridad social sólo a los fines organizativos, estará integrado por los sistemas prestacionales siguientes: Salud, Previsión Social, y Vivienda y Hábitat, tal y como lo reseña el artículo 19 de esta Ley. El sistema prestacional de

salud tendrá a su cargo el régimen prestacional de salud mediante el desarrollo del Sistema Público Nacional de Salud (artículo 20).

La Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social nos brinda más información sobre el régimen prestacional de salud en los artículos que van desde el 52 hasta el 57, identificando:

- Objeto: garantizar el derecho a la salud como parte del derecho a la vida;
- Ámbito de aplicación: garantiza la protección a la salud para todas las personas, dentro del territorio nacional, sin discriminación alguna;
- Integración y estructura: integra todas las estructuras, órganos, programas y servicios que se sostengan total o parcialmente con recursos fiscales o parafiscales, de manera descentralizada, intergubernamental, intersectorial y participativa en lo que respecta a la dirección y ejecución de la política de salud, bajo la rectoría del ministerio con competencia en materia de salud;
- Derecho a la salud y participación: Es obligación de todos los poderes públicos, de los diferentes entes prestadores de salud públicos y privados, y de la sociedad, garantizar el derecho a la salud, su protección y cumplimiento. En virtud de su relevancia pública, las comunidades organizadas tienen el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de políticas específicas en las instituciones públicas de salud;
- Financiamiento; y
- Rectoría, gestión y base legal: estará bajo la rectoría del ministerio con competencia en materia de salud; su gestión se realizará a través del Sistema Público Nacional de Salud, y se regirá por las disposiciones de la presente Ley y por la ley que regula el Régimen Prestacional de Salud.

2.3.3. Ley Orgánica de Salud

La Ley Orgánica de Salud, vigente desde noviembre de 1998, es la norma legal que regula el régimen prestacional de salud. La definición de salud está contemplada en esta ley, específicamente en el artículo 2, el cual reseña que “se entiende por salud no sólo la ausencia de enfermedades sino el completo estado de bienestar físico, mental, social y ambiental”. Además, el artículo 3 de la misma refiere que los servicios de salud garantizarán la protección de la salud a todos los habitantes del país y funcionarán de conformidad con los siguientes principios: universalidad, participación, complementariedad, coordinación y calidad.

Esta ley plantea, en su artículo 28, que la protección de la salud comprende actividades de prevención, promoción, restitución y rehabilitación que serán prestadas en establecimientos que cuenten con los servicios de atención correspondientes. Asimismo, puntualiza que son establecimientos de atención médica los hospitales, clínicas y ambulatorios públicos y privados debidamente calificados y dotados de los recursos necesarios para cumplir las funciones previstas en las leyes y los reglamentos correspondientes (artículo 34).

2.3.4. Ley de Servicios Sociales

Por su parte, la Ley de Servicios Sociales, que data del año 2005, es la ley que regula la vinculación que debe existir entre los regímenes prestacionales que integran el Sistema de Seguridad Social (artículos 19 y 20 de la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social) así como las relaciones jurídicas entre las personas naturales o jurídicas, tal como lo expresa el artículo 2 de esta Ley. Asimismo, esta ley reseña, en su artículo 5, que

a fines de garantizar la efectividad de los derechos, prestaciones, programas y servicios establecidos en esta Ley, los organismos públicos y privados encargados de su ejecución, deberán conformar una red de servicios sociales que permita la coordinación y cooperación institucional, la eficiencia y la eficacia en la prestación de los servicios sociales y la racionalidad en el uso de los recursos económicos asignados en beneficio de las personas protegidas por esta Ley.

Además de esta red de servicios sociales, la Ley de Servicios Sociales también plantea que debe conformarse la Red de Voluntariado de Servicios Sociales (artículo 6). En este sentido, define el servicio social como la “intervención interdisciplinaria, metódica y científica, orientada a la atención general y especializada, institucionalizada, interna o ambulatoria, a domicilio, de rehabilitación y habilitación física, mental, sensorial, intelectual o social y de asistencia en general, para las personas protegidas por esta Ley” (artículo 7, numeral 9). Y, precisamente, basándonos en esta definición podemos afirmar que el Estado debe garantizar la salud como un servicio social fundamental que promueva el bienestar colectivo. En este sentido, el Estado debe coordinar adecuadamente el sistema de servicio social en materia de salud, a través de una red que permita la cooperación institucional, la eficiencia y la eficacia en la prestación del servicio y el uso racional de los recursos económicos.

En Venezuela, además de la Constitución, la Ley Orgánica de Sistemas de Seguridad Social, la Ley Orgánica de Salud y la Ley de Servicios Sociales, existen otras leyes y reglamentos que tienen injerencia en el tema de la salud, entre las cuales podemos destacar la Ley del Seguro Social, la Ley para las personas con discapacidad, la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo y su reglamento, y la Ley Orgánica de los Consejos Comunales. Adicionalmente, al revisar la página web del Ministerio del Poder Popular para la Salud se pueden encontrar una gran diversidad de leyes, decretos, resoluciones y gacetas, donde se plantea la normativa vigente ligada al sector salud.

Con respecto a la Misión Barrio Adentro, fue creada según Decreto N° 2.745, de fecha 14 de diciembre de 2003, y publicado en Gaceta Oficial Extraordinaria N° 37.865, del 26 de enero de 2004. No obstante, en Venezuela, no existe aún una Ley de Misiones, donde se regule su constitución, conformación, organización y funcionamiento.

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

Méndez (2006) reseña que los aspectos metodológicos tienen que ver con la manera de proceder para realizar la investigación. Aquí se responde al nivel de profundidad que se deseaba alcanzar en el conocimiento, al método y las técnicas utilizadas en la recolección de la información. En tal sentido, a continuación, se reseña el diseño, método de estudio y nivel de la investigación, las fuentes de información, así como los procedimientos e instrumentos que se emplearon en la obtención, análisis e interpretación de la información.

3.1. Diseño de la Investigación

Esta investigación giró en torno a la generación de constructos teóricos para la implementación del marketing social en el programa Misión Barrio Adentro I, en el municipio Sucre del estado Sucre, que facilitaran el logro de sus objetivos de promoción y prevención en materia de salud. Fue necesario para ello el empleo de una perspectiva metodológica flexible que se ajustara a las características particulares del objeto de estudio. De allí que se realizó el abordaje del estudio desde un enfoque cualitativo, considerando los planteamientos de Martínez (2009) quien expone que “la investigación cualitativa trata de identificar, básicamente, la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica, aquella que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones” (p.66).

Para Taylor y Bogdan (1994) “la frase metodología cualitativa se refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable” (p.19). Para estos autores “un estudio cualitativo no es un análisis impresionista, informal, basado en una mirada superficial a un escenario o a personas. Es una pieza de investigación sistemática conducida con procedimientos rigurosos, aunque no necesariamente estandarizados” (p.22). Asimismo, Montero (1992, citado en López, s.f.) plantea que consisten en descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamiento observables, incorporando lo que los participantes dicen, tal como lo expresan ellos mismos y no como lo expresaría el investigador.

Según Sabino (2002) estos diseños, exclusivos de las ciencias sociales, intentan recuperar para el análisis parte de la complejidad del sujeto y de sus modos de ser y de hacer en el medio que lo rodea. En otras palabras, en la investigación cualitativa existe una gran preocupación por interpretar y comprender los hechos observados, dentro del contexto global en que se producen, como ocurren naturalmente, sin manipularlos ni controlarlos para hacer experimentos. A opinión de Rist (1977, citado en Taylor y Bogdan, 1994) la metodología cualitativa consiste en más que un conjunto de técnicas para recoger datos; es un modo de encarar el mundo empírico.

Considerando lo antes expuesto, se asumió esta investigación desde las posibilidades de la investigación cualitativa, puesto que “se enfoca en comprender y profundizar los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto” (Hernández *et al.*, 2010, p.364).

En el enfoque cualitativo, el diseño se refiere al abordaje general que se utiliza en el proceso de investigación. Álvarez-Gayou (2003, citado en Hernández *et al.*, 2010) lo denomina marco interpretativo. Así, cada estudio cualitativo es por sí mismo un diseño de investigación; no existiendo dos investigaciones iguales o equivalentes, puesto que sus procedimientos no son estandarizados. Simplemente, el hecho de que el investigador sea el instrumento de recolección de los datos y que el contexto o ambiente evolucione con el transcurrir del tiempo, hacen a cada estudio único.

A opinión de Martínez (2009) toda investigación, de cualquier enfoque o paradigma que se trate (cualitativo o cuantitativo), tiene dos centros básicos de actividad; partiendo del hecho que el investigador pretende alcanzar unos objetivos, que en ciertas ocasiones están orientados hacia la solución de un problema, esos dos centros de actividades consisten en: (1) recoger toda la información necesaria y suficiente para alcanzar esos objetivos o solucionar ese problema, y (2) estructurar la información en un todo coherente y lógico, es decir, ideando una estructura lógica, un modelo o una teoría que integre esa información. Es de resaltar una característica de gran relevancia de estas dos actividades de recoger datos y categorizarlos e interpretarlos: no siempre se llevan a cabo en tiempos sucesivos, sino que se entrelazan continuamente.

Dentro del enfoque cualitativo, existen orientaciones metodológicas, las cuales están sujetas a las preguntas y objetivos de la investigación. Así, por ejemplo, se puede hacer uso de diversos métodos hermenéuticos, fenomenológicos y etnográficos.

En este orden de ideas, Martínez (2009) reseña que el método básico de toda ciencia es la observación de los datos o hechos y la interpretación (hermenéutica) de su significado. En este sentido, toda ciencia trata de desarrollar técnicas especiales para efectuar observaciones sistemáticas y garantizar la interpretación. De esta forma, la credibilidad de los resultados de una investigación dependerá del nivel de precisión terminológica, de su rigor metodológico (adecuación del método al objeto), de la sistematización con que se presente todo el proceso y de la actitud crítica que le acompañe.

El término hermenéutica proviene del verbo griego *hermeneuein*, que quiere decir interpretar. De acuerdo con Butrón y Calderón (2012) la hermenéutica es una tarea que requiere de quien investiga, penetrar en los investigados a través de lo sensorial y lo afectivo, atendiendo a cada detalle por más pequeño y simple que parezca, ya que detrás de ellos puede esconderse su verdadero sentido y es allí donde la acción hermenéutica puede llegar hasta lo oculto y lo abstracto. De lo que se trata es de ubicarse dentro de la perspectiva de los actores sociales, descifrando cada uno de los signos lingüísticos y no lingüísticos que están presentes en la comunicación dialógica que se establezca. De esta manera cuando se comparte con los sujetos sociales es posible la construcción de significados desde su propia perspectiva.

En síntesis, para Martínez (2009) la misión de la hermenéutica es descubrir los significados de las cosas, interpretar lo mejor posible las palabras, los escritos, los textos y los gestos y, en general, el comportamiento humano, así como cualquier acto u obra suya, pero conservando su singularidad en el contexto de que forma parte. Este autor, citando a Dilthey, refiere que no sólo los textos escritos, sino toda expresión de la vida humana es objeto natural de la interpretación hermenéutica. Por ello, el proceso hermenéutico del conocer se aplica correctamente a cualquier otra forma que pueda tener algún significado, como el comportamiento en general, las formas no

verbales de conducta, los sistemas culturales, las organizaciones sociales y los sistemas conceptuales científicos o filosóficos. De esta manera, se convierte a la hermenéutica en un método general de la comprensión, es decir, de sistematización de procedimientos formales, en la ciencia de la correcta interpretación y comprensión.

La interpretación es la captación o comprensión de una vida psíquica por otra vida psíquica diferente de la primera. Pero teniendo presente que los individuos no pueden ser estudiados como realidades aisladas, sino que necesitan ser comprendidos en el contexto de sus conexiones con la vida cultural y social. De esta forma, el objeto de investigación de las ciencias humanas incluye también las instituciones, que son el producto de la actividad y vida humanas y que, a su vez, establecen el contexto en que se forma la experiencia individual. La interpretación implica una fusión de horizontes, una interacción dialéctica entre las expectativas del intérprete y el significado del texto o acto humano. Toda acción humana es susceptible de múltiples interpretaciones y la mejor o más acertada se descubrirá sólo con un detallado y cuidadoso análisis estructural de sus dimensiones y del todo de que forma parte (Martínez, 2009).

Por eso, se puede afirmar que, dentro del enfoque cualitativo, la estrategia de investigación que se adoptó es de tipo hermenéutico, dado que se procedió, partiendo de la revisión documental, a la comprensión e interpretación del fenómeno objeto de estudio. De allí que fuera necesaria la revisión teórica y empírica del tema y objeto de estudio, hallando información diversa que permitió la interpretación y comprensión de la realidad estudiada. En tal sentido, fue precisa la revisión de documentos (libros, artículos científicos, informes de investigación, etc.), en formato físico y digital, recopilando e interpretando la información obtenida empleando la hermenéutica como proceso reflexivo y crítico.

En este contexto, se consideró el método hermenéutico como el más adecuado para lograr el objetivo de esta investigación: generar constructos teóricos para la implementación del marketing social en la Misión Barrio Adentro I, en el municipio Sucre del estado Sucre, de modo que faciliten el logro de sus objetivos de promoción y prevención en salud.

3.2. Nivel de la Investigación

Este aspecto enfoca el alcance o grado de profundidad con que se aborda un fenómeno u objeto de estudio. Y en este sentido, las investigaciones se clasifican en exploratorias, descriptivas y explicativas.

Para Sabino (2006)

las investigaciones descriptivas se proponen conocer grupos homogéneos de fenómenos, utilizando criterios sistemáticos que permitan poner de manifiesto su estructura o comportamiento... Ellas permiten, sin duda, poner de manifiesto los conocimientos teóricos y metodológicos de su autor, pues una buena descripción sólo se puede hacer si se domina un marco teórico que permita integrar los datos y, a la vez, se tiene el suficiente rigor como para que éstos sean confiables, completos y oportunos. (p.69)

En otras palabras, miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. Mediante este tipo de investigación -que utiliza el método de análisis- se logra caracterizar un objeto de estudio o una situación concreta, señalar sus características y propiedades. En la investigación científica se considera la descripción como una de las formas más elementales dentro del proceso investigativo y muchas veces se refieren despectivamente a ella, olvidando que la mayoría de los estudios sociales no van más allá de este nivel.

En el caso de la investigación descriptiva, la indagación va dirigida a responder a las preguntas *quién, qué, dónde, cuándo, cuántos*. Estas investigaciones trabajan con uno o varios eventos de estudio en un contexto determinado, pero su intención no es establecer relaciones de causalidad entre ellos, por tal razón no ameritan de la formulación de hipótesis (Bordeleau, 1987, citado en Hurtado, 2001). A opinión de Hernández *et al.* (2007) los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis.

Los planteamientos antes expuestos permiten afirmar que esta investigación se corresponde con un nivel descriptivo, puesto que la información recolectada permitió conocer la Misión Barrio Adentro en todos sus componentes, caracterizando su funcionamiento y metodología de gestión en las comunidades, así como también profundizar en los diversos aspectos teóricos del marketing social como estrategia posible para el cambio de comportamiento.

3.3. Fuentes de Información

Méndez (2006) afirma que “la información es la materia prima por la cual puede llegarse a explorar, describir y explicar hechos o fenómenos que definen un problema de investigación” (p.249). De allí la importancia de identificar qué tipo de información se necesita y las fuentes en las cuales puede obtenerse. Para Arias (2012) una fuente es todo lo que suministra datos o información y de acuerdo a su naturaleza pueden ser documentales (proporcionan datos secundarios) y vivas (sujetos que aportan datos primarios). En este orden de ideas, para recolectar la información necesaria y suficiente que permitiera alcanzar los objetivos trazados en esta investigación fue necesario acudir a ambos tipos de fuentes

Se recurrió a fuentes documentales para así obtener toda la información teórica necesaria que garantizara la comprensión del objeto de estudio (Misión Barrio Adentro I) y la construcción del marco teórico (marketing social) que sustenta los resultados de la investigación. En este sentido, se emplearon libros, periódicos y otros materiales documentales como trabajos de grado, revistas especializadas, diccionarios, etc. Además de estas fuentes impresas, se utilizaron documentos digitales disponibles en páginas web, revistas electrónicas, entre otros.

Adicionalmente, también fue necesario acudir a fuentes vivas (informantes) a fin de recoger información primaria relevante para el estudio. Para Martínez (2007, p.54) los informantes son las “personas con conocimientos especiales, estatus, y buena capacidad de información” y que pueden “...desempeñar un papel decisivo en una investigación...”

Por lo tanto, se consideraron informantes a los miembros el Equipo Básico de Salud (EBS), ya que suministraron la información pertinente que permitió hacer el contraste de los fundamentos teóricos que se esgrimen sobre el programa Misión Barrio Adentro I con la práctica que se vive en los Consultorios Populares, su funcionamiento real y su metodología de gestión de trabajo.

Como bien reseña Martínez (2007) “...el investigador tratará de imitar al buen fotógrafo, que busca los mejores ángulos para capturar la mayor riqueza de la realidad que tiene delante” (p.54). Por ende, también fue oportuno contactar a personas (usuarios) que acuden a estos consultorios solicitando atención médica. Esto con el objeto de conocer sus opiniones, puntos de vista y percepciones sobre el trabajo que desarrolla el EBS en estos establecimientos y la comunidad y así poder comparar las visiones desde los dos ámbitos (personal de salud y usuario). De esta manera, se tuvo una perspectiva más amplia de la realidad al considerar también a los usuarios/pacientes como informantes para el estudio.

En síntesis, el EBS de los Consultorios Populares y los usuarios del programa Misión Barrio Adentro I se constituyeron en las fuentes primarias que proporcionaron la información necesaria que permitió generar los constructos teóricos previstos.

3.4. Población y Muestra

Hablar de población y muestra en un trabajo de investigación requiere especial cuidado. Dependiendo de las características del estudio se definen las unidades de análisis y su cuantía. Cuando la población objeto de estudio es muy extensa se debe proceder a tomar una muestra que la represente. A este respecto, Hernández *et al.* (2010) refieren que la muestra “es un grupo de personas, eventos, sucesos, comunidades, etc., sobre el cual se habrán de recolectar los datos, sin que necesariamente sea representativo del universo o población que se estudia” (p. 394). Estos autores afirman que, si bien las muestras grandes permiten un entendimiento más completo del problema en estudio en la práctica pueden resultar inmanejables.

En este mismo tenor, Hernández *et al.*, (2010) son enfáticos al señalar que, dadas las características de las investigaciones cualitativas éstas requieren de muestras más flexibles, las cuales se van evaluando y redefiniendo permanentemente. En la selección de estas muestras prevalecen criterios no probabilísticos o intencionales, pues la elección de los elementos depende de razones relacionadas con las características de la investigación. Al respecto, Martínez (2009) enfatiza que esta selección no se da por elementos aleatorios, escogidos al azar y descontextualizados; sino por un todo sistémico, donde se impone la intencionalidad, priorizando la profundidad sobre la extensión y la muestra se reduce en su amplitud numérica.

Confirmando lo antes expuesto, Neuman (2009, citado en Hernández *et al.*, 2010) refiere que

...en la indagación cualitativa el tamaño de la muestra no se fija a priori (previamente a la recolección de los datos), sino que se establece un tipo de unidad de análisis y a veces se perfila un número relativamente aproximado de casos, pero la muestra final se conoce cuando las unidades que van adicionándose no aportan información o datos novedosos (saturación de categorías), aun cuando agreguemos casos extremos. (p.395)

Asimismo, hay que tener presente que “en los estudios cualitativos la muestra planteada inicialmente puede ser distinta a la muestra final. Podemos agregar casos que no habíamos contemplado o excluir otros que si teníamos en mente” (Hernández *et al.*, 2010, p.395).

En virtud de todos estos planteamientos, dado entonces que no hay parámetros definidos para el tamaño de la muestra, puesto que hacerlo va ciertamente contra la propia naturaleza de la indagación cualitativa, el número de informantes no estuvo definido a priori, sino que fue definido en el avance en la recolección de la información al darse la saturación del discurso. No se debe olvidar lo que plantea Martínez (2007) al momento de la elección de la muestra en una investigación cualitativa

... no tiene pretensiones de alta generalización de sus conclusiones, sino que, más bien, desea ofrecer resultados y sugerencias para

instaurar cambios en una institución, en una empresa, en una escuela o en un grupo o comunidad particular; aunque desde luego, al comparar varias investigaciones, se irá logrando un nivel más alto de generalizaciones. (p.54)

En este contexto, lógicamente, para delimitar la población y muestra de esta investigación fue necesario conocer el objeto de estudio. La Misión Barrio Adentro I se desarrolla en el territorio social que corresponde a los Consultorios Populares (CP), donde labora un EBS, un grupo de profesionales y técnicos cuyo trabajo consiste en garantizar la atención integral a la persona, la familia y comunidad, a través del proceso de dispensarización, la gestión participativa del plan de acción del Análisis de la Situación de Salud y el Trabajo Comunitario Integrado. Este equipo está conformado, generalmente, por un médico, una enfermera y un promotor de salud debidamente certificados por el ente rector en salud. Son los encargados de realizar o ejecutar actividades y desarrollar competencias, de acuerdo a las áreas de intervención, en materia de promoción, prevención de riesgos, enfermedades y otros daños a la salud, atención integral, rehabilitación, higiene sanitaria, docencia e investigación, así como otros aspectos que tenga a bien establecer el Sistema Público Nacional de Salud.

Por consiguiente, teniendo presente las características del estudio y dadas las limitaciones actuales por cuestiones de la pandemia de Coronavirus, se optó por enfocarlo en un único CP del municipio Sucre, tomando como informantes al EBS y sus usuarios. La selección del mismo fue considerando la cercanía y facilidad de acceso a sus instalaciones y la disposición de su personal para suministrar la información requerida. Con respecto a los usuarios, se consideró pertinente conocer la opinión de las personas que habitan en la misma zona del consultorio y otras que, si bien están en su área de adscripción, viven en un sector más alejado. En este orden de ideas, se contactaron finalmente como informantes a ocho usuarios y los tres miembros del EBS del Consultorio.

3.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información

Para recolectar la información que se requiere, el investigador puede valerse de diversidad de técnicas e instrumentos. Su selección depende del diseño que se aborde, de las fuentes de información disponibles y del método escogido. Al respecto, Martínez (2009) señala que las investigaciones cualitativas, básicamente se centran alrededor de la entrevista semiestructurada y la observación directa o participativa.

Hernández *et al.*, (2010) definen la entrevista como una “reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados)” (p.418) y aclaran que las entrevistas semiestructuradas “se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados” (p.418). Al desarrollarse de un modo más espontáneo y libre, este tipo de entrevistas permite un diálogo más profundo y rico, dando la oportunidad de conocer los hechos en toda su complejidad, captando además las actitudes, valores y formas de pensar de los entrevistados, a veces inaccesibles por otras vías.

En este sentido, conocido el objeto de estudio e identificadas las unidades de análisis, se optó por realizar entrevistas a los usuarios y al EBS del CP de la Misión Barrio Adentro I y así obtener la información necesaria para el alcance de los objetivos planteados. Además, se empleó la revisión documental como técnica que permite efectuar el acopio del material requerido para desarrollar el marco teórico que dio soporte al estudio. De esta forma se obtuvo la información teórica necesaria para comprender el objeto de estudio (Misión Barrio Adentro I) y la temática abordada (marketing social).

Definidas las técnicas, se hace imprescindible señalar cómo se realizó el registro y almacenamiento de la información obtenida, identificándose así los instrumentos empleados. Dado que en la investigación se recopiló tanto información primaria como secundaria fue preciso, por tanto, servirse de dispositivos electrónicos para el registro y almacenamiento de ésta, como fue el caso de la grabadora de sonido

y los pendrives, así como también recurrir a guías de entrevistas (ver anexos), libretas de notas y fichas.

La guía o cédula de entrevista dirigida a los miembros del EBS buscaba obtener información sobre diversos tópicos que abarcan experiencia laboral, contratación y desempeño, aspectos generales del consultorio, el modelo de atención integral, el trabajo diario y la comunidad. Por su parte, con la entrevista a los usuarios se contrastaba parte de la información suministrada por el EBS. De este modo, se tuvo una visión más amplia de la realidad estudiada permitiendo la triangulación de la información.

3.6. Procesamiento de la Información

El procesamiento de la información involucra todas las operaciones destinadas a sintetizar los datos y extraer conclusiones. Resulta imperativo entonces la edición, agrupación y categorización de la información recopilada, así como su interpretación a través de la utilización de técnicas de análisis lógicas y estadísticas. En este contexto, la información recopilada en esta investigación se procesó empleando para ello la hermenéutica como método de análisis e interpretación, logrando con ello la comprensión de las diversas categorías estudiadas.

En toda investigación es crucial la estructuración de la información recopilada integrándola en un todo coherente y lógico. Es decir, ideando una estructura lógica, un modelo o una teoría que la integre. Martínez (2009) sugiere que se desarrolle este proceso a través de cuatro actividades: a) la categorización de los contenidos, b) la estructuración propiamente dicha, c) la contrastación y d) la teorización. De esta manera se descifra lo que revelan los datos que se han recogido.

Así mismo, Martínez (2009) expone que

...para facilitar el proceso de corroboración estructural, el investigador cuenta con dos técnicas muy valiosas: la triangulación (de diferentes fuentes de datos, de diferentes perspectivas teóricas, de diferentes observadores, de diferentes procedimientos metodológicos, etc.) y las grabaciones de audio y de video, que le permitirán observar y analizar

los hechos repetidas veces y con la colaboración de diferentes investigadores. (p.88)

En este sentido, la triangulación es entendida como la contrastación de la información como mecanismo para producir resultados semejantes. Al respecto, Ander-Egg (2003) reseña que existen cuatro tipos de triangulación: de métodos, de datos, de investigadores y teórica. Para este autor, la triangulación de datos consiste en recoger datos de diferentes fuentes para contrastarlos; existiendo tres subtipos de esta forma de triangulación: de tiempo, de espacio y de personas.

Por consiguiente, la triangulación se constituye en uno de los criterios más empleados para garantizar las condiciones de validez y confiabilidad de la investigación cualitativa. Para Lewis (s.f., citado en Martínez, 2009) “la *confiabilidad* reposa sobre la multiplicidad de narradores y narraciones, la *validez*, sobre “las palabras de los personajes mismos”, y la *objetividad*, principalmente sobre la independencia de los datos con respecto al investigador” (p.214).

En este orden de ideas, se creyó conveniente realizar la triangulación de datos/personas (Equipo Básico de Salud y usuarios), a fin de contrastar sus opiniones, puntos de vista y percepciones sobre el problema y así lograr una comprensión más global del fenómeno en estudio conociendo diversas perspectivas o visiones.

3.7. Presentación de la Información

Una vez recopilada la información necesaria conviene definir la forma de presentarla: escrita, tabular o gráfica. Para esta investigación se empleó la presentación escrita y los datos obtenidos se organizaron de forma lógica, coherente, a fin de dar respuestas a las preguntas y objetivos planteados. Asimismo, fue pertinente hacer uso de cuadros, tablas, figuras y gráficas, para una mejor presentación y visualización de la información recabada, en función de su tipo: verbal y numérica.

El orden o secuencia de la presentación de la información se hizo siguiendo un esquema de trabajo previamente definido, haciendo los ajustes pertinentes, a fin de

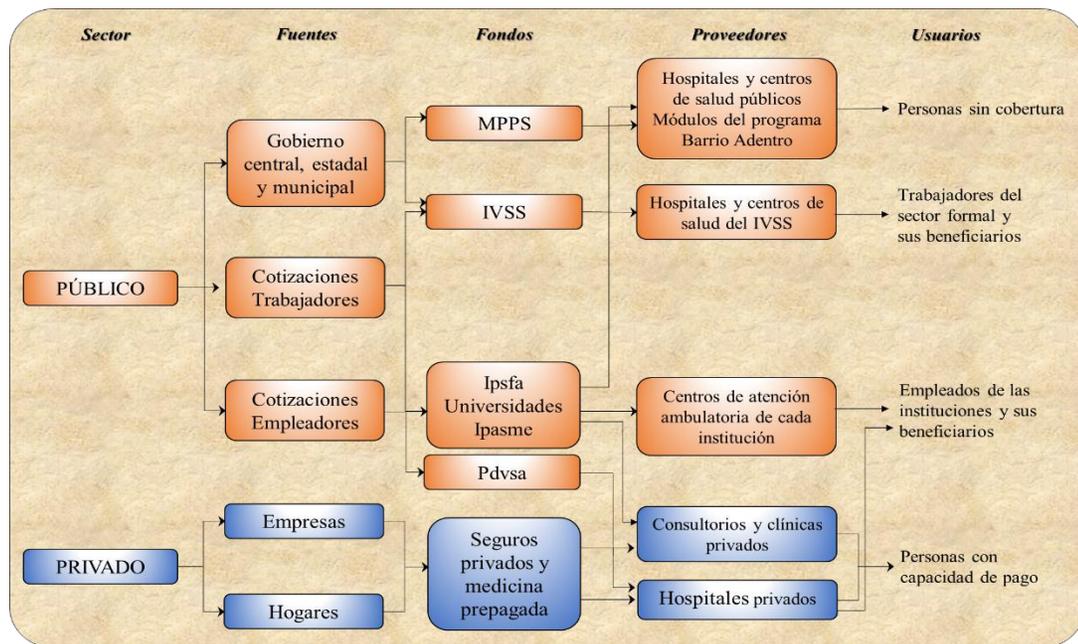
mostrarla de manera coherente, con ilación, permitiendo así una mejor comprensión de lo expuesto y la identificación clara de las partes principales y subdivisiones que conforman la estructura de este informe.

CAPÍTULO IV. CONTEXTUALIZACIÓN EMPÍRICA DEL ESTUDIO

4.1. Sistema de salud en Venezuela

La salud en Venezuela es un derecho constitucional y corresponde al Estado la responsabilidad de garantizar el acceso de toda la ciudadanía a las intervenciones y recursos necesarios para la promoción, la defensa y la recuperación de su salud a nivel individual y colectivo. El sistema de salud de Venezuela está conformado por dos sectores: público y privado (ver figura 13). El Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) debe garantizar el derecho a la salud de acuerdo a los valores y principios de humanismo, accesibilidad, universalidad, gratuidad, solidaridad, integración social, participación activa y protagónica, intersectorialidad, pertinencia cultural y lingüística, calidad, calidez, corresponsabilidad, eficiencia y eficacia. Así lo establece el Plan Nacional de Salud actual 2014-2019.

Figura 13: Sistema de Salud en Venezuela

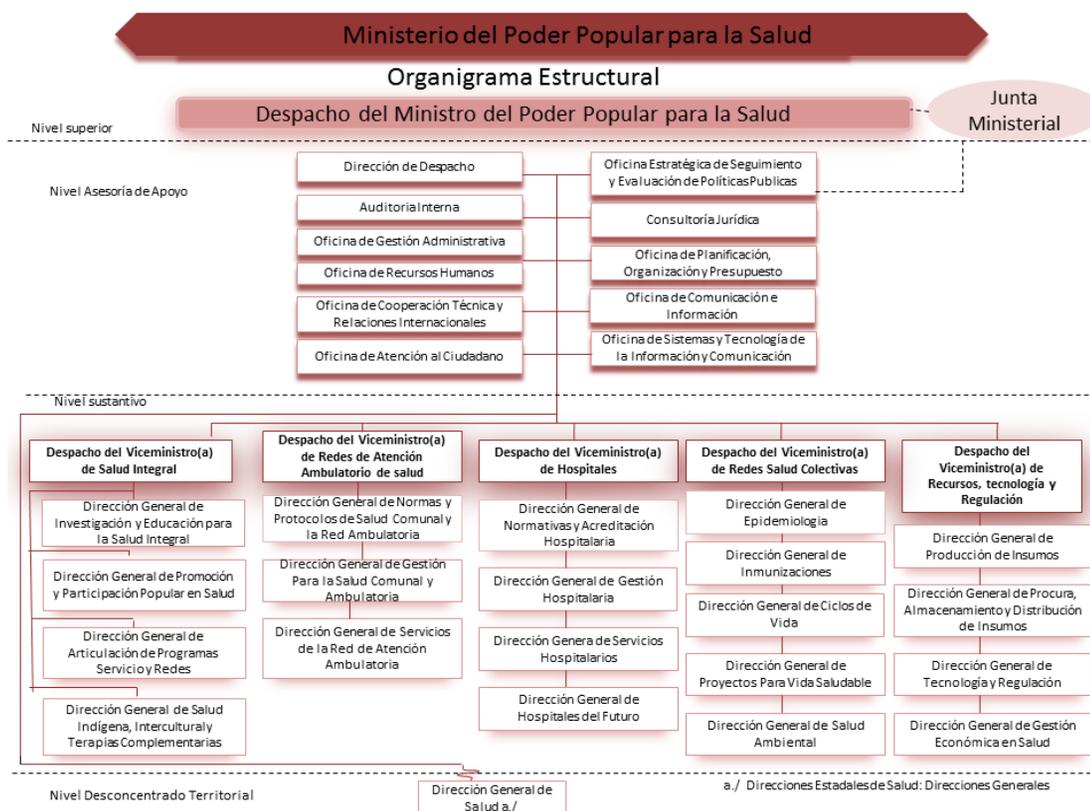


Legenda:
 MPPS: Ministerio del Poder Popular para la Salud
 IVSS: Instituto Venezolano de los Seguros Sociales
 Ipsfa: Instituto de Prevención Social de las Fuerzas Armadas
 Ipasme: Instituto de Prevención y Asistencia Social del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes
 Pdvsa: Petróleos de Venezuela

Fuente: Elaboración propia, 2021
adaptado de Bonvecchio *et al.*, 2011.

Como ente rector de este SPNS está el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), conformado por cinco Despachos de Viceministros: de Salud Integral, Redes de Atención Ambulatoria de Salud, Hospitales, Redes de Salud Colectiva y Recursos, Tecnología y Regulación (ver figura 14). A nivel estatal está organizado en 23 Direcciones Estadales de Salud y a nivel local con 94 Distritos o Municipios Sanitarios. Actualmente hay siete entidades federales (Amazonas, Cojedes, Guárico, Barinas, Portuguesa, Delta Amacuro y Vargas) que no firmaron los Convenios de Tránsito en el año 1993 y se recentralizaron Miranda y Caracas, coexistiendo gestiones de recursos centralizados y descentralizados a nivel del MPPS.

Figura 14: Organigrama estructural del MPPS



Fuente: www.mpps.gob.ve

El Plan Nacional de Salud 2014- 2019 refiere que la estructura sanitaria actual responde a un tipo de sistema de salud fragmentado, cuyos principales subsistemas públicos los conforman los establecimientos de salud adscritos al MPPS, Instituto Venezolano de Seguros Sociales (IVSS), Instituto de Prevención y Asistencia Social

del Ministerio del Poder Popular para la Educación, Cultura y Deportes (Ipasme) y Sanidad Militar (Ipsfa: Instituto de Prevención Social de las Fuerzas Armadas). Otros, como los de las gobernaciones, alcaldías, universidades y Pdvsa reciben financiamiento público y organizan los servicios de salud de manera diferente, no vinculada en red con el resto de los servicios de salud públicos. El subsector privado está estructurado de forma individual en establecimientos de atención médica de tipo hospitalaria y ambulatoria, en el cual el Estado hace grandes compras de servicios a través de las pólizas de hospitalización, cirugía y maternidad.

Como puede observarse en la figura 13, el SPNS en Venezuela está fragmentado en diversos establecimientos de atención médica que prestan servicios de atención integral de la salud de personas, familias y comunidades, abarcando actividades de prevención, promoción, restitución y rehabilitación. La actual Ley Orgánica de Salud, que data de 1998, ha contribuido a la fragmentación del sistema, ya que en su artículo 35 reseña que “los establecimientos públicos de atención médica podrá (*sic*) constituirse como entes de la administración pública Central o Descentralizada. En este último supuesto el órgano de adscripción será la gobernación correspondiente”. En este sentido, es importante recordar que, en Venezuela, para la década de los noventa, se inició un proceso de descentralización de los servicios de salud a los estados.

El artículo 83 de nuestra Constitución establece que todos los venezolanos tienen derecho a recibir atención a la salud, calificándolo como un derecho social fundamental. Para garantizar ese derecho, el artículo 84 señala que “...el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad.” Dicho sistema debe dar prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Además, la comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones

públicas de salud. La Constitución Nacional señala también que el financiamiento de este sistema es obligación del Estado (artículo 85), quien debe regular las instituciones públicas y privadas de salud del país.

A raíz de este nuevo ordenamiento jurídico en 1999, el sistema de salud de Venezuela entró en un proceso de cambio, en el cual el MPPS, como ente rector, se planteó la reestructuración del nivel central para implementar un modelo de atención integral a la población y crear un sistema que garantizara el derecho a la salud de todos los venezolanos. Así, en el año 2003, surge la Misión Barrio Adentro en búsqueda de ese modelo de atención integral. Sin embargo, a opinión de Capriles *et al.*, (2001) el proceso de creación de dicho sistema ha sido lento y aún no se ha concretado, principalmente porque no se ha promulgado la Ley Orgánica de Salud correspondiente. Hasta que no se cuente con dicha ley se mantiene la estructura del sistema de salud venezolano tradicional, altamente fragmentada en un conjunto de subsistemas y con una forma de organización inequitativa, sin universalidad de acceso a los servicios.

Esta situación es referida también por España *et al.*, (2000) quien señala que Venezuela, en los últimos años, no cuenta con un Sistema Público Nacional de Salud debidamente estructurado y que funcione como tal. Es decir, que todos sus componentes (instituciones de los diferentes niveles y las redes de servicio de atención) estén debidamente interconectadas y que interactúen, vertical y horizontalmente; que cuenten con elementos normativos que regulen su funcionamiento adecuado.

No obstante, a pesar de todos los esfuerzos realizados para mejorar el Sistema Público Nacional de Salud, los resultados no son del todo favorables, resultando más bien desalentadores. Al respecto, Ojeda (2004) afirma que en los últimos diez años en todo el país las respuestas sociales en su conjunto no han sido claras ni evidentes. En su opinión, la falta de rectoría en el sector salud, la descentralización sin una participación de la ciudadanía, serias resistencias a la integración y falta de voluntad política para elaborar una ley de salud, contribuyeron a no diseñar las políticas de

desarrollo social vinculadas al sector, con el propósito de atender las condiciones de vida y salud de la población.

4.2. Modelo de Atención Integral (MAI)²

Para garantizar el derecho a la salud, el artículo 84 de nuestro Estatuto fundamental vigente señala que “...el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social...” Dicho sistema debe dar prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Es así como, a raíz de este nuevo orden jurídico de 1999, el sistema público de salud entró en un proceso de cambio que buscaba implementar un Modelo de Atención Integral.

El MPPS (2017b) en el libro “Lineamientos rectores para la gestión de la Red de Atención Comunal de Salud (RACS) en el Área de Salud Integral Comunitaria” define el Modelo de Atención Integral (MAI) como

una construcción de la determinación social para asegurar la continuidad de la atención a la salud, con calidad y humanidad en todo el grupo familiar, resolviendo los principales problemas de salud a nivel individual y colectivo en su dimensión comunitaria, laboral, escolar y ambiental, identificando y actuando sobre los determinantes sociales de la salud, con personal formado y organizados en Equipos Básicos y Multidisciplinarios de Salud, en forma gratuita y universal.

La Atención Integral como modelo de atención, es el proceso organizado, continuo y dinámico de evaluación, intervención de manera conjunta, con un enfoque clínico, epidemiológico y social, del estado de salud de las personas, la familia y la comunidad, coordinado

² El desarrollo de este aspecto tiene su fundamentación en los libros “Lineamientos rectores para la gestión de la Red de Atención Comunal de Salud (RACS) en el Área de Salud Integral Comunitaria”, “Guía práctica de programas de salud priorizados para el Equipo Básico de Salud en la Red de Atención Comunal” y “Manual de trabajo del Equipo Básico de Salud del Consultorio Popular”, editados por el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), a través de las Direcciones Generales adscritas a los Viceministerios de Redes de Atención Ambulatoria, Salud Integral y Redes de Salud Colectiva, la Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías” (UCS), el Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldón” (IAE), Fundación Misión Barrio Adentro, Misión Médica Cubana en Venezuela y la cooperación técnica y financiera de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), en octubre de 2017.

y liderado por el Equipo Básico de Salud (EBS) del Consultorio Popular (CP). Este modelo introduce nuevas formas de gestión y estrategia de formación del talento humano, a partir del concepto de territorios sociales desde la Misión Barrio Adentro. (MPPS, 2017b, p.27)

En este sentido, de acuerdo con la “Guía práctica de programas de salud priorizados para el Equipo Básico de Salud en la Red de Atención Comunal”

el Modelo de Atención Integral establece la organización de los servicios en función de las necesidades y el vivir bien de las personas, las familias y la comunidad con el enfoque de determinación social de la salud, ciclo de vida, interculturalidad, género y territorio social para la construcción del Socialismo y el Buen Vivir. (MPPS, 2017a, p.12)

El mismo se ha consolidado en el país a partir de la introducción de la Misión Barrio Adentro en el 2003, siendo los Consultorios Populares y su territorio la unidad básica operativa para su aplicación. De allí que en esta Guía se reseñe que:

La Misión Barrio Adentro es la política del Estado base para el desarrollo del Sistema Público Nacional de Salud. El Modelo de Atención Barrio Adentro recupera el enfoque integral y comunitario (promoción, prevención y recuperación de la salud) a partir del concepto de territorios sociales. (MPPS, 2017a, p.12)

Este Modelo de Atención Integral que plantea su gestión en red, como estrategia que vincula, articula e integra a instituciones y/o personas, esfuerzos, experiencias, saberes y conocimientos para el logro de un fin común: la salud como derecho, se concreta en un sistema de redes integradas de servicios de salud (RIS) con la Red Ambulatoria Especializada a través del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de la atención médica y la gestión comunal de la salud e involucra todas las misiones sociales (Barragán *et al.*, 2012; MPPS, 2014; OPS, 2008, citados en MPPS, 2017b).

4.2.1. Redes Integradas de Salud (RIS)

Las Redes Integradas de Salud (RIS) pueden definirse

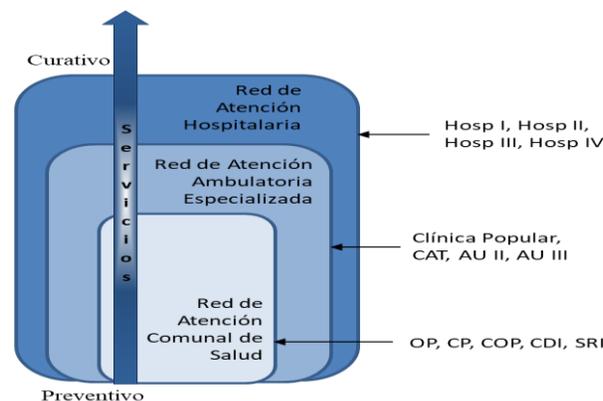
como la gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de

acuerdo con sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles de atención. (OPS, 2014, p.9, citado en MPPS, 2017b, p.30)

En este sentido, el MPPS (2017b) señala que la RIS puede identificarse como “la estructura organizativa para la prestación de servicios del Sistema Público Nacional de Salud” (p.69). Se señala también que

los establecimientos que conforman la Red Integrada de Salud se clasifican en tres redes diferenciadas: Red de Atención Comunal de Salud, Red de Atención Ambulatoria Especializada y Red de Atención Hospitalaria. La Red de Emergencia es transversal a las tres redes; constituye la segunda puerta de entrada al sistema y sus acciones se realizan a través del sistema atención pre-hospitalaria móvil, la central reguladora y los servicios de atención de emergencias en todos los establecimientos según capacidad resolutoria. A partir de la Red de Atención Comunal de Salud se establece relación con las otras redes. (MPPS, 2017b, p.69). (ver figura 15).

Figura 15: Red Integral de Salud (RIS) y sus componentes



Fuente: Elaboración propia, 2021 adaptado de MPPS, 2017a.

A continuación, se describen cada una de estas redes de atención.

4.2.1.1. Red de Atención Hospitalaria

Tal y como se establece en los “Lineamientos rectores para la gestión de la Red de Atención Comunal de salud (RACS) en el Área de Salud Integral Comunitaria”

esta red la constituyen establecimientos prestadores de servicios de atención médica primordialmente curativa, restitutiva y rehabilitadora que poseen camas de hospitalización y que cumplen con las

prioridades programáticas, normas y pautas nacionales emanadas por el Ministerio del Poder Popular para la Salud. (MPPS, 2017b, p.74)

El Decreto N° 1.798, de fecha 21 de enero de 1983, publicado en Gaceta Oficial N° 32.650, de la misma fecha, aún vigente, tipifica estos establecimientos (artículo 1) y describe las características generales y específicas que los identifican (ver cuadro 7).

Cuadro 7: Clasificación de los Hospitales por criterios de cobertura, según Decreto N° 1.798

| Tipo | Nivel de atención | Población | Número de camas |
|------|---|-----------------------------|-----------------|
| I | Primario y secundario | < 20.000 habitantes | 20-60 |
| II | Primario, secundario y algunos de nivel terciario | 20.000 a 60.000 habitantes | 60-150 |
| III | En los tres niveles clínicos | 60.000 a 100.000 habitantes | 150-300 |
| IV | En los tres niveles con proyección hacia un área regional | > 100.000 habitantes | > 300 |

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Por su parte, en los “Lineamientos rectores para la gestión de la Red de Atención Comunal de salud (RACS) en el Área de Salud Integral Comunitaria” se complementa esta tipología al puntualizar que los centros hospitalarios deben clasificarse de forma combinada según el territorio que atienden y su nivel de complejidad (MPPS, 2017b, p.74).

- Según el Territorio que atienden
 - Hospital Comunal y/o Municipal
 - Hospital Estatal
 - Hospital Regional
 - Hospital Nacional
- Según la complejidad de la asistencia
 - Hospital General: I, II, III y IV
 - Hospital Especializado: I, II y III

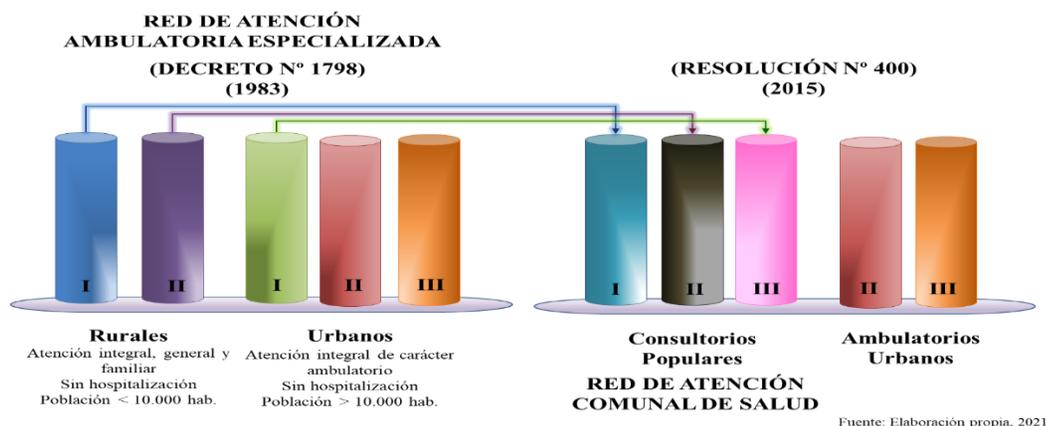
4.2.1.2. Red de Atención Ambulatoria Especializada

Esta red está definida en los “Lineamientos rectores para la gestión de la Red de Atención Comunal de salud (RACS) en el Área de Salud Integral Comunitaria” y

se concibe como el conjunto de establecimientos con especialidades médicas o quirúrgicas, que tienen capacidad resolutive suficiente para desarrollar acciones educativas, preventivas, protectoras, restitutivas y rehabilitadoras, de acuerdo a las prioridades programáticas, normas y pautas nacionales, las cuales pueden contar con servicio de observación de corta estancia. (MPPS, 2017b, p.69)

El Decreto N° 1.798, de fecha 21 de enero de 1983, reseñado en la Gaceta Oficial N° 32.650, de la misma fecha, planteaba la existencia de Ambulatorios Rurales tipos I y II, y Ambulatorios Urbanos, tipificados como I, II y III, cada uno de ellos con características muy particulares. Es preciso aclarar que, en la actualidad, los Ambulatorios Rurales tipo I y II y los Ambulatorios Urbanos tipo I fueron reclasificados a Consultorios Populares tipo 1, 2 y 3 respectivamente, según lo establecido en la Resolución N° 400, de fecha 31 de julio de 2015, publicada en Gaceta Oficial N° 40.723, de fecha 13 de agosto del 2015. Se mantienen los Ambulatorios Urbanos tipo II y III, reseñados en el Decreto N° 1.798, como establecimientos que conforman la actual Red Ambulatoria (ver figura 16). La figura 16 refleja los cambios que se han dado en la clasificación de los establecimientos de la red ambulatoria especializada de conformidad con el Decreto N° 1.798 y la Resolución N° 400.

Figura 16: Red ambulatoria especializada: clasificación



Adicionalmente, en el marco de la Misión Barrio Adentro se han venido consolidando las Clínicas Populares, Centros de Alta Tecnología (CAT), Centros de Atención Odontológica Integral, Clínicas Populares Especializadas y Clínicas Odontológicas Integrales (Centros de Misión Sonrisa), establecimientos que también forman parte de la Red de Atención Ambulatoria Especializada, tal como pudo visualizarse en la figura 15.

4.2.1.3. Red de Atención Comunal de Salud (RACS)

De acuerdo con el artículo 2 de la Resolución N° 427, de fecha 14 de agosto de 2015, publicada en Gaceta Oficial N° 40.724, de la misma fecha, se entiende por Red de Atención Comunal de Salud el primer nivel de atención médica que conforma el Sistema Público Nacional de Salud, el cual se encuentra implantado en las distintas localidades ubicadas en toda la extensión del territorio nacional.

La “Guía práctica de programas de salud priorizados para el Equipo Básico de Salud en la Red de Atención Comunal” señala que la RACS “incluye todas las acciones relacionadas con el Buen Vivir en el territorio social, se ubica la red de establecimientos de salud más cercanos a la familia y comunidad” (MPPS, 2017a, p.11). En este sentido, todos los establecimientos de salud de esta red se vinculan a los Comités de Salud, Consejos Comunales y Misiones Sociales en los procesos de producción social de la salud, el vivir bien y la contraloría social.

La conceptualización de la RACS se especifica en los “Lineamientos rectores para la gestión de la Red de Atención Comunal de salud (RACS) en el Área de Salud Integral Comunitaria” describiéndola como

el conjunto de establecimientos, servicios y acciones comunales intersectoriales del SPNS, dirigidos a garantizar el derecho a la salud de las personas, la familia y la comunidad con una atención integral.

La RACS ha sido establecida para dar cobertura del 100% a la población bajo el Modelo de Atención Integral; ampliándose el acceso a los servicios de salud, con el enfoque social que sentaron las bases de Barrio Adentro; en ella se ubican más del 90% de los centros

asistenciales del país, lo cual representa la mayor red del Sistema Público Nacional de Salud (MPPS, 2017b, p.60).

La Resolución N° 427, del 14 de agosto de 2015, Gaceta Oficial N° 40.724, de la misma fecha, puntualiza en su primer artículo los programas de salud priorizados por el MPPS que deben ser implementados por la RACS, a saber:

- Programa nacional de salud sexual y reproductiva.
- Programa nacional ampliado de inmunizaciones.
- Programa nacional de control de enfermedades transmitidas por vectores.
- Programa nacional integrado del control de la tuberculosis (Salud respiratoria).
- Programa nacional de enfermedades crónicas no transmisibles.
- Programa nacional de prevención y promoción de la salud.

Cada uno de estos programas, así como los campos de salud colectiva (ver cuadro 8) están descritos detalladamente en la “Guía práctica de programas de salud priorizados para el Equipo Básico de Salud en la Red de Atención Comunal”.

Cuadro 8: Campos de salud colectiva y programas priorizados

| Campos de salud colectiva | Problemas priorizados |
|--------------------------------------|--|
| Salud sexual y reproductiva | Sexualidad segura y placentera |
| | Anticoncepción y prevención del Embarazo en Adolescentes |
| | ITS, VIH/SIDA |
| | Cáncer |
| Salud de niños, niñas y adolescentes | Ruta materna, maternidad |
| | Atención al Recién Nacido/a |
| | Riesgo en hábitos de alimentación Adolescentes |
| Salud cardiovascular | Riesgo de Suicidio en Adolescentes |
| | Hipertensión arterial |
| Enfermedades endocrino-metabólicas | Diabetes tipo I |
| | Diabetes tipo II |
| | Diabetes gestacional |
| | Obesidad |
| Salud respiratoria | Tuberculosis (TB) |

| Campos de salud colectiva | Problemas priorizados |
|--|--|
| Enfermedades transmisibles y salud ambiental | Síndrome febril agudo |
| | Arbovirosis |
| | Malaria |
| | Diarrea Aguda |
| | Geohelminthiasis |
| Salud mental | Salud Ambiental |
| | Promoción de Salud Mental |
| | Atención Integral de Trastornos Mentales Rehabilitación de Base Comunitaria |

Fuente: Guía práctica de programas de salud priorizados para el Equipo Básico de Salud en la Red de Atención Comunal/ MPPS, 2017a, p.23

En la Resolución N° 400, de fecha 31 de julio de 2015, publicada en Gaceta Oficial N° 40.723, de fecha 13 de agosto del 2015, se establece la clasificación de los establecimientos que conforman el SPNS, los cuales constituyen el primer nivel de atención médica e instauran la Red de Atención Comunal de Salud (ver figura 17). Esta misma Resolución, en sus artículos 3, 4 y 5, reclasifica los Ambulatorios Rurales tipo I a Consultorios Populares tipo 1; los Ambulatorios Rurales tipo II a Consultorios Populares tipo 2 y los Ambulatorios Urbanos tipo I a Consultorios Populares tipo 3 respectivamente, tal y como fue señalado anteriormente en el punto sobre Red de Atención Ambulatoria Especializada.

Figura 17: Red de Atención Comunal de Salud



Fuente: Elaboración propia, 2021

La organización geográfica y poblacional de la RACS está referenciada por las Áreas de Salud Integral Comunitaria (ASIC).

4.2.2. Área de Salud Integral Comunitaria (ASIC)

Como se planteó supra, las Redes de Atención Comunitaria de Salud y las Redes de Atención Ambulatoria Especializada están referenciadas por las Áreas de Salud Integral Comunitaria (ASIC). De acuerdo con la “Guía práctica de programas de salud priorizados para el Equipo Básico de Salud en la Red de Atención Comunal” las ASIC

son territorios geopolíticos y sociales para la participación protagónica del Poder Popular en articulación con las instituciones públicas, para la toma de decisiones, en el diseño, planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas en salud, orientados al Buen Vivir, bajo los preceptos constitucionales. (MPPS, 2017a, p.11)

En los “Lineamientos rectores para la gestión de la Red de Atención Comunal de salud (RACS) en el Área de Salud Integral Comunitaria” se presenta al ASIC como (ver figura 18)

la unidad básica de integración del SPNS que se constituye dentro de un territorio social, conformado por todas las instituciones que hacen parte de la red de salud comunal, sean estas sociales, asistenciales, docentes, investigativas, tecnológicas, entre otras, basadas en la estrategia de Barrio Adentro, priorizando la promoción de salud y prevención de enfermedades, sin descuidar las acciones para la curación y la rehabilitación a través de las cuales se promueven las transformaciones de las condiciones de vida de población para la Suprema Felicidad Social. (MPPS, 2017b, p.33)

Figura 18: Esquematización del Área de Salud Integral Comunitaria

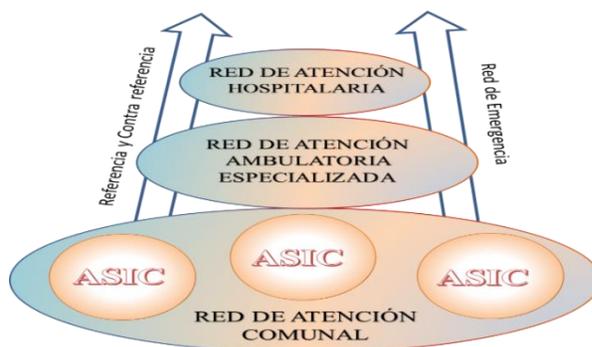


Fuente: Elaboración propia, 2021 adaptado de MPPS, 2017a.

Las actividades se coordinan en la Red de Atención Comunal de Salud (RACS), mediante un modelo de atención y un modo de gestión integral, adaptadas de acuerdo a las condiciones de cada lugar de forma interinstitucional e intersectorial y con la participación activa y protagónica de la comunidad, quien ejerce el Poder Popular (ver figura 19).

El ASIC viene a ser el resultado de la determinación social para proteger el derecho a la salud; surge por primera vez, en el 2005, como parte del proceso organizativo de Barrio Adentro, con el propósito de evaluar, analizar, controlar e intervenir situaciones de salud dentro de los Consultorios Populares (CP), ubicados en un territorio definido, con un Centro de Diagnóstico Integral (CDI) y/o una Sala de Rehabilitación Integral (SRI). (MPPS, 2017b, p.34)

Figura 19: El Área de Salud Integral Comunitaria (ASIC) en la Red Integrada de Salud (RIS)



Fuente: Elaboración propia, 2021 adaptado de MPPS, 2017a.

De acuerdo a lo establecido en los “Lineamientos rectores para la gestión de la Red de Atención Comunal de salud (RACS) en el Área de Salud Integral Comunitaria” en el ASIC se desarrollan dos tipos de procesos, a saber: a) asistencia-docencia y b) investigación y sistema de información en salud. En este sentido, el ASIC debe contar con un espacio físico de coordinación y dirección, donde se gestionen y se consoliden todas las informaciones de las actividades que se generan desde y hacia los centros asistenciales que la conforman.

En el año 2014, con la promulgación de la Ley del Plan de la Patria, Segundo Plan Socialista de Desarrollo Económico y Social de la Nación año 2013-2019 se sancionan las leyes que las sustentan, tal y como lo expone el objetivo 2.2.10.11 que

establece “articular todos los niveles de protección, promoción, prevención, atención integral y rehabilitación a la salud individual y colectiva en el marco de las Áreas de Salud Integral Comunitarias” (p.74), según se refiere en los “Lineamientos rectores para la gestión de la Red de Atención Comunal de salud (RACS) en el Área de Salud Integral Comunitaria” (MPPS, 2017b, p.34)

4.2.3. Consultorio Popular (CP)

El “Manual de Trabajo del Equipo Básico de Salud del Consultorio Popular” establece que el Consultorio Popular (CP)

es el establecimiento de salud del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) que constituye la unidad fundamental y primordial a partir de la cual se coordinan las acciones del Modelo de Atención Integral a las personas, las familias, la comunidad, el medio ambiente, el medio laboral y el medio escolar, entre otros. (MPPS, 2017c, p.31)

De acuerdo con los “Lineamientos rectores para la gestión de la Red de Atención Comunal de salud (RACS) en el Área de Salud Integral Comunitaria” el CP

es el establecimiento donde el trabajo del Equipo Básico de Salud (EBS) se proyecta a la comunidad. De este modo, Consultorio Popular y comunidad constituyen el escenario docente-asistencial para la formación del talento humano en el SPNS, entre ellos Médicos Integrales Comunitarios (MIC), especialistas en Medicina General Integral (MGI), Enfermeros/as Integrales Comunitarios y otros programas de formación.

Desde el Consultorio Popular se brindan servicios integrales e interculturales de salud por ciclos vitales individuales y colectivos a través de la promoción, la prevención, la restitución y rehabilitación para la Salud al 100% de la población adscrita. Se resuelven los problemas de salud identificados con la participación activa y protagónica de la comunidad organizada en Comités de Salud. Su actividad fundamental es el proceso de dispensarización donde se incluye el Trabajo Comunitario Integrado (TCI) para la atención integral a la persona, la familia y la comunidad; así como la elaboración y ejecución del Plan de Acción del Análisis de la Situación de Salud por medio del cual da solución a los problemas. (MPPS, 2017b, p.61)

En el CP como principal escenario de atención y formación integral se cumplen cuatro procesos básicos, que se describen en el “Manual de Trabajo del Equipo Básico de Salud del Consultorio Popular”, a saber: a) asistencia-docencia, b) investigación, c) administrativos, y d) participación protagónica del poder Popular. Estos procesos básicos, de conformidad con la “Guía práctica de programas de salud priorizados para el Equipo Básico de Salud en la Red de Atención Comunal”, permiten definir las principales actividades que se desarrollan en un CP.

El “Manual de Trabajo del Equipo Básico de Salud del Consultorio Popular” describe de forma general las características del CP, mientras que la Resolución N° 400, publicada en Gaceta Oficial N° 40.723, de fecha 13 de agosto del 2015, es más explícita, tal como puede visualizarse en el cuadro 9.

Cuadro 9: Clasificación de los Consultorios Populares, según Resolución N° 400

| Tipo | Responsabilidad Poblacional | Servicios | Personal |
|-------------|---|---|--|
| CPT1 | Hasta 1000 personas o 200 familias | Promoción para la salud, inmunizaciones y actividades de prevención de enfermedades | Promotor de Salud |
| CPT2 | Entre 1000 y 2500 personas o 200 y 500 familias (preferible 1250 personas o 250 familias) | Los mismos servicios del CPT1 Atención médica general integral y comunitaria, cuidados básicos de enfermería y atención al medio escolar, laboral y ambiental | 1 Equipo Básico de Salud (EBS) |
| CPT3 | > 2500 personas y > 500 familias | Los mismos servicios del CPT2 Existe una unidad o servicio de odontología comunitaria y medios diagnósticos básicos dentro del centro o en su área de influencia | De 1 a 3 EBS Otro personal de salud |

Fuente: Elaboración propia, 2021.

En resumen, todos los CP brindan atención primaria y conforman la Misión Barrio Adentro I, desarrollando una función primordialmente preventiva. Estos establecimientos están adscritos a un ASIC (ver figura 18) y se organizan en Núcleos de Atención Integral de Salud (NAIS)³.

³ El NAIS es la unidad organizativa funcional básica del ASIC, con características asistenciales, docentes y de investigación para una atención integral a la salud de la persona, la familia y la comunidad, al complementar las acciones de los profesionales de la salud y de otras misiones

4.2.4. Equipo Básico de Salud (EBS)

El “Manual de Trabajo del Equipo Básico de Salud del Consultorio Popular” define el Equipo Básico de Salud (EBS) como

un grupo de profesionales y técnicos, cuyo trabajo consiste en garantizar la atención integral a la persona, la familia y comunidad, a través del proceso de dispensarización, la gestión participativa del plan de acción del Análisis de la Situación de Salud y el Trabajo Comunitario Integrado, en el territorio social que corresponde a su Consultorio Popular. (MPPS, 2017c, p.51)

De conformidad con este Manual de Trabajo, el EBS cumplirá una serie de actividades asignadas a cada uno de sus integrantes, desarrollando competencias, de acuerdo a las áreas de intervención, lo que permite identificar sus funciones, componentes de la atención integral (ver cuadro 10).

Cuadro 10: Componentes de la Atención Integral

| |
|--|
| Promoción de la salud |
| Prevención de riesgos, enfermedades y otros daños a la salud |
| Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno |
| Rehabilitación |
| Control higiénico sanitario ambiental |
| Social |
| Docencia (*) |
| Investigación (*) |

Nota: * Componentes estipulados para el funcionamiento de las ASIC contemplados en el Plan de la Patria y con enfoque intercultural.

Fuente: Manual de Trabajo del Equipo Básico de Salud del Consultorio Popular/ MPPS, 2017c, p.74

Este equipo de trabajo está integrado por un médico, preferiblemente Especialista en Medicina General Integral (MGI), un enfermero(a), preferiblemente Enfermero(a) Integral Comunitario y un promotor(a) de salud, sea agente comunitario de salud, defensor de la salud, trabajador social o sociólogo, debidamente certificado por el ente rector en salud (MPPS). Este equipo, liderado por el médico, es la célula

sociales; en el NAIS se agrupan hasta doce (12) Equipos Básicos de Salud. En el ASIC pueden confluir uno o más NAIS dependiendo del número de Equipos Básicos de Salud que allí laboren. (“Lineamientos rectores para la gestión de la Red de Atención Comunal de salud (RACS) en el Área de Salud Integral Comunitaria”, MPPS, 2017b, p.37)

básica para el desarrollo del trabajo planificado del consultorio y debe cumplir funciones docentes-asistenciales, administrativas e investigativas.

Asimismo, este Manual de Trabajo señala que el horario de atención establecido para el EBS es de 8 horas diarias (de 8:00 am a 4:00 pm) de lunes a viernes y que debe organizar sus actividades de acuerdo a las necesidades de la población que atiende; adicionalmente a este horario, el EBS realizará las guardias establecidas según planificación de guardia del ASIC o el NAIS. Cabe destacar que el concepto de pre y postguardia no existe en la administración pública nacional, y no es una norma establecida por el MPPS. Los miembros del EBS asistirán a jornadas de Trabajo Comunitario Integrado (TCI), las cuales podrán estar contempladas dentro de su horario de trabajo o los días sábado dentro del concepto de trabajo voluntario o en ejercicio docente, bajo la coordinación de su ASIC y NAIS. La asistencia a TCI será tomada muy en cuenta a la hora de calificar como excepcional a cada miembro del EBS.

4.2.5. Comités de Salud y Consejos Comunales

Es preciso reseñar que todos los establecimientos de salud de la Red de Atención Comunal (RACS) se vinculan a los Comités de Salud, Consejos Comunales y Misiones Sociales en los procesos de producción social de la salud, el vivir bien y la contraloría social. Así, el Equipo Básico de Salud de los Consultorios Populares deberá trabajar de forma coordinada con los líderes de la comunidad organizada. De este modo, el Poder Popular -organizado en Comités de Salud y otras organizaciones comunales de salud- a través de la participación directa y la contraloría social, forma parte del equipo de cogestión del Consultorio Popular.

La organización del Poder Popular se define en la Ley Orgánica de los Consejos Comunales (2009), publicada en Gaceta Oficial N° 39.335, del 28 de diciembre de 2009, donde se regula la constitución, conformación, organización y funcionamiento de estas instancias.

Esta Ley describe, en su artículo 2, a los Consejos Comunales, en el marco de la democracia participativa y protagónica, como instancias de participación, articulación e integración entre los ciudadanos y las diversas organizaciones comunitarias, movimientos sociales y populares, que permiten al pueblo organizado ejercer el gobierno comunitario y la gestión directa de las políticas públicas y proyectos orientados a responder a las necesidades, potencialidades y aspiraciones de las comunidades, en la construcción del nuevo modelo de sociedad socialista de igualdad, equidad y justicia social (ver también artículo 15 de la Ley Orgánica del Poder Popular, 2010).

Asimismo, esta norma jurídica plantea que deben constituirse Comités de trabajo, conformados por el colectivo o grupo de personas organizadas para ejercer funciones específicas, atender necesidades en distintas áreas de trabajo y desarrollar las aspiraciones y potencialidades de su comunidad. Destacan dentro de estos colectivos, los llamados Comités de Salud.

El Comité de Salud es una organización de base comunitaria que promueve y facilita la participación colectiva de la población en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución, control social y evaluación de las políticas en salud. Se inicia desde todos los centros de salud, como el Centro de Atención Integral (CDI), Salas de Rehabilitación Integral (SRI), hospitales, y por la propia iniciativa de las personas en sus comunidades, en función del desarrollo integral en el ámbito ciudadano y colectivo. De conformidad a la Ley Orgánica de los Consejos Comunales, el Comité de Salud forma parte de los equipos de trabajo del Consejo Comunal, y representa la organización de base comunitaria que facilita la participación colectiva de la población en la planificación, ejecución, control social y evaluación de las actividades de salud y calidad de vida desarrolladas por los organismos del Sistema Público Nacional de Salud. Su objetivo principal es promover e impulsar acciones en pro de contribuir a la consecución colectiva de salud y calidad de vida de la comunidad a la que representa, apoyándose en acciones participativas de cogestión y corresponsabilidad con los órganos de la administración pública establecidos en el sector salud para tal fin, impulsando el funcionamiento de

una red social organizada cuyo componente básico es el ejercicio de la contraloría social (Página web <http://www.mpps.gob.ve>).

En consonancia a lo antes expuesto, la Resolución N° 134, de fecha 14 de abril de 2015, publicada en Gaceta Oficial N° 40.708, de fecha 22 de julio de 2015, establece que los Comités de Salud quedan facultados para ejercer la contraloría social sobre todas las instancias y niveles político-territoriales de la red de establecimientos, servicios y programas de salud, promoviendo un modelo de gestión humanizada, transparente y participativa, en la cual el pueblo participe de manera activa y protagónica en el control de la gestión de salud. El artículo 2 de esta Resolución, refiere las atribuciones que tienen los Comités de Salud, y lo concerniente a las funciones de contraloría social se definen en el artículo 3.

Lo planteado en esta Resolución deja en evidencia la importancia de estas instancias como mecanismos de participación para el ejercicio directo de la soberanía popular y su relación con los órganos y entes del Poder Público para la formulación, ejecución, control y evaluación de las políticas públicas, así como los planes y proyectos vinculados al desarrollo comunitario.

4.2.6. Metodología para gestionar el Modelo de Atención Integral

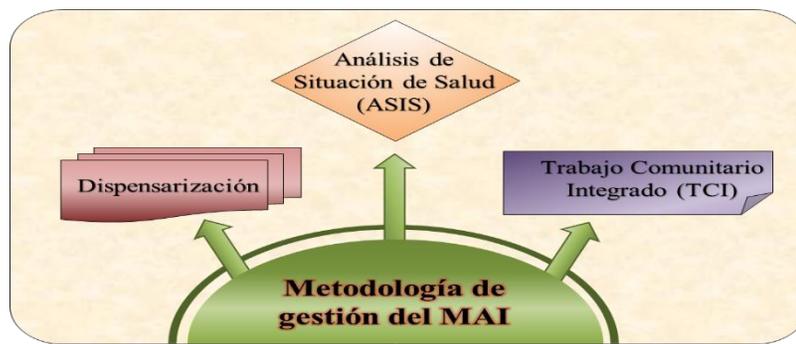
Ahora bien, para que todo este modelo de atención integral funcione es preciso gestionar una metodología de trabajo fundamentada en tres aspectos. De acuerdo con los “Lineamientos rectores para la gestión de la Red de Atención Comunal de salud (RACS) en el Área de Salud Integral Comunitaria”

la Dispensarización, el Análisis de Situación de Salud (ASIS) y el Trabajo Comunitario Integrado (TCI), son las metodologías contempladas para la gestión de los principales procesos del MAI por los Colectivos de Dirección del Área de Salud Integral Comunitaria (ASIC) y de los Equipos Básicos de Salud (EBS) del Consultorio Popular (CP). (MPPS, 2017b, p.31)

Estas metodologías (ver figura 20) se aplican en la búsqueda del mejoramiento de los determinantes de la salud y la calidad de vida de la población. Su cumplimiento, por parte del Equipo Básico de Salud de los Consultorios Populares, es

primordial. Se debe tener presente que son los Consultorios Populares y su territorio la unidad básica operativa para su aplicación. A continuación, una breve descripción de cada una de estas metodologías.

Figura 20: Metodología de gestión del MAI



Fuente: Elaboración propia, 2021

4.2.6.1. Dispensarización

De acuerdo a Batista *et al.*, (2001, citados en MPPS, 2017b)

la dispensarización representa el centro de la labor a desarrollar por el EBS y a partir de éste se despliega la estrategia de atención ambulatoria del individuo en la comunidad. Se construye aplicando el método clínico epidemiológico de colecta de información, diagnóstico, clasificación, intervenciones, seguimientos y cambios en la situación de salud-enfermedad. (p.31)

El “Manual de Trabajo del Equipo Básico de Salud del Consultorio Popular” la conceptualiza como

un proceso mediante el cual se garantiza la salud a las personas, la familia, la comunidad y los escenarios colectivos con esfuerzo conjunto entre el Estado y la población. Es un proceso continuo y dinámico, que permite la evaluación e intervención planificada y programada, liderado y coordinado por el responsable del Equipo Básico de Salud, sobre la situación de salud de personas y familias, tomando en cuenta a la comunidad y demás escenarios donde convive la población de forma colectiva. (MPPS, 2017c, p.97)

Este Manual establece que la dispensarización se desarrolla por medio de acciones organizadas en cuatro fases:

- a) *Censo o registro*: Es la colecta de información relacionada a las características socio-demográficas de todas las personas que atiende el Equipo Básico de Salud, a nivel individual y agrupadas por familias.
- b) *Evaluación*: Consiste en la evaluación periódica del estado de salud-enfermedad de las personas y las familias basada en el análisis de los determinantes sociales y en la aplicación del método clínico, del método epidemiológico con enfoque social y la estratificación de los riesgos, daños y discapacidades según edad y sexo.
- c) *Acciones o actuaciones*: Es la utilización de medidas para promover salud, evitar daños, tratando de modificar positivamente o eliminar cualquier condición que pueda favorecer la enfermedad, la aplicación de procedimientos y acciones educativas o terapéuticas donde puede estar o no la prescripción de medicamentos, estableciendo estrategias de intervención tanto preventivas como curativas y rehabilitadoras sobre la salud de las personas. Considera también la intervención familiar pudiendo ser esta educativa o terapéutica.
- d) *Seguimiento*: Es continuo y dinámico, el EBS realiza ajustes sistemáticos en la planificación de la atención y las intervenciones, tomando en consideración a las constantes variaciones en el estado de salud de las personas que atiende y la respuesta a las medidas previamente aplicadas. (MPPS, 2017c, pp.98-100)

4.2.6.2. Análisis de Situación de Salud (ASIS)

El “Manual de Trabajo del Equipo Básico de Salud del Consultorio Popular” conceptualiza el Análisis de Situación de Salud (ASIS) como

una práctica necesaria en la atención integral de salud, que persigue identificar las características socio-psicológicas, económicas, históricas, geográficas, culturales y ambientales que inciden en la salud de la población, así como los problemas de salud que presentan los ciudadanos, las familias y la comunidad en su conjunto, para desarrollar acciones que contribuyan a su transformación tanto personal como colectiva. (MPPS, 2017c, p.119)

Para Añez *et al.*, (2010) el ASIS “es una herramienta que busca transformar la complejidad de los determinantes y condicionantes de la salud en sus múltiples dimensiones, para mejorar el estado de salud y calidad de vida de la población” (p.7). De allí que se plantee que tiene, metodológicamente, cuatro grandes propósitos:

1. Caracterizar el perfil de salud de la población, incluyendo el acceso a la atención y las inequidades en salud;
2. Evaluar las necesidades de salud no satisfechas y facilitar la identificación de prioridades de salud;
3. Generar evidencia para la formulación de estrategias de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades y la evaluación de su pertinencia, eficacia e impacto; y
4. Fortalecer las capacidades predictivas y resolutorias de la gestión sanitaria, apoyando la construcción de escenarios prospectivos de salud.

Lo que permite afirmar que el ASIS representa

un instrumento científico, metodológico aplicativo para identificar, priorizar y solucionar problemas comunitarios. En este sentido, se puede acotar que los ASIS vienen a ser en realidad el análisis de los perfiles de necesidades y problemas jerarquizados por diferentes actores sociales que interactúan cotidianamente en el seno de las instituciones. Su finalidad es conocer cuáles son los problemas de salud concretos de la comunidad, lo que implica la medición del nivel de salud de la población y el estudio de los factores que condicionan el nivel de salud. (Añez *et al.*, 2010, p.11)

Según Añez *et al.* (2010) en la elaboración de un ASIS se identifican dos etapas:

- a) Búsqueda de información e interpretación de los datos: Diagnóstico de la Situación de Salud.
- b) Análisis con los actores sociales para precisar necesidades sentidas de salud, el cual se realiza a través de la identificación y priorización de los problemas de salud.

Asimismo, estos autores señalan que pueden realizarse tres tipos de ASIS, a saber: a) institucional, b) con participación de las comunidades o diagnóstico comunitario y c) mixto.

Los autores resaltan que es recomendable ajustar la metodología a cada uno de estos niveles. Así, por ejemplo, para un ASIS Local deberá obtenerse la data estadística por encuesta o censo local, ya que estos datos no son recogidos a este nivel por el Sistema de Salud y el resto de la información en reuniones con la comunidad en estudio. Mientras que en el caso de un ASIS Nacional o Regional, la data estadística se tomará de las Direcciones Regionales de Salud, del Instituto Nacional de Estadística (INE) y otras Instituciones prestadoras de servicio, entre tanto que la búsqueda y priorización de problemas comunitarios deberán hacerse en las comunidades emblemáticas o a estudiar, de la región o nación.

Por consiguiente, para Añez *et al.*, (2010) el ASIS es concebido como una metodología para la planificación y gestión de la salud, que se operacionaliza mediante la recolección de la información en la comunidad, las familias, las personas, el modo de vida, las condiciones de vida y las determinantes de la salud. Para ello es necesaria la intervención de los trabajadores de los centros de salud, líderes comunitarios, consejos comunales u otra organización existente en la comunidad. De este modo, se identifican un conjunto de problemas que se discuten con la comunidad, se priorizan y se convierten en objetos de intervención para ser modificados mediante un plan de acción integral.

En este orden de ideas, para estos autores, el ASIS constituye el instrumento de diagnóstico que permite acercarse a la identificación de los problemas de salud, haciendo hincapié en los determinantes sociales, sobre los cuales el sector de la salud y las comunidades pueden influir para mejorarlos y modificarlos, y así evitar la enfermedad. En este sentido, se recomienda ampliamente que el EBS y las comunidades participen activamente en su construcción, dando a conocer la verdadera situación de salud que presentan.

4.2.6.3. Trabajo Comunitario Integrado (TCI)

De acuerdo con la Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías” (2016, citado en MPPS, 2017b)

el Trabajo Comunitario Integrado (TCI) es un conjunto de acciones integrales, planificadas, organizadas e intersectoriales en materia de salud colectiva, en las cuales participan en equipo los distintos perfiles que laboran en la Misión Barrio Adentro en articulación con el sistema de misiones de su ASIC y los voceros o voceras sociales, para dar respuesta a los problemas específicos y generales de cada persona, familia y comunidad, es un espacio asistencial y de formación. (p.32)

Las características que distinguen este TCI están descritas en los “Lineamientos rectores para la gestión de la Red de Atención Comunal de salud (RACS) en el Área de Salud Integral Comunitaria” e incluyen:

- Se puede organizar desde el ASIC para priorizar familias, sectores o comunidades con problemas detectados en el Análisis de la Situación de Salud (ASIS) del ASIC o desde el Consultorio Popular para dar solución a los problemas del ASIS en todo su territorio.
- Se organiza desde el ASIC por el Coordinador de Asistencia-Docencia y participa cualquier trabajador de la salud del ASIC y demás trabajadores de las misiones sociales.
- Se organiza desde el Consultorio Popular por el Coordinador del Centro y participa cualquier trabajador de Equipo Básico de Salud y demás trabajadores de las misiones sociales.
- Utiliza como ruta la visita integral a la familia, la cual constituye una actividad que propicia la atención integral y la docencia a través de las acciones intersectoriales.
- Hace énfasis en la aplicación del método clínico y epidemiológico con enfoque social.

- Permite que se implementen diferentes modalidades de la práctica docente como: la familiarización en los servicios de Barrio Adentro, la consulta médica, la discusión de caso clínico, la visita de terreno y el pase de visita domiciliario.
- No sustituye la actividad de la dispensarización, la consulta médica, la discusión de caso clínico, la visita de terreno y el pase de visita domiciliario, entre otros, como trabajo cotidiano del Equipo Básico de Salud. (MPPS, 2017b, pp.78-79)

4.3. Misión Barrio Adentro, como objeto de estudio

La Misión Barrio Adentro originalmente nació como parte de un amplio proceso de desarrollo comunitario endógeno de las zonas más deprimidas del municipio Libertador de la ciudad de Caracas, pero acabó convirtiéndose en un intento de construir una alternativa bolivariana al sistema público sanitario a nivel nacional. En este sentido, la Misión Barrio Adentro no se inicia como un proyecto de salud, sino como un proyecto social de desarrollo comunitario, con una fuerte participación y protagonismo ciudadano. Así, tras su extensión a nivel nacional, la Misión Barrio Adentro va transformándose en el motor del proyecto de construcción de un sistema nacional de asistencia sanitaria alternativo al existente (Segura, 2012).

4.3.1. Origen y Objetivos de la Misión Barrio Adentro

En Venezuela, a partir de 1999 se inició un ajuste marcado al sistema de salud con el fin de establecer a la salud como un derecho fundamental garantizado por el Estado, en un contexto de amplia participación de comunidades organizadas y en cooperación internacional “Sur-Sur”. Así, se emprendieron cambios profundos en las políticas públicas que, en el caso específico de la atención en salud, consistieron en los pasos preparatorios para la creación de un nuevo sistema. De allí que se precisó la implementación de un nuevo modelo integral de atención, lo que cambió la organización de la atención primaria previa por grupos de edad, procedimientos y especialidades médicas a un nuevo orden orientado alrededor de las necesidades de los pacientes. Asimismo, se adoptó el enfoque preventivo de la salud, transfiriendo el énfasis del aspecto curativo de la práctica médica a la prevención de las enfermedades

y la promoción de la salud (Muntaner *et al.*, 2008). En este orden de ideas surge Barrio Adentro.

Como programa, Barrio Adentro tiene su origen en la actuación del personal médico cubano, durante la tragedia del Estado Vargas en diciembre de 1999. A raíz de esta experiencia, la Alcaldía del Municipio Libertador suscribe un Convenio con la República de Cuba para implementar otra experiencia similar, una especie de proyecto piloto, en los Barrios de Caracas, donde se encuentran las clases más desposeídas en situación de vulnerabilidad social y económica. Es así como en abril de 2003, 58 médicos cubanos especializados en Medicina General Integral (una forma de medicina familiar) se establecieron en varios barrios periféricos de Caracas con el fin de otorgar atención primaria en salud. El equipo de salud debía vivir en el mismo barrio en el que trabajaba; en este sentido, los médicos fueron hospedados en viviendas provistas de manera voluntaria por miembros de la comunidad. Además, la comunidad escogía a un asistente (llamado Defensor de la salud) quien era entrenado por el Ministerio de Salud para brindar apoyo básico a los doctores (Muntaner *et al.*, 2008).

El apoyo brindado por parte de grupos comunitarios organizados junto con el equipo del ayuntamiento de Libertador y la Misión Médica Cubana, permitió la elaboración de planes de trabajo para los doctores y un sondeo de las condiciones de vida de la comunidad.

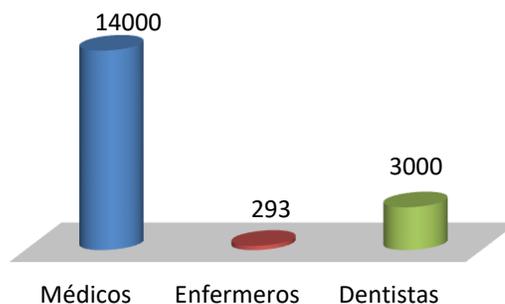
Este plan se extiende luego, al Municipio Sucre del estado Miranda y al estado Zulia; más tarde, el resto de los Municipios de Miranda, los estados Barinas, Lara, Trujillo y Vargas inician la experiencia. En septiembre de 2003, una vez que el programa piloto fue evaluado y considerado un éxito, el presidente Chávez bautizó al programa con el nombre de Misión Barrio Adentro y lo convirtió en un plan nacional, delineando sus funciones principales destacando que ellas serían cumplidas por una cantidad creciente de médicos cubanos. La Coordinación Nacional de Atención Primaria del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), asume conjuntamente con la Comisión Médica Cubana en Venezuela, la implantación de Barrio Adentro en

los estados restantes. De esta forma se constituyen las Coordinaciones Regionales de Barrio Adentro con la participación de diferentes organismos, coordinada por el representante del anterior MSDS. La expansión de Barrio Adentro a nivel nacional se llevó a cabo en el año 2004.

Barrio Adentro se define entonces como una iniciativa dirigida a la satisfacción de los requisitos de salud como un derecho social a través de un sistema de salud público. Además, está sostenido por los principios de equidad, universalidad, accesibilidad, solidaridad, administración multisectorial, sensibilidad cultural, participación social y justicia. Para la creación y el desarrollo de esta iniciativa es valorada como fundamental la participación de la comunidad. Asimismo, con el fin de facilitar el desarrollo del programa, en diciembre de 2003, (oficialmente inaugurado en enero de 2004) se estableció el Comité presidencial multisectorial “Misión Barrio Adentro”. Este Comité (administrado por la Asociación Civil Oro Negro) era responsable de la implementación y la coordinación del programa de Atención Primaria en Salud, junto con la participación de los Ministerios de Salud, Trabajo, Energía, Defensa, el presidente de Petróleos de Venezuela, S.A. (Pdvsa), el del Frente Francisco de Miranda (una organización de defensores de derechos sociales) y los alcaldes de dos municipalidades de Caracas: Sucre y Libertador (Muntaner *et al.*, 2008).

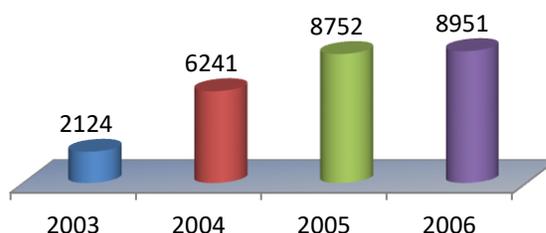
Durante esta fase inicial de la Misión Barrio Adentro, los esfuerzos estuvieron concentrados en la creación de centros médicos, el otorgamiento de vivienda para los médicos, la conducción de censos de las comunidades correspondientes a cada centro, la caracterización de las condiciones de vida en cada comunidad y la reorganización de la participación comunitaria a través de la formación de comités sanitarios. Las gráficas siguientes muestran el número de cubanos empleados como personal médico (ver gráfica 1) y el incremento de los Comités de salud (ver gráfica 2).

Gráfica 1: Número de cubanos empleados como personal médico, 02/05/2005



Fuente: Elaboración propia, adaptado de Muntaner *et al.*, 2008, p.311.

Gráfica 2: Número de comités de salud. Abril 2003 – mayo 2006



Fuente: Elaboración propia, adaptado de Muntaner *et al.*, 2008, p.312.

Uno de los problemas que tiene el sistema público de salud venezolano es la falta de médicos (lo que habrá justificado la “importación” de médicos cubanos), no sólo en el nivel de atención primaria, sino en los hospitales públicos (Segura, 2012). Según D’Elia (2008, citado en Transparencia Venezuela, 2015) se fue ampliando notoriamente el grupo de médicos cubanos y ya para el año 2000 existían alrededor de 5000 médicos cubanos en Venezuela y en 2007 llegaron a ser más de 16000. Actualmente se desconoce la cifra de dichos funcionarios de salud, dado que se han producido fugas y sanciones que nadie conoce de manera precisa.

Patruyo (2008) expone que

la Misión Barrio Adentro se inició en abril de 2003 como un ensayo de organización comunitaria en el ámbito local y en poco menos de un año comenzó a bosquejarse como la propuesta gubernamental para reordenar el Sistema Público Nacional de Salud. (p.34)

Esta aseveración es confirmada por Segura (2012) quien expone que la Misión Barrio Adentro originalmente nació como una parte de un amplio proceso de desarrollo comunitario endógeno de las zonas más deprimidas del municipio

Libertador de la ciudad de Caracas, pero acabó convirtiéndose en un intento de construir una alternativa bolivariana al sistema público sanitario a nivel nacional. Así, la Misión Barrio Adentro no se inicia como un proyecto de salud, sino como un proyecto social de desarrollo comunitario, con una fuerte participación y protagonismo ciudadano. Surge desde una iniciativa local para responder a unas necesidades geográficas e históricas muy concretas de los barrios pobres de la periferia de Caracas.

Sin embargo, tras su adopción por el Estado bolivariano y su extensión a nivel nacional, la Misión Barrio Adentro va transformándose en el motor del proyecto de construcción de un sistema nacional de asistencia sanitaria alternativo al existente. Además, la Misión Barrio Adentro trascendió la idea original de centrarse en la Atención Primaria de Salud para acabar incluyendo la atención hospitalaria y el diagnóstico especializado.

La Misión Barrio Adentro cumple con el mandato constitucional de construir un Sistema Público Nacional de Salud regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad, donde la participación protagónica del pueblo cumple un papel fundamental. Especialmente, permite materializar, los artículos 83 y 84 de la Constitución Nacional de 1999, que hacen referencia a la salud y a la participación ciudadana. En dichos artículos se puntualiza que

La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida... Todas las personas tienen el derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa... (CNRBV, 1999, artículo 83)

Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad... El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades... (CNRBV, 1999, artículo 84)

Asimismo, el artículo 85 de la Constitución Nacional puntualiza que “El financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado...” y allí se especifican los recursos fiscales del gobierno y las primas de seguridad social de los trabajadores. En este orden de ideas, se crea la Misión Barrio Adentro con el objetivo de garantizar el acceso pleno a servicios de salud integrales y de calidad, para dar respuesta a las necesidades sociales de la población, especialmente la excluida, bajo los principios de gratuidad, universalidad, equidad y solidaridad.

De acuerdo con la página web *gobiernoonlinea.ve*, el programa Misión Barrio Adentro se plantea los siguientes objetivos:

Objetivo general:

Garantizar el acceso a los servicios de salud de la población excluida, mediante un modelo de gestión de salud integral orientado al logro de una mejor calidad de vida.

Objetivos específicos:

1. Implantar un modelo de gestión participativo que responda a las necesidades sociales de los grupos de población excluidos, mediante la organización y participación de las comunidades apoyadas en la contraloría social como expresión de poder popular.
2. Fortalecer la red ambulatoria aumentando su capacidad resolutoria mediante la implantación, consolidación y extensión de consultorios populares, haciendo énfasis en la promoción de salud y calidad de vida.
3. Potenciar capacidades y habilidades de los recursos humanos institucionales y comunitarios mediante la educación y formación permanente.

4.3.2. Comisión Presidencial Misión Barrio Adentro

El Decreto N° 2.745, de fecha 14 de diciembre de 2003, publicado en Gaceta Oficial N° 37.865, de fecha 26 de enero de 2004, plantea la creación de la Comisión presidencial para la implementación y coordinación institucional del programa integral de prestaciones de atención primaria de salud, estimulación e implementación

de expresiones de la economía social y transformación de las condiciones sociales, económicas y ambientales de las comunidades, denominado "Misión Barrio Adentro", como nuevo modelo de gestión fundamentado en principios de interdependencia, coordinación, corresponsabilidad, cooperación y de la participación activa y protagónica de comunidades organizadas.

De acuerdo con el artículo 2 de dicho decreto, esta Comisión Presidencial estaría integrada por 12 miembros: los Ministros de Salud y Desarrollo Social - actualmente Ministerio del Poder Popular para la Salud- quien la presidirá, Trabajo, Energía, Defensa (Jefe del Estado Mayor Conjunto), el presidente de Pdvsa, el presidente de la Asociación Civil Barrio Adentro, presidente del Fondo Único Social, los alcaldes de los municipios Libertador y Sucre de Caracas, y tres miembros del Frente Bolivariano Francisco de Miranda de Luchadores sociales. Las atribuciones de esta Comisión Presidencial están referidas en el artículo 3 del señalado decreto.

Asimismo, esta Comisión presidencial podrá contar con asesores de todas aquellas instituciones públicas y privadas que consideren convenientes (artículo 8) y se instruye a los órganos y entes de la Administración Pública Nacional a prestar todo el apoyo y colaboración para que esta Comisión logre sus fines (artículo 9). Finalmente, indica el Decreto en su artículo 10 que los Ministerios de Salud y Desarrollo Social, del Trabajo y Energía y Minas son los encargados de la ejecución de este decreto.

Además del Decreto de creación de la Comisión presidencial "Misión Barrio Adentro", el 20 de enero de 2004, en la misma Gaceta Oficial N° 37.865, se publica el Decreto N° 2.811 para aprobar el "Plan excepcional de desarrollo económico y social para la dotación y suministro de insumos médico-odontológicos a los consultorios populares para la ejecución del programa Misión Barrio Adentro". Su objeto, según el artículo 1 de este Decreto es "dotar de los equipos, materiales e insumos necesarios a los 5000 consultorios que ejecutan el programa Barrio Adentro, con el fin de garantizar a la población más desposeída un acceso inmediato y gratuito a centros de salud de calidad".

Como es característico del Plan Excepcional de Desarrollo Económico y Social (Pedes), se establece que dicha meta deberá lograrse en un plazo máximo de 180 días hábiles, contados a partir de la publicación del mismo en Gaceta Oficial, para cumplir la dotación de estos consultorios (artículo 2) e indicaba que la promoción, implementación, desarrollo, ejecución y seguimiento del referido Plan estaría a cargo del Fondo Único Social (Iafus), Instituto Autónomo adscrito al Ministerio de Estado para el Desarrollo de la Economía Social (artículo 3).

Este Plan Excepcional tiene su fundamentación constitucional y legal (numeral 2 del Plan) en los artículos 3, 83, 84, 85 y 86 de nuestra Constitución Nacional (1999). El primero de ellos define los fines esenciales del Estado, mientras que los restantes hacen mención a la salud como un derecho social fundamental, la rectoría que debe ejercer el Estado en la gestión de un sistema público nacional de salud, su financiamiento y el derecho que tiene toda persona a la seguridad social. También se hace referencia al artículo 88, numeral 9 de la Ley de Licitaciones (2001), que expone que se puede proceder por Adjudicación directa, independientemente del monto de la contratación, siempre y cuando la máxima autoridad del órgano o ente contratante, mediante acto motivado, justifique adecuadamente su procedencia, en caso de obras, servicios o adquisiciones que por razones de interés general deban ser ejecutados en un plazo perentorio no mayor de 180 días hábiles, conforme a un plan excepcional de desarrollo económico y social, aprobado previamente en Consejo de Ministros.

Los objetivos del Plan están señalados en su numeral 3 e incluyen a) garantizar la adquisición de bienes muebles necesarios para el total funcionamiento de los consultorios para la ejecución del programa Misión Barrio Adentro, dentro de un lapso de 180 días hábiles y b) suministrar a estos consultorios, el equipamiento necesario para su funcionamiento. El numeral 4 del Plan confirma al Instituto Autónomo Fondo Único Social (Iafus) como ente ejecutor del mismo y el numeral 5 muestra un resumen de los equipos requeridos, señalando mobiliario clínico y equipos, mobiliario no clínico, otros insumos e instrumentales varios, según prioridad 1 y 2.

Con estos dos decretos, el de creación de la Comisión presidencial y el Plan excepcional para la dotación y suministro de insumos médico-odontológicos, se buscaba garantizar la implementación y ejecución del programa Misión Barrio Adentro. Para la gestión de los procesos administrativos se creó la Fundación Misión Barrio Adentro.

4.3.3. Fundación Misión Barrio Adentro

Fue creada con el objeto de gestionar los procesos administrativos de la Misión Barrio Adentro a fin de desarrollar los planes, proyectos y programas que permitan mejorar la calidad de vida y salud de los venezolanos (artículo 2), mediante el Decreto Presidencial N° 4.382 de fecha 22 de marzo de 2006, y publicada en Gaceta Oficial N° 38.423 del 25 de abril de 2006, iniciando sus operaciones administrativas el 01 de julio de 2006, como ente adscrito al Ministerio de Salud -actualmente Ministerio del Poder Popular para la Salud. Según tríptico informativo de esta Fundación, sus principales objetivos son:

- Mantener en funcionamiento los centros asistenciales de Barrio Adentro I y II, suministrando el equipamiento, materiales de oficina, limpieza, insumos y alimentación para los pacientes que están hospitalizados.
- Garantizar el alojamiento, alimentación y el transporte de los médicos.

En este sentido, su misión institucional consiste en administrar los recursos asignados y destinados a la provisión de recursos humanos e infraestructura adecuada para los establecimientos de salud, de la Misión Barrio Adentro I, II y Atención Odontológica Integral, así como el desarrollo de otros proyectos y programas especiales; con la participación de personal calificado, aplicando los principios de eficacia, eficiencia, transparencia y celeridad en los procesos; reflejando los valores de respeto, honestidad, responsabilidad, solidaridad, justicia social, trabajo en equipo, para contribuir en la sostenibilidad de los servicios de salud y a mejorar la calidad de vida de toda la población venezolana. En otras palabras, esta fundación se encarga de garantizar el funcionamiento de los centros de Barrio Adentro I y II, así como la

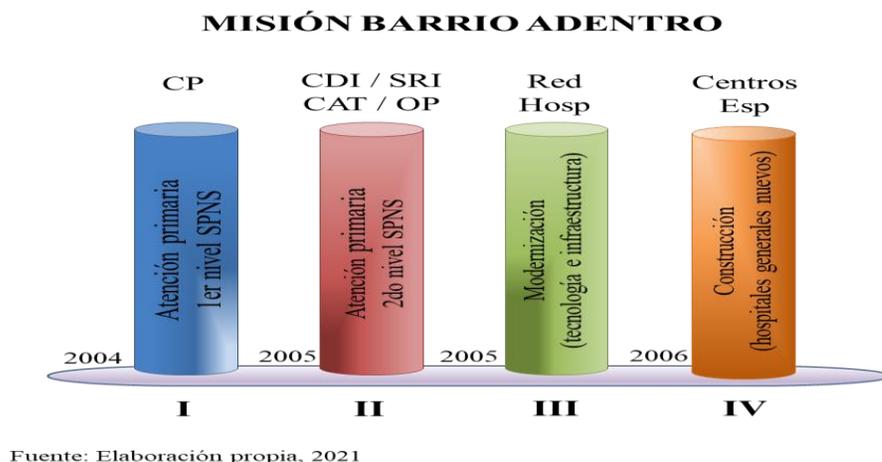
logística para asegurar la estadía de los médicos que prestan servicios en estos espacios.

El artículo 3 de este decreto define el patrimonio de la Fundación y el artículo 4 señala que la misma estará dirigida y administrada por un Consejo Directivo integrado en la forma que se establezca en su Acta Constitutiva Estatutaria, en la cual se determinará las funciones del Consejo Directivo y de su Presidente, así como las normas de organización y funcionamiento.

4.3.4. Desarrollo de la Misión Barrio Adentro

De acuerdo al portal web *barrioadentro.gov.ve*, esta Misión se subdivide en cuatro fases o niveles, según las etapas en que se han desarrollado sus unidades de salud (ver figura 21).

Figura 21: Desarrollo de la Misión Barrio Adentro



Así, desde 2004, esta Misión ha seguido un proceso de desarrollo en cuatro etapas denominadas Barrio Adentro I, II, III y IV, que acaban confundiendo con cuatro niveles de atención en salud. Es decir, desde un sistema de atención primaria de salud, encuadrado en un proyecto de desarrollo comunitario de los barrios, a un sistema nacional de servicios sanitarios (que incluye a los servicios hospitalarios), alternativo y paralelo al existente. En el cuadro 11 se detallan los aspectos más resaltantes de cada una de ellas.

Cuadro 11: Caracterización de las etapas de desarrollo de la Misión Barrio Adentro

| Etapas | Nivel | Año | Componentes | Servicios que brinda |
|---------------|-----------------------|------------|---|--|
| I | 1er SPNS ⁴ | 2004 | - Consultorios Populares (CP) - Clínicas Odontológicas (CO) | - Atención médica gratuita - Distribución gratuita de medicamentos |
| II | 2do SPNS ⁵ | 2005 | - Centros de Diagnóstico Integral (CDI) - Salas de rehabilitación Integral (SRI) - Centros de Alta Tecnología (CAT) - Ópticas Populares (OP) | - Atención médica especializada y de emergencia - Rehabilitación en áreas de fisioterapia, lenguaje, terapia ocupacional, etc. - Tratamientos diversos - Atención diagnóstica: resonancia, tomografía, ultrasonido, laboratorio, etc. - Dotación de lentes |
| | | | Objetivo | Meta |
| III | | 2005 | Modernización de los centros hospitalarios | Recuperación y modernización de hospitales públicos del país: adecuación tecnológica, adquisición de equipos e insumos, ampliación de la infraestructura |
| IV | | 2006 | Atención hospitalaria especializada | Desarrollo de la infraestructura para centros especializados de atención hospitalaria |

Fuente: Elaboración propia, 2021

A continuación, una descripción más amplia sobre la Misión Barrio Adentro I, por ser el objeto de estudio.

Este nivel está dedicado a la atención primaria como prioridad de la política de salud. Se lleva a cabo mediante un modelo de gestión de salud integral⁶ que comprende la creación de Consultorios Populares (CP), dentro de las comunidades con poco acceso al sistema de salud convencional. Estos consultorios “son los ambientes físicos existentes en las comunidades acondicionados y dotados con los recursos humanos y materiales necesarios para brindar la atención médica gratuita a toda la población” (Fundación Misión Barrio Adentro, 2016).

⁴ “El primer nivel de atención médica estará a cargo del personal de ciencias de la salud, y se prestará con una dotación básica. Dicho nivel cumplirá acciones de promoción, protección, prevención, diagnóstico y tratamiento en forma ambulatoria, sin distinción de edad, sexo o motivo de consulta” (artículo 29, Ley Orgánica de Salud, 1998).

⁵ “El segundo nivel de atención médica cumple acciones de promoción, protección, prevención, diagnóstico y tratamiento en forma ambulatoria de afecciones, discriminadas por edad, sexo y motivos de consulta, que requieren médicos especialistas y equipos operados por personal técnico en diferentes disciplinas” (artículo 30, Ley Orgánica de Salud, 1998)

⁶ “La atención integral de la salud de personas, familias y comunidades, comprende actividades de prevención, promoción, restitución y rehabilitación que serán prestadas en establecimientos que cuenten con los servicios de atención correspondientes” (artículo 28, Ley Orgánica de Salud, 1998)

Inicialmente, la población organizada aportó locales provisionales para la residencia del personal de salud y para las actividades de atención integral, mientras progresivamente, en un esfuerzo conjunto del Estado y las comunidades organizadas se avanza en la construcción de nuevos centros de salud.

Según Muntaner *et al.*, (2008) para posibilitar la consolidación de este nivel de atención médica se realizó un plan para proveer a todos los centros médicos primarios de la infraestructura, el mobiliario y el equipo adecuados. Dicho plan proyectaba el establecimiento de aproximadamente 6000 centros (en algunos casos construyendo nuevos edificios, en otros remodelando edificios existentes). Debido a la magnitud de la tarea, se otorgó la responsabilidad de la construcción a 40 organizaciones diferentes, tanto locales como nacionales (de municipios o ayuntamientos regionales y locales). A finales de 2005 se habían completado 1050 centros de atención primaria en salud.

Según la Fundación Misión Barrio Adentro, Barrio Adentro I contribuye en la organización y participación de la ciudadanía en la construcción, defensa y derecho a la salud. Estos consultorios populares son los centros de atención primaria más cercanos a los hogares. Está previsto que Barrio Adentro I funcione de la siguiente manera: consultas en la mañana y visitas domiciliarias (hacer terreno) en la tarde. En estos consultorios se prestan los servicios de medicina general, pediatría, atención de niños sanos y adulto mayor, control prenatal y post-natal, vacunación y odontología. Su función es principalmente preventiva.

En el proyecto bolivariano, Barrio Adentro I sería la red de servicios de primer nivel de atención del sistema público nacional de salud en desarrollo. Muntaner *et al.* (2008) señalan que en este nivel primario el modelo de atención en salud de Barrio Adentro tiene las siguientes características:

- Utiliza un modelo de atención integral.

- En general, el horario es uniforme. Las consultas médicas y la atención curativa se llevan a cabo en las mañanas; en cambio, las tardes son dedicadas a las visitas domiciliarias y de otras locaciones.
- Existen zonas de captación definidas. Cada centro médico del barrio proporciona cobertura a entre 250 y 400 familias, de las que registran los historiales médicos de cada una, así como de cada uno de sus miembros.
- En cada una de las actividades llevadas a cabo se asume un paradigma de promoción de la salud, incluyendo las visitas a las escuelas y a los lugares de trabajo.
- Barrio Adentro es un programa participativo. El diseño y la realización de todas las actividades son controladas por decisiones tomadas por la comunidad. Los residentes de la comunidad participan en la administración y en la entrega de la atención primaria en salud.
- Cada uno de los centros médicos tiene una función educativa, facilitando el entrenamiento de los promotores de salud comunitarios y técnicos en salud (estudiantes universitarios y de postgrado). Ligado de manera cercana a los aspectos educativos está la investigación sobre los problemas en salud de la población.
- La naturaleza intersectorial de este modelo de atención enfatiza un enfoque holístico de las condiciones de vida a través de la coordinación de acciones en salud con otras intervenciones sociales.

4.3.5. Características generales de la Misión Barrio Adentro

Una vez conocido el origen, objetivos y desarrollo de la Misión Barrio Adentro y de acuerdo a lo planteado por Alvarado *et al.*, (2008) es posible puntualizar las características que identifican esta misión, a saber:

- *Promoción y prevención de salud*: constituye un componente prioritario en los servicios que promueve la salud a través de acciones dirigidas a la mejora de las condiciones de vida y de trabajo, el acceso a la educación y a la cultura, el

ejercicio físico, la conservación del medio ambiente, el esparcimiento y el descanso.

- *Participación social*: esta participación se ha expresado en la constitución de un Comité de Salud por cada consultorio popular, escogido en asamblea de ciudadanos y generalmente constituido por 10 personas.
- *Tipo de establecimientos*: Barrio Adentro I, en consultorios populares; Barrio Adentro II, a través de clínicas populares, CDI, SRI y CAT; Barrio Adentro III, en los hospitales generales; y Barrio Adentro IV, con hospitales altamente especializados con componente docente.
- *Extensión de cobertura y accesibilidad*: para cumplir con el principio de la universalidad y de la accesibilidad se planificó la construcción de un consultorio popular por cada 250 a 350 familias. Estos centros deben ubicarse dentro del barrio, en las zonas excluidas de las grandes ciudades. También se planificó al menos un CAT en cada entidad federal, variable según la densidad poblacional, para un total de 35.
- *Atención planificada a partir de las necesidades y no de la oferta*: la instalación de los puntos de consulta se realizó a solicitud de las comunidades organizadas en Comités de Salud y considerando las ofertas reales de atención a la salud preexistentes. Por tanto, no se duplica la oferta, sino que se brinda atención donde no existía.
- *Organización según niveles de complejidad en redes*: el modelo diseñado en Barrio Adentro se basa en niveles de complejidad, a saber Barrio Adentro I, primer nivel de baja complejidad tecnomédica; Barrio Adentro II, es el segundo nivel, complejidad intermedia; Barrio adentro III, es el nivel que atiende las patologías, cuidados paliativos avanzados y otras situaciones de salud que requieran atención médica especializada; y Barrio Adentro IV, cuarto nivel de atención, se ocupa de patologías médico-quirúrgicas de alta complejidad, estos centros son de investigación y docencia por excelencia.

- *Tecnología apropiada y calidad en la atención*: la organización según niveles de complejidad busca la racionalización y la distribución equitativa de los recursos disponibles con un modelo en redes que permite la interrelación eficiente del conjunto de servicios y respuestas que el sistema tiene capacidad para brindar.
- *Cooperación y solidaridad internacional*: sólo con la presencia de los profesionales de la salud provenientes de la República de Cuba fue posible, en tan breve tiempo, brindar cuidado médico primario a la población excluida.

4.3.6. Recursos humanos en la Misión Barrio Adentro

Hablar del recurso humano de esta misión implica señalar que la misma se inició, en abril de 2003, con la participación de médicos de nacionalidad cubana, cuyo número fue creciendo, pues a opinión de Segura (2012) esta importación de médicos cubanos se justificaba dada la falta de médicos que posee el sistema público de salud venezolano. Aponte (2007) señala que puede tenerse una idea de la significación de la presencia del personal médico en el sistema público de salud venezolana si se considera que, de acuerdo con las estimaciones del Ministro de Salud para esa fecha, el total del personal en la red ambulatoria y hospitalaria tradicional venezolana asciende a 30000 médicos. Es decir, que los médicos cubanos representan aproximadamente un tercio del personal médico total en el sector de salud pública del país.

A esta situación hay que sumar lo referente a las acreditaciones y supervisión de la práctica profesional de los médicos cubanos. Al respecto, Muntaner *et al.*, (2008) reseñan que la asociación médica tradicional Federación Médica Venezolana (FMV) argumentó que los profesionales cubanos, la ciencia médica y los productos farmacéuticos cubanos eran de baja calidad, razón por la cual presentaron una demanda con el fin de que se declarara ilegal que los médicos cubanos ejercieran en Venezuela. Sin embargo, irónicamente, esto generó una respuesta popular de defensa de Barrio Adentro. Ante esto, el Colegio Médico de Caracas quiso establecer algunos mecanismos, pero sus esfuerzos fueron desestimados por los funcionarios del

gobierno sosteniendo que el plan se inscribía dentro de una concepción de ayuda humanitaria de carácter transitorio.

Con el paso del tiempo, la discusión acerca de la calidad de estos profesionales quedó en segundo plano porque la decisión de importar personal para salud estaba inscrita dentro de una normativa especial según la cual en situaciones de emergencia o extraordinarias no era necesario realizar pruebas de suficiencia o procesos de equivalencias de conocimientos y habilidades como está pautado en la Ley de Ejercicio de la Medicina en Venezuela y en nuestras Universidades (Transparencia Venezuela, 2015).

En cuanto al personal médico venezolano que presta sus servicios en la Misión Barrio Adentro, el mismo está conformado por especialistas egresados del postgrado en Medicina General Integral. Este postgrado comenzó a funcionar en octubre de 2004; es un programa de estudios de 30 meses de duración; está adscrito al Instituto de Altos Estudios en Salud Pública Dr. Arnoldo Gabaldón y dirigido a médicos cirujanos graduados o que cuenten con sus reválidas académicas (Patruyo, 2008).

Asimismo, en el campo de la formación de recursos humanos, se activaron distintos programas, incluyendo entre ellos la Escuela de Formación de Promotores Comunitarios y los programas de capacitación de personal médico en Cuba, para desarrollar luego un sistema de formación, -paralelo al sistema de educación formal-, para técnicos superiores de enfermería, formación de pregrado en Medicina Integral Comunitaria y una especialización en Medicina Integral Comunitaria y en odontología general integral. A nivel técnico y de pregrado, se desarrollaron acciones en el marco del Convenio de Cooperación con Cuba.

Desde el año 2005, el gobierno emprendió un esfuerzo de articulación interinstitucional entre el Ministerio de Salud y diversas universidades, entre ellas la Universidad Nacional Experimental de las Fuerzas Armadas (Unefa), para incrementar el número de estudiantes de medicina en todo el territorio nacional. Paralelamente, se emprendió plan de reclutamiento de jóvenes para ser formados por los médicos cubanos en medicina comunitaria. Este programa de estudio implica

cumplir con 14084 horas académicas dentro de un programa de formación de 6 años, el cual se desarrolla en los mismos consultorios populares bajo la tutoría de médicos cubanos y en locales aportados por el Instituto Nacional de Cooperación Educativa (INCE), donde cuentan con aulas multipropósitos para familiarizarse con los instrumentos y equipos que utilizará en el ejercicio profesional.

4.3.7. Estrategias comunicacionales empleadas para dar a conocer la Misión Barrio Adentro

El Estado venezolano ha implementado diversas estrategias comunicacionales para promocionar el programa Barrio Adentro. Así, se han utilizado distintos medios de comunicación para darlo a conocer: televisión, radio, prensa y medios electrónicos.

Cabe mencionar en primera instancia el programa de televisión “Aló, Presidente”, dirigido por el entonces Presidente Hugo Chávez. El mismo servía de plataforma para el lanzamiento de las diferentes Misiones. Dicho programa era transmitido por el canal del Estado, Venezolana de Televisión, los días domingos, a fin de garantizar una amplia cobertura en audiencia. De manera particular hay que hacer referencia a los “Aló, Presidente” números 193, 232, 287, 289, 296 y 311, en los cuales se dio información sobre la Misión Barrio Adentro.

La radio y la prensa nacional también fueron empleadas para dar a conocer el desarrollo de este programa. Así, era noticia el relanzamiento de la Misión Barrio Adentro o el cumplimiento de años de alguna de sus etapas. En cuanto a los medios electrónicos, en la página web del Ministerio del Poder Popular para la Salud, se podían visualizar videos referidos al programa Barrio Adentro. Esta página sirvió también de enlace para reclutar el personal médico venezolano que actualmente se desempeña en estos consultorios.

4.4. Sucre y sus establecimientos de salud

El estado Sucre está ubicado en la región nororiental de Venezuela. Está limitado al norte con el estado Nueva Esparta y el Mar Caribe, al sur con los estados

Anzoátegui y Monagas, al este con el Océano Atlántico y al oeste con el Mar Caribe (ver figura 22). Posee una superficie de 11.800 km², una población de 896.291 habitantes y una densidad poblacional de 76 habitantes/Km², según el XIV Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2011. Su capital es Cumaná y sus principales ciudades: Carúpano, Güiría, Cumanacoa, Cariaco y Rio Caribe.

Figura 22: División Político-territorial del estado Sucre. Censo 2011



Fuente: XIV Censo Nacional de Población y Vivienda. Resultados por Entidad Federal y Municipio del estado Sucre.

A continuación, se reseñan datos estadísticos tomados del Instituto Nacional de Estadísticas (Censo 2011) que describen aspectos importantes de este estado, referidas a la distribución espacial de la población, características de las viviendas y salud.

El estado Sucre está dividido en 15 municipios y 55 parroquias. El municipio Sucre, cuya capital es Cumaná, posee una superficie de 1.570 km², con un total de 358.919 habitantes, concentrando el 40% de la población de la entidad (ver tabla 1).

Tabla 1: Población del estado Sucre, por municipios. Censo 2011

| Municipio | Valor Absoluto | Valor Relativo |
|----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Andrés Eloy Blanco | 25.652 | 2,9 |
| Andrés Mata | 20.073 | 2,2 |
| Arismendi | 47.200 | 5,3 |
| Benítez | 31.111 | 3,5 |
| Bermúdez | 138.798 | 15,5 |
| Bolívar | 21.871 | 2,4 |
| Cajigal | 20.915 | 2,3 |
| Cruz Salmerón Acosta | 34.936 | 3,9 |
| Libertador | 9.586 | 1,1 |
| Mariño | 22.338 | 2,5 |
| Mejías | 14.300 | 1,6 |
| Montes | 53.889 | 6,0 |
| Ribero | 58.192 | 6,5 |
| Sucre | 358.919 | 40,0 |
| Valdez | 38.511 | 4,3 |
| Total | 896.291 | 100,0 |

Nota: División político territorial operativa para fines estadísticos

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, INE

El municipio Sucre está dividido en siete parroquias. Se destaca entre ellas Altagracia, la cual contiene 145.438 habitantes, lo que representa el 40,5% de la población de dicho municipio (ver tabla 2). Estos datos revelan la densidad poblacional que existe en esta parroquia en particular.

Tabla 2: Población del municipio Sucre, por parroquia. Estado Sucre. Censo 2011

| Parroquia | Valor Absoluto | Valor Relativo |
|-------------------|-----------------------|-----------------------|
| Altagracia | 145.438 | 40,5 |
| Ayacucho | 38.522 | 10,7 |
| Santa Inés | 69.716 | 19,4 |
| Valentín Valiente | 63.623 | 17,7 |
| San Juan | 15.049 | 4,2 |
| Raúl Leoni | 16.617 | 4,6 |
| Gran Mariscal | 9.954 | 2,8 |
| Total | 358.919 | 100,0 |

Nota: División político territorial operativa para fines estadísticos

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, INE

Con respecto a las características de las viviendas, en el Censo 2011 se empadronaron en el estado Sucre 250.450 viviendas. De ellas aproximadamente 99,9% son viviendas familiares, mientras que apenas 109 unidades constituyen viviendas colectivas (0,1%). Las viviendas familiares constituyen la residencia de una o más personas que conforman el o los hogares censales. La tabla 3 muestra las viviendas familiares según su tipo; en la misma se puede apreciar que la mayoría de ellas (81,9%) son quintas, casaquintas o casas.

Tabla 3: Viviendas familiares, según tipo. Estado Sucre. Censo 2011

| Tipo de Vivienda Familiar Ocupada | Valor Absoluto | Valor Relativo |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Quinta o casaquinta o casa 1/ | 204.716 | 81,9 |
| Apartamento en edificio y apartamento en quinta, casaquinta o casa | 12.390 | 4,9 |
| Rancho | 32.863 | 13,1 |
| Vivienda indígena | 108 | 0,0 |
| Otra clase y casa de vecindad | 264 | 0,1 |
| Total | 250.341 | 100,0 |

1/ Incluye viviendas clasificadas como mansión (2001)

Nota: se excluyen las viviendas clasificadas como refugio

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, INE

En cuanto a los materiales de construcción predominantes en estas viviendas familiares se destacan:

- Paredes exteriores, construidas con bloque, ladrillo o adobe frisado o sin frisar,
- Techo, predominan las láminas metálicas (zinc, aluminio y similares), platabandas y las láminas de asbestos y similares, y
- Piso, con preferencia por el cemento y el mármol, mosaico granito, vinil, cerámica, ladrillo, terracota parquet, alfombras y similares.

En materia de servicios -electricidad, agua, gas directo y eliminación de excretas y basura- las tablas siguientes (4 al 8) reseñan la data recopilada por el Instituto Nacional de Estadísticas, según Censo del año 2011.

Tabla 4: Total de viviendas familiares ocupadas, según abastecimiento del servicio eléctrico. Estado Sucre. Censo 2011

| Abastecimiento del servicio eléctrico | Valor Absoluto | Valor Relativo |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Red pública con medidor | 92.718 | 43,6 |
| Red pública sin medidor | 116.971 | 55,1 |
| Planta propia generadora de electricidad | 420 | 0,2 |
| Paneles solares | 47 | 0,0 |
| Otro tipo de electricidad de generación propia | 252 | 0,1 |
| No tiene servicio eléctrico | 2.041 | 1,0 |
| Total | 212.449 | 100,0 |

Nota: se excluyen las viviendas clasificadas como refugio y otras clases

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, INE

Tabla 5: Total de viviendas familiares ocupadas, según abastecimiento de agua. Estado Sucre. Estado Sucre. Censo 2011

| Abastecimiento de agua | Valor Absoluto | Valor Relativo |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Acueducto o tubería | 187.830 | 88,5 |
| Camión cisterna | 8.676 | 4,1 |
| Pila pública | 1.380 | 0,6 |
| Pozo con tubería o bomba | 2.906 | 1,4 |
| Pozo o manantial protegido | 2.391 | 1,1 |
| Aljibes o jagüeyes | 102 | 0,0 |
| Río, caño, quebrada | 5.063 | 2,4 |
| Lago, laguna | 214 | 0,1 |
| Otros medios | 3.887 | 1,8 |
| Total | 212.449 | 100,0 |

Nota: se excluyen las viviendas clasificadas como refugio y otras clases

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, INE

Tabla 6: Total de viviendas familiares ocupadas, según servicio de gas directo. Estado Sucre. Censo 2011

| Servicio de gas directo | Valor Absoluto | Valor Relativo |
|--------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Si | 7.117 | 3,3 |
| No | 205.332 | 96,7 |
| Total | 212.449 | 100,0 |

Nota: se excluyen las viviendas clasificadas como refugio y otras clases

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, INE

Tabla 7: Total de viviendas familiares ocupadas, según servicio de eliminación de excretas. Estado Sucre. Censo 2011

| Servicio de eliminación de excretas | Valor Absoluto | Valor Relativo |
|---|----------------|----------------|
| Poceta conectada a cloacas | 109.720 | 51,7 |
| Poceta conectada a pozo séptico | 77.320 | 36,4 |
| Poceta sin conexión a cloaca o pozo séptico | 2.409 | 1,1 |
| Excusado de hoyo o letrina | 2.557 | 1,2 |
| No tiene poceta o excusado | 20.443 | 9,6 |
| Total | 212.449 | 100,0 |

Nota: se excluyen las viviendas clasificadas como refugio y otras clases

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, INE

Tabla 8: Total de viviendas familiares ocupadas, según servicio de eliminación de la basura. Estado Sucre. Censo 2011

| Servicio de eliminación de la basura | Valor Absoluto | Valor Relativo |
|--|----------------|----------------|
| Es recogida por el servicio de aseo urbano | 161.262 | 75,9 |
| Se bota en <i>container</i> o depósito colectivo | 4.122 | 1,9 |
| Se entierra | 837 | 0,4 |
| Se quema | 35.390 | 16,7 |
| Se bota en río, caño, quebrada o laguna | 4.617 | 2,2 |
| Se lanza en cualquier lugar | 6.221 | 2,9 |
| Total | 212.449 | 100,0 |

Nota: se excluyen las viviendas clasificadas como refugio y otras clases

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, INE

Como se evidencia en las tablas anteriores, la población total del estado Sucre se concentra en el municipio Sucre (40%) y de éste, la parroquia Altagracia es la que cuenta con mayor índice poblacional (40,5%). Las viviendas de este estado son consideradas viviendas familiares, puesto que están destinadas al alojamiento de una o más personas, con o sin vínculos familiares entre sí, y que conforman uno o más hogares. En la construcción de estas residencias hay preferencia por el uso de bloques, cemento y láminas metálicas, siendo éstas las características que predominan en paredes, pisos y techos.

Con respecto a los servicios de luz, agua, gas, eliminación de excretas y basura, podría decirse que las condiciones son variadas, de acuerdo a la ubicación de la residencia. Así, en términos generales, en el estado Sucre casi en la totalidad de las viviendas ocupadas (98,7%) se utiliza la red pública para disfrutar del servicio de

energía eléctrica, el suministro de agua potable se recibe por medio de acueductos o tuberías (88,5%) y el servicio de gas que prevalece es a través de la compra de cilindros (96,7%), siendo apenas un 3,3% de la población que disfruta del gas directo. En cuanto a la eliminación de excretas, el 88,1% de las viviendas ocupadas dispone de poceta conectada a cloacas y/o pozos sépticos y para la eliminación de la basura, el 75,9% cuenta con el servicio de recolección de aseo urbano. Asimismo, se destaca un 16,7% que utiliza la quema para eliminar los desechos sólidos.

Es importante conocer estos indicadores de las condiciones demográficas y de vivienda del estado Sucre, puesto que -de una u otra manera- pueden incidir en la salud de la población. Tengamos presente que la salud de una persona está determinada por factores genéticos, su entorno social (educación, vivienda, trabajo, etc.), el sistema sanitario imperante, el estilo de vida y los hábitos de salud.

En cuanto a la red asistencial, el estado Sucre cuenta con diversos centros de salud (públicos y privados), donde pueden acudir las personas al momento de necesitar atención médica. Al respecto, la tabla 9 presenta la distribución absoluta y porcentual, de la población residente en el estado Sucre, según el lugar al que acudió cuando necesitó atención médica en el año 2011.

Tabla 9: Población, según lugar a donde acudió cuando necesitó atención médica. Estado Sucre. Censo 2011

| Lugar a donde acudió | Valor Absoluto | Valor Relativo |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Instituto Venezolano de los Seguros Sociales | 2.814 | 0,3 |
| Instituto de Previsión Social (Ipasme, Inpreabogado, IPP) | 14.117 | 1,6 |
| Consultorio, Clínica u hospital Privado | 96.771 | 10,9 |
| Hospital Público | 218.093 | 24,5 |
| Locales de la Misión Barrio Adentro | 118.104 | 13,3 |
| Ambulatorio | 212.112 | 23,8 |
| No necesitó asistencia médica | 401.277 | 45,0 |
| Total 1/ | 890.943 | |

Nota: 1/ corresponde a la población que respondió a la mencionada pregunta y no a la suma de las personas según los lugares a donde acudió porque no son excluyentes

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, INE

Los datos de esta tabla revelan que los centros de atención médica de preferencia son los hospitales públicos (24,5%), ambulatorios (23,8%), locales de la Misión Barrio Adentro (13,3%) y consultorios privados (10,9%). Conozcamos un poco acerca de estos establecimientos de salud en el estado Sucre.

La Red de Atención Hospitalaria del estado Sucre está conformada por 12 hospitales, los cuales se identifican y reseñan por municipio en el cuadro 12.

Cuadro 12: Relación del universo de órganos y entes del sector salud del estado Sucre, 2011

| Relación del universo de órganos y entes del sector salud del estado Sucre | | | | |
|---|----------------------------|-------------|--------------------|------------------|
| Municipio sanitario | Órgano | Ente | Dependencia | Localidad |
| Arismendi | Dr. Pedro Rafael Figallo | HI | A/B | Río Caribe |
| Benítez | Dr. Alberto Mussa Yibirín | HI | A/B | El Pilar |
| Bermúdez | Dr. Santos A. Dominicci | HIII | A/B | Carúpano |
| | Materno Infantil C. García | H-ESP | A/B/C | |
| Cruz Salmerón Acosta | Virgen del Valle | HI | A/B | Araya |
| Cajigal | Yaguaraparo | HI | A/B | Yaguaraparo |
| Mariño | Dr. Freddy Mocary | HI | A/B | Irapa |
| Montes | Dr. Luis D. Beauperthuy | HI | A/B | Cumanacoa |
| Ribero | Dr. Diego Carbonell | HI | A/B | Cariaco |
| Sucre | Dr. Antonio P. de Alcalá | HIV | A/B | Cumaná |
| | Dr. Julio Rodríguez (SAO) | H-ESP | A/B | |
| Valdez | Dr. Andrés Gutiérrez Solís | HI | A/B | Güiria |

Leyenda:

– Ente: HI: Hospital tipo I
 HIII: Hospital tipo III
 HIV: Hospital tipo IV
 H-ESP: Hospital
 Especializado

– Dependencia: A: Gobernación
 B: MPPS
 C: Barrio Adentro

Fuente: Fundación del estado Sucre para la Salud

En cuanto al número de ambulatorios existentes en el estado Sucre, la tabla 10, los identifica según su tipología y municipio.

Tabla 10: Red asistencial del estado Sucre, 2011

| Red Asistencial del estado Sucre 2011 | | | | | | |
|---------------------------------------|------|-------|------|-------|--------|------------------------------------|
| Municipio sanitario | AR-I | AR-II | AU-I | AU-II | AU-III | Total estab. de salud (sin CDI) |
| Andrés Eloy Blanco | 13 | 2 | 0 | 0 | 0 | 15 |
| Andrés Mata | 11 | 1 | 1 | 0 | 0 | 13 |
| Arismendi | 24 | 3 | 0 | 0 | 0 | 27 |
| Benítez | 16 | 3 | 0 | 0 | 0 | 19 |
| Bermúdez | 4 | 0 | 2 | 0 | 2 | 8 |
| Bolívar | 6 | 0 | 1 | 0 | 0 | 7 |
| Cajigal | 6 | 1 | 0 | 0 | 0 | 7 |
| Cruz Salmerón A. | 9 | 3 | 1 | 0 | 0 | 13 |
| Libertador | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| Mariño | 12 | 3 | 0 | 0 | 0 | 15 |
| Mejías | 6 | 1 | 0 | 0 | 0 | 7 |
| Montes | 18 | 3 | 0 | 0 | 0 | 21 |
| Ribero | 21 | 8 | 0 | 0 | 0 | 29 |
| Sucre | 18 | 3 | 6 | 1 | 2 | 32 |
| Valdez | 14 | 2 | 0 | 0 | 0 | 16 |
| Total | 182 | 33 | 11 | 1 | 4 | 233 |

Leyenda:

AR-I: Ambulatorio Rural tipo I

AR-II: Ambulatorio Rural tipo II

AU-I: Ambulatorio Urbano tipo I

AU-II: Ambulatorio Urbano tipo II

AU-III: Ambulatorio Urbano tipo III

CDI: Centro de Diagnóstico Integral

Fuente: Fundación del estado Sucre para la Salud

Es importante señalar que en esta tabla se muestran, en forma diferenciada, tantos los ambulatorios rurales como los urbanos. No obstante, en el año 2015, estos establecimientos de salud fueron reclasificados como Consultorios Populares y Ambulatorios, según Resolución N° 400, de fecha 31 de julio de 2015, publicada en Gaceta Oficial N° 40.723, de fecha 13 de agosto del 2015. En tal sentido, los Ambulatorios Rurales tipo I y II y los Ambulatorios Urbanos tipo I forman parte de la Red de Atención Comunal de Salud (Consultorios Populares), mientras que los ambulatorios urbanos tipo II y III integran la Red de Atención Ambulatoria Especializada (Ambulatorios).

Respecto a las Áreas de Salud Integral Comunitarias, el estado Sucre cuenta con 18 ASIC, distribuidas a lo largo y ancho de su territorio (ver tabla 11). En estas

ASIC se consolida la información proveniente de los diferentes Consultorios Populares de Barrio Adentro I. La Red de Atención Comunitaria de Salud y la Red de Atención Ambulatoria Especializada están referenciadas por las ASIC.

Tabla 11: ASIC del estado Sucre, según municipio. 2017

| | ASIC | Municipio | CP | Tipo I | Tipo II | Tipo III |
|----|-----------------|------------------|-----|--------|---------|----------|
| 1 | Araya | Cruz Salmerón A | 18 | 2 | 11 | 5 |
| 2 | Arenas | Montes | 30 | 5 | 16 | 9 |
| 3 | Arismendi | Arismendi | 38 | 16 | 16 | 6 |
| 4 | Cajigal | Cajigal | 10 | 2 | 4 | 4 |
| 5 | Cariaco | Ribero | 41 | 8 | 19 | 14 |
| 6 | Casanay | Andrés E. Blanco | 36 | 6 | 24 | 6 |
| 7 | El Peñón | Sucre | 17 | 0 | 10 | 7 |
| 8 | El Pilar | Benítez | 27 | 10 | 10 | 7 |
| 9 | Fe y Alegría | Sucre | 33 | 0 | 23 | 10 |
| 10 | Irapa | Mariño | 22 | 8 | 11 | 3 |
| 11 | Julio Rodríguez | Sucre | 40 | 0 | 28 | 12 |
| 12 | Macarapana | Bermúdez | 12 | 1 | 8 | 3 |
| 13 | Miramar | Sucre | 23 | 0 | 8 | 15 |
| 14 | Playa Grande | Bermúdez | 15 | 0 | 7 | 8 |
| 15 | San Antonio | Mejías | 23 | 3 | 17 | 3 |
| 16 | Simón Bolívar | Libertador | 25 | 0 | 9 | 16 |
| 17 | Tunapuy | Libertador | 6 | 0 | 6 | 0 |
| 18 | Yoco | Valdez | 22 | 6 | 10 | 6 |
| | Total | | 438 | 67 | 237 | 134 |

Leyenda:

ASIC: Área de Salud Integral Comunitaria

CP: Consultorio Popular

Fuente: Misión Barrio Adentro. Estado Sucre

De manera particular, de acuerdo con esta tabla, el municipio Sucre cuenta con 113 CP (69 CP tipo 2 y 44 CP tipo 3), los cuales están adscritos a cuatro ASIC.

CAPÍTULO V. MARKETING SOCIAL EN LA MISIÓN BARRIO ADENTRO I

La nueva Constitución de Venezuela del año 1999 trajo consigo múltiples cambios en el país, incluyendo reformas en materia de salud pública. Así, se planteó la creación de un nuevo sistema sanitario regido por un Modelo de Atención Integral (MAI), que cambió la organización de la atención primaria previa por grupos de edad, procedimientos y especialidades médicas a un nuevo precepto orientado alrededor de las necesidades de los pacientes. Y en este orden de ideas, surge el programa Misión Barrio Adentro como un proyecto social de desarrollo comunitario. Programa que se ha ido desarrollando paulatinamente y que en su primer nivel de atención (Barrio Adentro I) adopta el enfoque preventivo de la salud, transfiriendo el énfasis del aspecto curativo de la práctica médica a la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud, tal como lo reseña el artículo 29 de la Ley Orgánica de Salud (1998). Estas acciones de promoción, protección, prevención, diagnóstico y tratamiento se harán en forma ambulatoria, sin distinción de edad, sexo o motivo de consulta.

De este modo, la Misión Barrio Adentro se expande por todo el territorio nacional llegando al estado Sucre, donde es posible encontrar Consultorios Populares (CP), Centros de Diagnóstico Integral (CDI), Salas de Rehabilitación Integral (SRI) y Centros de Alta Tecnología (CAT). Los CP de Barrio Adentro I buscan responder a unas necesidades concretas, razón por la cual son ubicados en sectores geográficos o comunidades que se encuentran en situación de vulnerabilidad social y económica.

5.1. Características de los usuarios de la Misión Barrio Adentro I, en el municipio Sucre del estado Sucre

Según cifras aportadas por la Misión Barrio Adentro del estado Sucre, para el año 2017, se contaba en la entidad con 18 ASIC y más de 430 CP (ver supra tabla 11). De manera específica, el municipio Sucre, con un 40% de concentración poblacional de todo el estado, posee 113 Consultorios, los cuales están adscritos a cuatro ASIC, tal como se puede visualizar en la tabla 12.

Tabla 12: ASIC y Consultorios Populares del municipio Sucre, estado Sucre. 2017

| ASIC | CP | Tipo I | Tipo II | Tipo III |
|-----------------|-----|--------|---------|----------|
| El Peñón | 17 | 0 | 10 | 7 |
| Fe y Alegría | 33 | 0 | 23 | 10 |
| Julio Rodríguez | 40 | 0 | 28 | 12 |
| Miramar | 23 | 0 | 8 | 15 |
| Total | 113 | 0 | 69 | 44 |

Fuente: Elaboración propia con cifras de Barrio Adentro Sucre

La identificación de estos establecimientos de salud y su ubicación geográfica, en barrios y/o urbanismos populares del municipio, permite deducir las características de la población que hace uso de los servicios que brindan (ver cuadro 13).

Cuadro 13: ASIC del municipio Sucre y sus establecimientos asistenciales. 2017

| ASIC | CP | Establecimientos |
|-----------------|------------|---|
| El Peñón | 10 CPT2 | CMP El Barbudo, CMP EL Pui Pui, CMP La Matica, CMP Santa Ana, CMP Villa Socialista, CMP Brisas del Golfo, CMP Gran Mariscal, CMP Salvador Allende, CMP Brisas del Aeropuerto y CMP La Franja del Peñón |
| | 7 CPT3 | CMP El Peñón Arriba, CMP El Manglar /Campo Alegre, CMP Villa Cristóbal Colón I, CMP Villa Cristóbal Colón II, CMP Las Pepitonas, CMP La Marina de Caigüire y CMP Las Colinas de Caigüire |
| Fe y Alegría | 23 CPT2 | CMP Cumanagoto (calle Aeropuerto), CMP El Tacal, CMP El Salado, CMP El Guapo, CMP Yaguaracual, CMP La Montañita, CMP Los Bordonos, CMP Los Molinos (BMS), CMP Arapo, CMP Santa Fe, CMP Vallecito, CMP San Pedro, CMP Playa Colorada, CMP Gran Paraíso, CMP Turimiquire, AMB. La Trinidad, AMB. Plan de la Mesa, AMB. Barbacoa, AMB. Arapito, AMB. Vega Grande, AMB. San Pedrito, AMB. Nurucual y AMB. Santa Cruz |
| | 10 CPT3 | CMP Casa Comunal Fe y Alegría, CMP Súper Bloques de Fe y Alegría, CMP San Luis II, CMP San Luis III, CMP Cardonal, CMP El Valle, AMB. El Tacal, AMB. Mochima, AMB. Santa Fe y AMB. Altos de Sucre |
| Julio Rodríguez | 28 CPT2 | CMP Villa del Sur (BMS), CMP La Llanada II, CMP Barrio Universitario, CMP Buena Vista, CMP La Llanada I Cambio de Rumbo, CMP Bebedero, CMP Bebedero Mercal, CMP Bolivariano, CMP El Pinar, CMP La Voluntad de Dios La Llanada, CMP Maranata La Lucha (BMS), CMP Brasil I, CMP Mochimita, CMP San Fernando de Tataracual (BMS), CMP Tres Picos, CMP Jagüey de Luna (BMS), CMP Luis Mariano Ribera (BMS), CMP Guaranache 3, CMP La Recta de San Agustín (BMS), CMP Los Chaguaramos, CMP Lomas de Ayacucho, CMP San José, CMP Ciudad Salud, CMP Ciudad Justicia, CMP Antonio José de Sucre, CMP Cancamure Vega de Limón (BMS), AMB. Los Ipures y AMB. Rancherías |
| | 12 CPT3 | CMP Brasil 27 de Noviembre (BMS), CMP 04 de Marzo, CMP Brasil Sur, CMP Brasil Sur sector La Esperanza, CMP La Gran Sabana, CMP Barrio Sucre, CMP 4 de Abril (BMS), CMP Gimnasio Vertical (GBM), AMB. Cascajal, AMB. Dr. Luis Beauprethuy, AMB. Barrancas y AMB. Tataracual |

| ASIC | CP | Establecimientos |
|---------|------------|--|
| | 8 CPT2 | CMP Campeche III, CMP Campeche IV, CMP Villa Campestre, CMP Mundo Nuevo, CMP Cruz Salmerón Acosta, CMP Ezequiel Zamora (BMS), AMB. El Dique y AMB. Cruz de la Unión |
| Miramar | 15 CPT3 | CMP Campeche I y II (BMS), CMP Virgen del Valle, CMP Villa Jardín, CMP Puerto de la Madera (Valle Santa Inés), CMP Villa Marta (Cantarrana), CMP Inam, CMP El Dique, CMP Santa Eduvigis, CMP Las Palomas I, CMP Pantanillo, CMP Guarapiche, CMP Los Chaimas, CMP Casa de la Cultura, AMB. Las Palomas (APS) y AMB. Los Frailes |

Leyenda:

ASIC: Área de Salud Integral Comunitaria

CPT2: Consultorio Popular Tipo 2

CPT3: Consultorio Popular Tipo 3

CMP: Consultorio Médico Popular

AMB: Ambulatorio

GBM: Gran Base Misión

BMS: Base Misión Socialista APS:

Fuente: Elaboración propia con datos suministrados por la Misión Barrio Adentro del estado Sucre

Precisamente, los CP están ubicados en sectores o zonas populares (barrios) desarrollados sin planificación alguna y que luego fueron consolidándose paulatinamente, así como también en urbanismos construidos como soluciones habitacionales destinados a las clases sociales más bajas. En su mayoría, las viviendas de estas comunidades están construidas con bloques, cemento y láminas metálicas o de asbesto; en cuanto a los servicios, utilizan la red eléctrica pública, agua por acueductos o tuberías, aseo urbano domiciliario y la eliminación de excretas lo hacen a través del sistema de cloacas y/o pozos sépticos. En la actualidad, por lo general, presentan algunas deficiencias en las condiciones sanitarias debido a fallas y/o falta en la prestación de servicios públicos básicos y la fecha de construcción de las mismas. La falta de planificación urbana, el crecimiento poblacional y la ausencia de mantenimiento preventivo han incidido en el colapso de muchos servicios.

En estos barrios y/o urbanizaciones residen personas de escasos recursos económicos, que no pueden cubrir plenamente sus necesidades básicas, dependiendo para su subsistencia de un salario mínimo mensual o una paga semanal o diaria. Por consiguiente, en su mayoría, los habitantes de estas comunidades hacen uso de los servicios que, en forma gratuita o a precios solidarios, ofrece el Estado venezolano. En este sentido, en materia de salud, acuden a hospitales y ambulatorios públicos puesto que no disponen de seguros médicos privados que les permitan cubrir sus requerimientos, tal y como se mostró supra en la tabla 9 de acuerdo con cifras del Instituto Nacional de Estadísticas, Censo 2011. Todas estas particularidades hacen

inferir que sus habitantes pertenecen a estratos sociales bajos y que, por ende, se encuentran en situación de vulnerabilidad social y económica, agravada aún más con la actual crisis que atraviesa Venezuela.

El objetivo general de la Misión Barrio Adentro justifica la ubicación de los consultorios en estas zonas populares, puesto que busca garantizar el acceso a los servicios de salud a la población excluida, es decir, a aquella que no puede por cuenta propia cubrir sus necesidades básicas de salud de manera adecuada. De esta forma, se procura poner a disposición de estas personas las herramientas necesarias para que tenga una mejor calidad de vida.

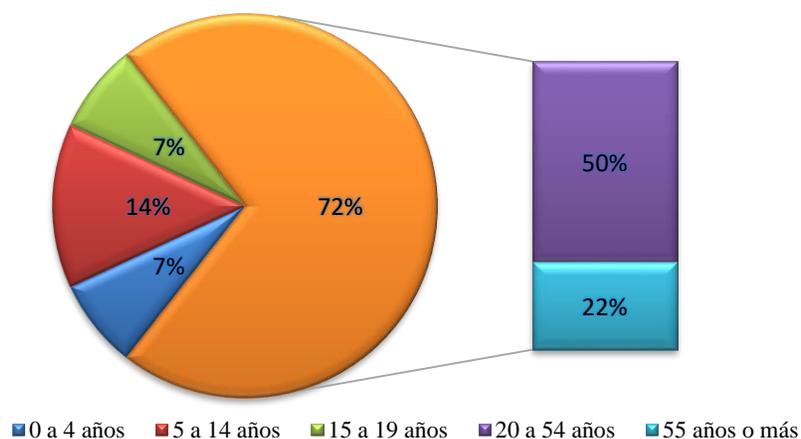
Así, enmarcado dentro de las políticas públicas adoptadas por el Gobierno Nacional, el programa Barrio Adentro establece la construcción de un Consultorio Popular por cada 200 familias, a fin de lograr una máxima cobertura y accesibilidad de la población. Además, está planteado que la instalación de estos consultorios se realice a solicitud de las comunidades organizadas en Comités de Salud y considerando las ofertas reales de atención a la salud preexistentes, brindando justamente atención donde no existe.

De manera puntual, se puede mencionar, por ejemplo, la comunidad de Bebedero, un urbanismo cuya construcción data del año 1975 y donde funcionan dos CP, identificados como CMP Bebedero y CMP Bebedero Mercal. Según información que revela el Análisis de Situación de Salud (ASIS, 2020), el Consultorio CMP Bebedero tiene un área de influencia bien delimitada que abarca: los bloques 14 al 26 de la Urbanización Villa Olímpica; las tres torres de Villa Olímpica III, Campaña Admirable; los bloques 1 al 5 de la Urbanización Bebedero IV y las casas ubicadas en las Avenidas 1 y 2, las calles 1, 3 y 5 y sus respectivas veredas. Esta comunidad está organizada en cinco Consejos Comunales, dos UBCH y un Comité de Salud. Allí se encuentran tres instituciones educativas, un templo católico, varias casas de culto religioso y una cancha deportiva. En sus inmediaciones está ubicada la Red de Atención Inmediata al Ciudadano (RAIC).

En la comunidad se visualizan canales de concreto destinadas a la recolección del agua de lluvia. Sin embargo, los habitantes los utilizan como vertederos de aguas servidas y desechos sólidos. Asimismo, en las aceras y cunetas corren libremente aguas que emanan de las viviendas, mostrándose en estado de descomposición con moho y olores desagradables. Esta situación genera la presencia de mosquitos, plagas y otros insectos como larvas, chiripas y cucarachas. Debido al deficiente servicio que presta el aseo urbano, es común encontrar áreas dispuestas para la colocación de basura, lo cual genera malos olores y la presencia de alimañas como roedores. Esta situación afecta también el sistema de alcantarillado, obstruyéndolo y dificultando el desagüe adecuado del agua de lluvia. Toda esta situación ambiental incide en las condiciones de salud de sus habitantes.

De acuerdo con las estadísticas reseñadas en el ASIS, a este consultorio acuden personas de todas las edades, incluyendo niños, jóvenes y adultos, con un porcentaje significativo de 22% en este último grupo que se corresponde a adultos mayores, tal como puede visualizarse en la gráfica 3. El ingreso familiar es regular, donde por lo general sólo un miembro trabaja y la satisfacción de las necesidades es moderadamente deficiente.

Gráfica 3: Distribución por edades de los pacientes del CMP Bebedero, 2020

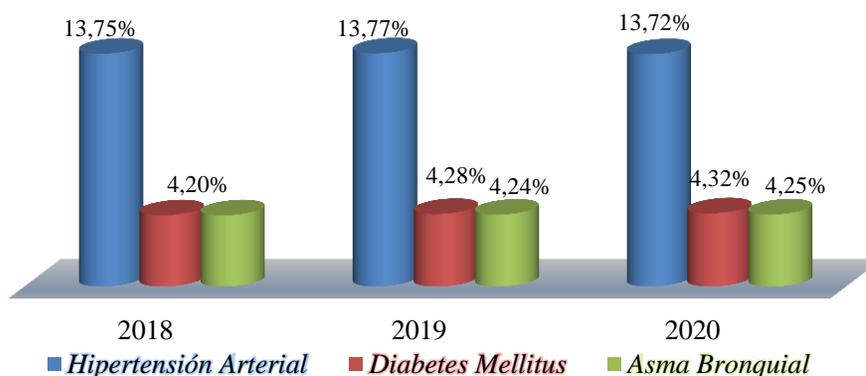


Fuente: Elaboración propia, 2021

En materia de salud, los ASIS de los años 2018 al 2020 (Alzolar, 2018; Alzolar y Arteaga, 2019; Alzolar, 2020) revelan que en la población están presentes la

Hipertensión Arterial, la Diabetes Mellitus y el Asma Bronquial como principales padecimientos crónicos no transmisibles (ver gráfica 4).

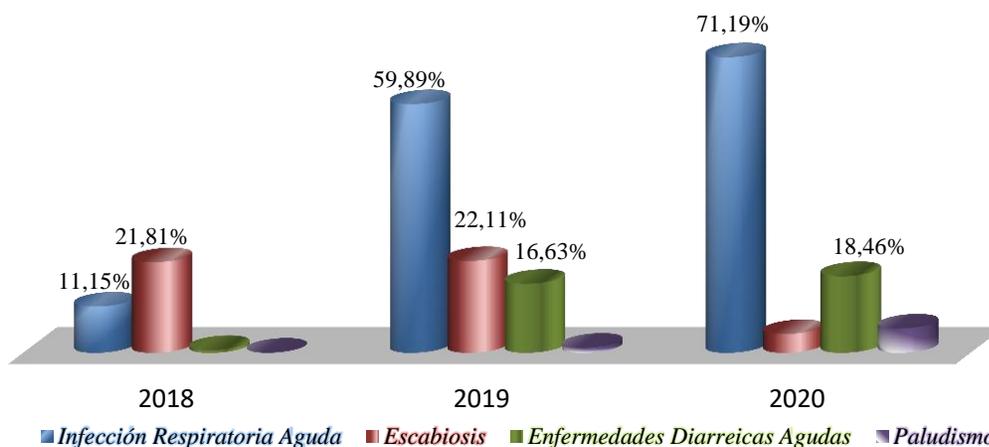
Gráfica 4: Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles. CMP Bebedero, 2018-2020



Fuente: Elaboración propia, 2021

Dentro de las enfermedades de transmisión predomina la Infección Respiratoria Aguda (IRA) y en menor prevalencia las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA), la Escabiosis y el Paludismo (ver gráfica 5).

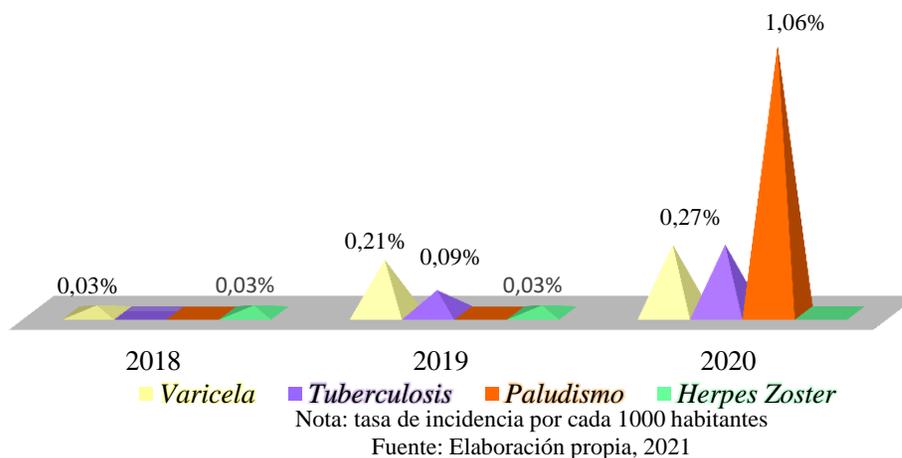
Gráfica 5: Prevalencia de enfermedades transmisibles. CMP Bebedero, 2018-2020



Fuente: Elaboración propia, 2021

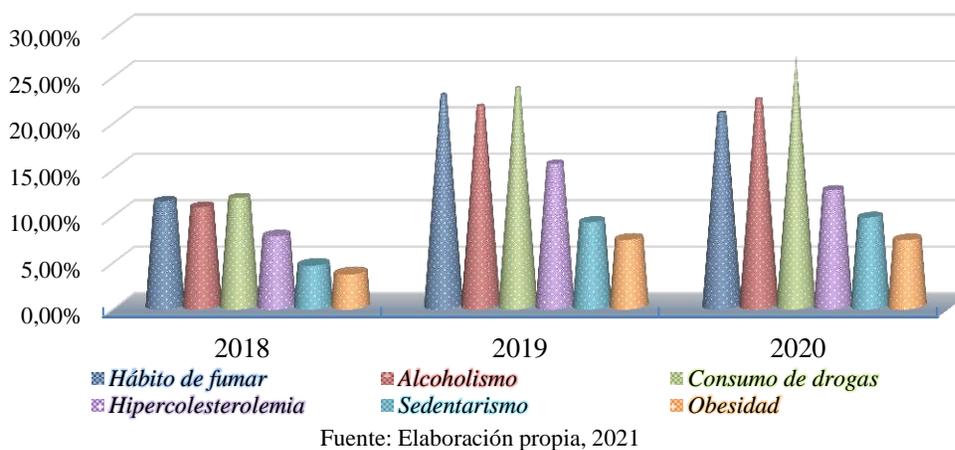
Asimismo, en esta comunidad se han hecho presentes las llamadas Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO), las cuales incluyen los casos de Paludismo (mayor proporción), Tuberculosis y Varicela (ver gráfica 6).

Gráfica 6: Enfermedades de Declaración Obligatoria. CMP Bebedero, 2018-2020



A nivel individual se destacan como factores de riesgos el fumar y consumir alcohol y/o drogas, así como también la hipercolesterolemia, el sedentarismo y la obesidad (ver gráfica 7).

Gráfica 7: Factores de riesgo. CMP Bebedero, 2018-2020



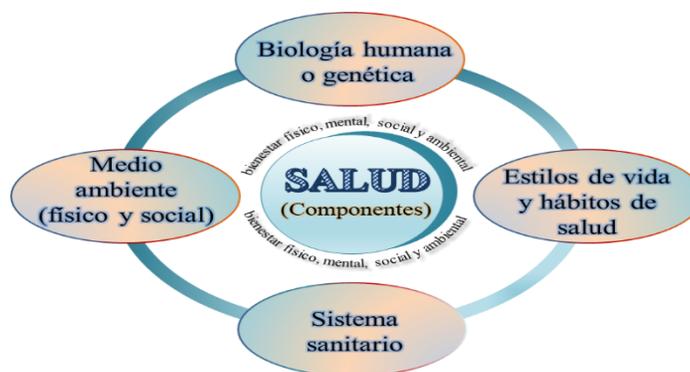
Los datos de dispensarización señalan que en el área de influencia del Consultorio predominan personas con riesgos (tipificadas como Grupo II), ya que están expuestas a condiciones que de no ser controladas aumentan la vulnerabilidad a sufrir daños a la salud individual o familiar, disminuyendo la capacidad de enfrentar equilibradamente los problemas de la vida cotidiana.

5.2. Herramientas de marketing social que facilitan la promoción de la salud y prevención de enfermedades en la Misión Barrio Adentro I

Para hablar sobre promoción y prevención en materia de salud hay que tener claro cada uno de estos términos. Al ubicar la palabra salud en algún diccionario, la misma hace referencia al estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones. De allí que sea fácil pensar que cuando una persona tiene salud es sinónimo de estar libre de enfermedades, es decir, sano. Pero en términos de la Ley Orgánica de Salud (1998) el artículo 2 reseña que “se entiende por salud no sólo la ausencia de enfermedades sino el completo estado de bienestar físico, mental, social y ambiental”. Además, el artículo 3 de esta Ley señala que los servicios de salud garantizarán la protección de la salud a todos los habitantes del país y funcionarán de conformidad con los siguientes principios: universalidad, participación, complementariedad, coordinación y calidad. Por su parte, la promoción y prevención en salud se refiere a diversas acciones que pueden tomarse en torno a este tema y que están encaminadas bien sea a elevar y/o mantener el nivel de la salud (promoción) o evitar aquellas circunstancias que desmejoren el bienestar físico, mental, social y ambiental de las personas (prevención).

En este orden de ideas, la salud está condicionada por cuatro componentes: a) biología humana o genética, b) estilos de vida y hábitos de salud, c) medio ambiente y d) sistema sanitario, que deben tenerse presente al momento de establecer políticas de promoción y prevención (ver figura 23).

Figura 23: Salud: componentes que la condicionan



Fuente: Elaboración propia, 2021.

El componente biológico tiene que ver con hechos físicos y mentales consecuencia de la biología fundamental humana y su constitución orgánica: fortaleza general, enfermedades genéticas, resistencia y/o susceptibilidad a la enfermedad, etc. El modo, condiciones y estilos de vida comprende aquellas decisiones individuales con respecto de la salud y sobre las cuales se ejerce cierto grado de control, como por ejemplo hábitos dietéticos, ejercicio físico/sedentarismo, abuso de sustancias, conductas sexuales irresponsables, etc. El componente medio ambiental abarca tanto el entorno físico como el social e incluye aspectos tales como educación, vivienda, trabajo, clase social, amigos, etc., que se constituyen en factores externos al cuerpo humano y sobre los cuales se tiene poco o ningún control. Y el componente sobre organización de los servicios de salud tiene que ver con la cantidad, disponibilidad, accesibilidad, calidad y costos de los establecimientos que brindan atención de salud.

En la Carta de Ottawa (1986) se expresa que

una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de vida. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor o en detrimento de la salud. El objetivo de la acción por la salud es hacer que esas condiciones sean favorables para poder promocionar la salud.

El término salud refiere entonces al estado de bienestar de las personas y desde el mismo preámbulo de la Constitución Nacional (1999) se hace mención a ello al exponer que busca que se consoliden los valores, el bien común y asegure el derecho a la vida. Como complemento a este preámbulo, la Norma Máxima destaca en sus artículos 2 y 3 que Venezuela propugna como valores superiores la vida y los derechos humanos y que el Estado tiene como fines esenciales la promoción de la prosperidad y bienestar del pueblo. La salud es calificada como un derecho social fundamental y, por ende, todas las personas tienen derecho a la protección, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa. Además, se plantea que el Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios (artículo 83). Por consiguiente, es viable afirmar que el Estado debe garantizar la salud pública y el cumplimiento de sus funciones esenciales.

De acuerdo con Dávila *et al.*, (2009) “la Salud Pública es definida como los esfuerzos organizados de una sociedad, para la prevención, control y atención de los problemas de salud y para promover una vida saludable de sus habitantes” (p.14) y su sustancia la conforman los esfuerzos comunitarios organizados dirigidos a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2002, citado en Añez *et al.*, 2010) la salud pública constituye el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo. Para ello, esta organización establece diversas funciones esenciales de la salud pública dentro de las cuales se destacan: monitoreo y análisis de la situación de salud de la población; vigilancia, investigación y control de riesgos en salud pública; promoción de la salud; y participación ciudadana.

La Carta de Ottawa (1986) expone que

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no consiste exclusivamente al sector sanitario.

Lo anterior deja en evidencia la importancia de la promoción y prevención en materia de salud. De allí que el Equipo Básico de Salud que labora en los Consultorios Populares de Barrio Adentro tenga dentro de sus actividades el cumplimiento de estos dos aspectos, considerados componentes básicos de la atención integral (ver cuadro 9), tal como fue reseñado supra en el punto 4.2.4 sobre Equipo Básico de Salud.

Al respecto, el Manual de Trabajo del Equipo Básico de Salud del Consultorio Popular puntualiza de forma clara los objetivos que se persiguen tanto en promoción de la salud como en prevención de enfermedades y describe, además, las actividades que debe ejecutar el EBS para alcanzarlos. Así, en materia de promoción plantea:

- a) Promover acciones de salud que contribuyan con los conocimientos, actitudes y prácticas saludables en la población, haciendo énfasis en la participación activa de la comunidad organizada y la intersectorialidad (Intermisiones Sociales).
- b) Desarrollar acciones que permitan alcanzar cambios positivos en la integración social de la persona, familia y la comunidad.

Y en la prevención de riesgos, enfermedades y otros daños a la salud busca:

- a) Prevenir la aparición de riesgos, enfermedades y otros daños a la salud de la población.
- b) Realizar acciones integrales de salud en ambientes especiales, haciendo énfasis en el ambiente escolar y ocupacional.
- c) Garantizar el diagnóstico precoz y la atención médica integral y dispensarizada. (MPPS, 2017c, p.75).

En este aspecto, es preciso resaltar que no todos los miembros del EBS de los Consultorios Populares tienen conocimiento de estos objetivos, puesto que desconocen la existencia de este Manual de trabajo y de otros documentos normativos que rigen su trabajo como lo son la Guía práctica de programas de salud priorizados para el EBS en la RACS y los Lineamientos rectores para la gestión de la RACS en el ASIC, textos claves para quienes laboran en los Consultorios Populares. Al interrogar sobre estos documentos a quienes integran el EBS del Consultorio respondieron vagamente, con evasivas, refiriéndose a otros documentos que reposan en los CP.

Esta situación pudiese deberse a que el personal del EBS no recibió ningún tipo de inducción cuando fueron contratados para prestar sus servicios en un CP de la Misión Barrio Adentro. Tanto el médico como la enfermera entrevistada fueron enfáticos al señalar que conocen sus funciones por su preparación profesional, pero que no recibieron ningún tipo de inducción particular y/o específica sobre el trabajo

que desarrollarían en estos Consultorios. Las respuestas dadas por el Equipo Básico de Salud fueron las siguientes:

Informante 1.-

Cuando fui contratado para prestar mis servicios en Barrio Adentro no se me brindó ningún tipo de inducción o taller donde me informaran de todas las funciones o actividades que debía realizar. Simplemente se me indicó que el horario de trabajo era de 8am hasta las 4pm, abarcando presencia en el Consultorio y Terreno. En los consultorios pude revisar algunos folletos y unas hojas impresas archivadas en una carpeta, como una especie de libro. Allí hay información sobre diversos aspectos. Sin embargo, no parece estar completo y hay información repetida.

Sobre los documentos que rigen nuestro trabajo, pues sí sé que existen. En el consultorio reposan algunas páginas impresas en una carpeta. Las he revisado, pero no en su totalidad. El trabajo diario no da chance. Estos documentos no están actualizados, hay información repetida con fechas de varios años. Además, en todos los consultorios que he trabajado no está ese material.

Informante 2.-

Como profesional de enfermería ya sé, conozco mis funciones como tal. Cumpló mis funciones de enfermera comunitaria asistencial. También sé que tengo otras funciones de docencia y administrativas. Pero en verdad, no he recibido ningún taller adicional como tal donde me explicaran las actividades más específicas que iba a desempeñar en el consultorio.

Informante 3.-

Soy técnico medio en servicio de salud con 12 años de experiencia trabajando para Barrio Adentro, en varias instituciones. No recibí ningún tipo de inducción adicional cuando empecé a trabajar en Barrio Adentro, porque yo ya venía del INCE, ya había estudiado sobre eso.

Se debe tener presente que, si bien en los Consultorios Populares se brinda atención curativa a las personas que así lo requieran, el fundamento básico de la Misión Barrio Adentro I radica en los aspectos de promoción y prevención tal y como se evidencian en sus objetivos específicos. De allí, la necesidad de la educación, formación y concientización como herramientas clave para facilitar que el EBS, así

como los líderes comunitarios y usuarios de la Misión Barrio Adentro I, se conviertan en actores activos para la promoción de la salud y prevención de enfermedades. Es importante resaltar que, para que estas herramientas funcionen efectivamente, la comunicación se constituye en factor fundamental y, por ende, debe planearse cuidadosamente si se desean lograr los cambios de conducta de los actores involucrados.

Asimismo, hay que tener presente en todo momento que un cambio de comportamiento no se obtiene de manera inmediata con la implementación de una u otra acción determinada, sino que se trata de un proceso que debe desarrollarse por etapas, siguiendo las pautas del modelo de Andreasen: a) pre-consideración, abarca la fase de información y concientización, b) consideración, implica la actuación sobre las creencias, c) actuación, referido a la capacitación y facilitación, y d) mantenimiento, brindado el apoyo posterior necesario para que el cambio se mantenga en el tiempo.

Sin duda alguna, hacer uso de las herramientas de marketing social facilitaría el trabajo de promoción y prevención de la Misión Barrio Adentro y permitiría ganar voluntarios en esta línea de acción, para así dar pasos hacia la consecución de uno de los objetivos específicos de este Programa: potenciar capacidades y habilidades de los recursos humanos institucionales y comunitarios mediante la educación y formación permanente. Partiendo de lo dicho, podría utilizarse, en primera instancia, el marketing social interno involucrando a los empleados y voluntarios que pertenecen a la Misión; y en segundo lugar, servirse del marketing social externo para planificar y desarrollar actividades con aquellos públicos que no forman parte de la organización que promueve la campaña, es decir, las comunidades seleccionadas, a quienes finalmente debe dirigirse todo el esfuerzo de promoción y que son precisamente el público objetivo de la Misión Barrio Adentro, al cual debe brindársele las herramientas para alcanzar una mejor calidad de vida.

En este contexto, es primordial el desarrollo de diversas estrategias que permitan que el EBS se constituya en un actor activo en torno a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades (marketing social interno). Por ello se propone

su documentación y formación, facilitando el acceso a los libros normativos que rigen su trabajo, la participación en talleres y/o cursos, así como en seminarios y/o diplomados para su actualización profesional; estrategias estas que se definen más adelante.

Paralelamente, este personal podrá fomentar la participación de los usuarios de estos consultorios y de los demás miembros de la comunidad a tomar acciones en pro del bienestar físico, mental, social y ambiental de la colectividad (marketing social externo). Es menester acotar que estas acciones deben realizarse considerando la clase social, género y edad de los actores sociales a quienes van dirigidas, a fin de que tengan la aceptación debida y surtan el efecto deseado. Se sugiere, por ejemplo, el desarrollo de seminarios y talleres, la planificación de jornadas de trabajo y la distribución de folletos y/o trípticos informativos.

De allí la importancia de diseñar e implementar un programa de marketing social desarrollado por expertos en el área de cambio social, donde se definan claramente todos sus elementos (causa, agente de cambio, destinatarios, canales y estrategia de cambio) y se fundamente en información fidedigna sobre la problemática sanitaria que desea abordarse, ya sea en materia de promoción de la salud y/o de prevención de riesgos y enfermedades. En este aspecto resulta fundamental el aporte que pudiesen dar los ASIC como centros de registro donde se consolida la data que refieren los ASIS de cada Consultorio Popular adscrito y otros entes tales como CDI, SRI, Consejos Comunales, Misiones educativas, Base de Misiones y escuelas, entre otros. Al respecto de estas estadísticas, el EBS entrevistado señaló:

Informante 1.-

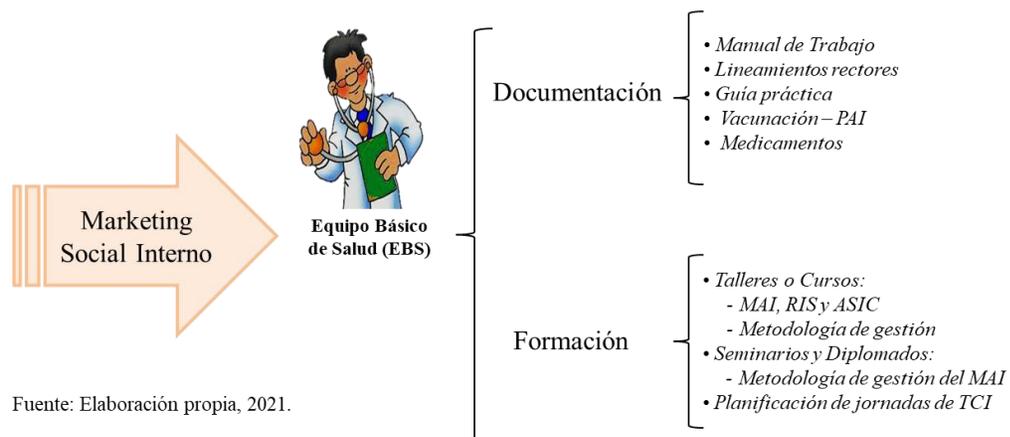
Ese día de la reunión metodológica nosotros entregamos al ASIC las estadísticas semanales cumpliendo con los formatos que se nos exigen. Y una vez al año tenemos que entregar también el ASIS con los datos actualizados del consultorio.

Informante 3.-

De esas cosas que nosotros hacemos llevamos unas estadísticas que llevamos a Fundasalud. Lo hacemos mensualmente. Antes las entregábamos en el ASIC. Ahora hacemos dos planificaciones: una para Barrio Adentro y otra para Fundasalud. Y también dos vaciados de los reportes.

Tomando en consideración el análisis teórico realizado sobre marketing social, la revisión exhaustiva acerca de la Misión Barrio Adentro, el Modelo de Atención Integral y su metodología de gestión, así como la narrativa vivencial referida por el EBS entrevistado es factible plantear, a modo de sugerencia, las siguientes acciones a tomar en cuenta para el diseño e implementación de un programa de marketing social interno en la Misión Barrio Adentro I (ver figura 24):

Figura 24: Marketing social interno para Barrio Adentro I



- Facilitar al EBS de cada Consultorio Popular los documentos normativos que deben manejar. Considerando que la consignación impresa de estos documentos podría resultar en costos elevados para el Estado, la opción más factible sería la utilización de la página web del MPPS para colocar allí links o enlaces de acceso y/o descargas en pdf. Es sabido que, en su mayoría, los CP disponen del servicio de internet con conexión Wifi, lo que facilitaría la consulta de estos documentos por parte de los miembros del EBS en el mismo sitio de trabajo. En este sentido, es preciso dar a conocer al EBS las direcciones electrónicas o links donde pueden ubicarse estos documentos en la web. Podrían aprovecharse las

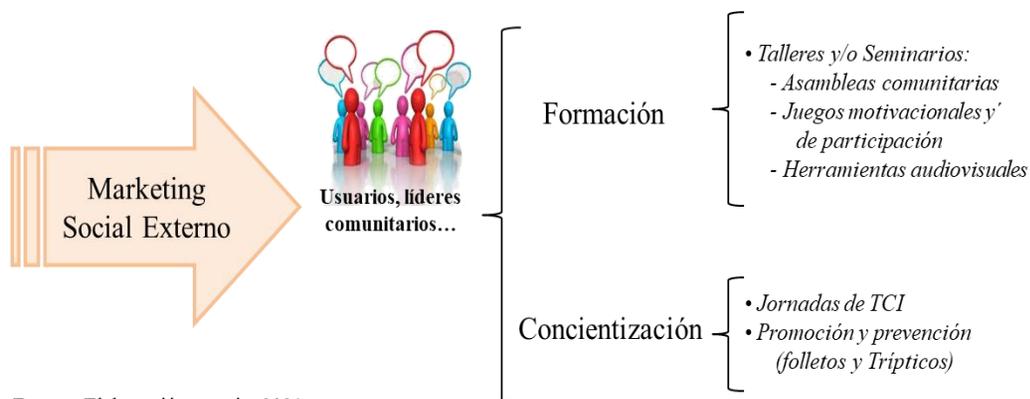
llamadas “reuniones metodológicas” que se realizan semanalmente en los ASIC para hacer llegar esta información al Equipo de Salud.

- Planificar talleres o cursos para el EBS que permitan su formación en diversos aspectos de su interés y la posibilidad de erradicar y/o disminuir malos hábitos o prácticas equivocadas en su desempeño laboral. Esta formación debe ser coordinada y/o promovida por el ASIC correspondiente tomando en consideración el desarrollo del proceso de asistencia-docencia. La sugerencia es que se implemente por etapas, de manera que garantice la captación, comprensión y posterior puesta en práctica de los contenidos desarrollados en cada uno de estos talleres. Se propone, por ejemplo, iniciar con un programa de inducción sobre sus funciones, de modo que permita al EBS aclarar dudas respecto al cumplimiento de sus obligaciones laborales. Posterior a esta inducción, pasar a una etapa de formación donde se haga énfasis en el Modelo de Atención Integral (MAI) y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS) y las Áreas de Salud Integral Comunitarias (ASIC) así como la metodología para gestionar el modelo de atención integral como elemento clave en la búsqueda del mejoramiento de los determinantes de la salud y la calidad de vida de la población, el cual es el objetivo central de la Misión Barrio Adentro.
- Estudiar la posibilidad de ofertar seminarios y/o diplomados que permitan a los futuros Médicos Integrales Comunitarios, una formación más profunda en la metodología para gestionar el Modelo de Atención Integral. De esta manera se irían familiarizando con su aplicación y podrían participar como facilitadores al momento que el EBS realice actividades de promoción y prevención en las comunidades donde hacen vida. Esta propuesta tiene cabida en virtud que en las ASIC se llevan a cabo los procesos de formación de estos futuros profesionales.
- Utilizar las “reuniones metodológicas” que se desarrollan en las ASIC, los días viernes de cada semana, como instancias de planificación de Jornadas de Trabajos Comunitarios Integrales (TCI). Teniendo presente que el ASIC debe fomentar, promover y orientar la investigación científica para el conocimiento y

mejoramiento del estado de salud de la población y que en esta unidad se compila la información estadística de los CP adscritos se facilitaría el diagnóstico y análisis de salud de cada comunidad y la determinación de los problemas prioritarios de salud que hay que atender.

Con respecto al marketing social externo, se propone considerar las siguientes acciones I (ver figura 25):

Figura 25: Marketing social externo para Barrio Adentro I



Fuente: Elaboración propia, 2021.

- Promover el desarrollo de seminarios y/o talleres para el EBS y los actores sociales comunales (promotores y líderes vecinales, comités de salud, consejos comunales, laicos, etc.) que giren en torno a la organización y desarrollo de asambleas comunitarias, juegos motivacionales y de participación, manejo de herramientas audiovisuales entre otras, que faciliten su intervención en las comunidades y garanticen la participación activa de la misma en la solución de los problemas de salud que presenta. De este modo se da cumplimiento a lo establecido en el “Manual de Trabajo del Equipo Básico de Salud del Consultorio Popular”, documento normativo emanado del MPPS.
- Planificar jornadas de Trabajo Comunitario Integral (TCI) que vayan en procura de dar respuesta a la problemática real de salud que aqueja a la comunidad, generando tanto un espacio asistencial como de formación. Estas jornadas podrán surgir tanto del ASIC como por iniciativa del propio EBS del Consultorio que funciona en la comunidad. Serían convenientes planificarlas

para los fines de semana e informar con antelación a la comunidad a fin de garantizar la asistencia masiva de las personas a esta jornada especial.

- Impulsar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades a través de trípticos y/o folletos que contengan información clara y precisa sobre diversos tópicos de salud, diagramados en forma didáctica y atractiva que faciliten su comprensión y la aplicación o puesta en práctica de sus recomendaciones por parte de los lectores. La temática a presentar en este material se determinaría a través de los Análisis de Situación de Salud (ASIS) de cada comunidad y la distribución del mismo podría efectuarse en las Jornadas de Dispensarización o TCI. Es importante recordar que en las ASIS se realizan actividades de investigación que tienen su origen o parten de las necesidades de la población y de los problemas de salud priorizados en el plan de acción comunal del ASIS y que el Sistema de Información en Salud representa la base fundamental que soporta la toma de decisiones, elaboración de estrategias de intervención en salud y el diseño de políticas públicas.

La figura 26 muestra en forma conjunta la tipología antes descrita.

Figura 26: Tipología del marketing social en la Misión Barrio Adentro I



Fuente: Elaboración propia, 2021.

Como complemento de estas acciones concretas, también es factible sugerir las siguientes consideraciones con el objeto de favorecer la educación, formación y

concientización en materia de promoción de la salud y prevención de riesgos y enfermedades:

- Establecer comunicaciones con el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), específicamente con la Oficina de Comunicación e Información, la Oficina de Sistemas y Tecnología de la Información y Comunicación y la Dirección General de Promoción y Participación Popular en Salud del Despacho del Viceministro de Salud Integral, a objeto de analizar la posibilidad de crear, reproducir y/o divulgar material educativo que coadyuve con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Este material podría abarcar afiches, trípticos y/o folletos impresos, así como también material audiovisual que pudiese transmitirse por diversos medios de comunicación nacionales y locales (radio, prensa, televisión), sin dejar de lado los medios electrónicos disponibles (páginas web, redes sociales oficiales, correos electrónicos, etc.). El material impreso puede distribuirse a través de las Redes Integradas de Salud, de modo que estén disponibles en hospitales (red hospitalaria), ambulatorios urbanos, Centros de Alta Tecnología y clínicas populares (red ambulatoria especializada) y los Consultorios Populares, Centros de Diagnóstico Integral y Salas de Rehabilitación Integral (red de atención comunal). Por su parte, el material audiovisual -documentales o micros informativos- puede reproducirse en las Salas de Espera, pues los CP disponen de equipos de televisión y DVD.
- Promover comunicaciones interinstitucionales entre el Ministerio del Poder Popular para la Educación y el Ministerio del Poder Popular de Información y Comunicación con miras a establecer convenios que faciliten la impresión de los libros del MPPS y de cualquier otro material de interés en materia de promoción de salud y prevención de enfermedades, tal y como se hace con los textos de la Colección Bicentenario que se distribuyen gratuitamente en las instituciones de educación pública del país.
- Solicitar apoyo a los medios de comunicación locales (radio y televisión) para tener un espacio dentro de su programación dedicado a la promoción de la salud

y la prevención de enfermedades. Podría tratarse de un programa propiamente dicho y/o micros informativos con mensajes concretos, bien diseñados. En los programas podrían incluirse entrevistas al personal que labora en las distintas instancias del sector salud: Fundasalud, Barrio Adentro, ASIC, abordando diversas temáticas de interés a las comunidades. Los micros informativos deben tener una duración promedio de 30 a 40 segundos, con un intervalo de repetición no mayor de una hora, para que pueda surtir el efecto deseado. Estos programas y micros informativos pueden ser vistos por los usuarios mientras están en la Sala de Espera del CP, a través de sus equipos de televisión. Para la implementación de esta acción, se sugiere por ejemplo la emisora Radio 2000 (AM) que, en alianza con las emisoras Antena (FM) y Carnaval (AM), promueven programas conjuntos, abarcando de esta forma un área geográfica mayor en función del espectro radial.

La figura 27 sintetiza en forma integral todas las acciones señaladas.

Figura 27: Marketing social en la Misión Barrio Adentro I



Fuente: Elaboración propia, 2021.

Con la adopción y puesta en práctica de estas estrategias y/o acciones se pueden lograr cambios cognitivos en las personas, estimular acciones benéficas para la salud, cambiar comportamientos nocivos y afianzar valores en la sociedad: objetivos del marketing social.

5.3. Elementos claves de una campaña de cambio conductual que facilitan el logro de los objetivos de promoción y prevención de la Misión Barrio Adentro I

Lograr el cambio de conducta de las personas es posible a través de diversas estrategias y/o acciones. Al respecto, los estudiosos de la materia (Kotler y Levy, 1989; Leal, 2000; Santesmases, 2004) exponen que pueden emplearse tres enfoques: educativos, persuasivos y modificación del comportamiento, especificando las siguientes acciones para lograr un cambio social: información y educación, persuasión y propaganda, controles sociales, sistemas de suministro, incentivos y/o desincentivos económicos, regulaciones y controles legales, consejos clínicos y modificación del comportamiento. En otras palabras, pueden implementarse estrategias tecnológicas -por medio de la modificación de los productos-, económicas -a través de la imposición de costos o recompensas-, político/legales -con la aprobación de leyes-, educativas -enfocadas en la instrucción- y el marketing social que utiliza las técnicas de comercialización.

Indudablemente, que un cambio conductual no se logra de forma inmediata con la aplicación de tal o cual acción; sino que viene condicionado a la aceptación, modificación o eliminación de ideas o prácticas sociales, requiriendo entonces que sea desarrollado por etapas, siguiendo por ejemplo el modelo sugerido por Andreasen (s.f., citado en Zambrana, 2012): a) *pre-consideración*, fase de información y concientización, b) *consideración*, etapa de actuación sobre las creencias, c) *acción*, momento para la capacitación y facilitación y d) *mantenimiento*, puesto que es preciso una fase de apoyo.

Por lo tanto, para promover un cambio conductual se requiere de una efectiva campaña de cambio social, es decir, un esfuerzo organizado por un grupo (agente de

cambio) que convence a otros (destinatarios) de aceptar, modificar o abandonar ideas, actitudes, prácticas o conductas. Esfuerzo que se hace para sensibilizar a la comunidad ante una problemática determinada y promover las acciones necesarias de apoyo a la causa social escogida. En el desarrollo de esta campaña es preciso identificar los siguientes elementos: causa u objetivo social, agente de cambio, destinatarios, canales o vías de comunicación y distribución y la estrategia de cambio.

Causa: se refiere al objetivo social que los agentes de cambio consideran que ofrecerá una respuesta acertada a un problema social. En el caso específico de la Misión Barrio Adentro, queda claro que la causa viene dada por la selección de un problema de salud que amerite su atención inmediata a través de adecuadas campañas de promoción y/o prevención. La escogencia del mismo debe surgir de la información emanada de los Consultorios Populares, donde se llevan estadísticas y se desarrollan Análisis de Situación de Salud (ASIS) de la comunidad donde funcionan, la cual es consignada y consolidada en las Áreas de Salud Integral Comunitarias (ASIC) de cada estado.

Informante 1.-

... nosotros entregamos al ASIC las estadísticas semanales... Y una vez al año tenemos que entregar también el ASIS con los datos actualizados.

Por tanto, es primordial conocer la opinión de los distintos públicos (actores sociales) que hacen vida en las comunidades. Así, partiendo de las particularidades de cada comunidad podría identificarse la prevalencia común en todas éstas y desarrollar un plan de marketing social que permita su abordaje de forma eficaz.

Por ejemplo, en los últimos años, el Paludismo ha estado presente, podría decirse, en todas las comunidades del municipio Sucre del estado Sucre. De manera específica, en la comunidad de Bebedero, en el Análisis de Situación de Salud (ASIS, 2020) del Consultorio Popular Bebedero I, se refieren 31 casos positivos, quienes fueron monitoreados por el Equipo Básico de Salud para garantizar el cumplimiento del tratamiento. Ante esta situación, el EBS brindó charlas informativas a los pacientes que acudían al Consultorio y realizó carteleras alusivas a esta enfermedad,

señalando vectores de transmisión, tratamiento y medidas de control que debían tomarse para evitar su propagación como una forma de promoción y prevención. Al respecto, expusieron lo siguiente en sus entrevistas:

Informante 1.-

En este consultorio sí se realizan actividades de promoción y prevención. Al llegar en la mañana cuando hay suficientes pacientes se les dan charlas de hipertensión arterial, recomendaciones sobre patologías que están en auge como tuberculosis, paludismo. También se les habla sobre las medidas higiénicas en la casa, la limpieza y aconseja acudir al médico antes de auto-meducarse para así evitar consecuencias o complicaciones mayores. De estas actividades se deja constancia en la hoja de cargo diario, donde se dice que charla se dio y cuántas personas participaron. Este trabajo lo hace también la enfermera y algunas veces la promotora.

Informante 2.-

En el consultorio hemos preparado diversas carteleras informativas sobre hipertensión, diabetes, diarrea. Así los pacientes pueden ir leyendo, informándose de algunas medidas que deben tomar si presentan estas enfermedades y como prevenirlas. En el trabajo diario se abordan los problemas de hipertensión, diabetes y asma. Se hace a través de charlas y con las carteleras. Quizás las charlas no sean suficientes, pero es lo que podemos hacer. No tenemos equipos audiovisuales ni ningún otro medio que nos ayude en estas acciones de promoción y prevención.

Informante 3.-

Todas las actividades de promoción y prevención la hacemos con charlas y las carteleras. No tenemos equipos audiovisuales ni ningún otro medio. Además, si tuviéramos, quizás ya los hubieran robado. Nosotros hablamos, hablamos y hablamos. Por lo menos ahorita está el cao del paludismo. Cada paciente que va a consulta se le orienta, qué debe hacer, qué es lo que va a consumir, que no debe consumir.

Por su parte, los entes de salud del municipio se enfocaron en la realización de pruebas de laboratorio (Gota Gruesa) a las personas que mostraban síntomas y la entrega de medicamentos para tratar la enfermedad. No obstante, fueron menos notorios sus esfuerzos por realizar campañas de prevención que detallaran las

medidas (higiénicas, ambientales, etc.) que deben tomarse para evitar la propagación de esta enfermedad.

En el caso de enfermedades crónicas no transmisibles, en la comunidad de Bebedero prevalecen la Hipertensión Arterial, la Diabetes Mellitus y el Asma Bronquial. Sobre estas patologías también se efectuaron carteleras informativas y se ofrecieron charlas en el propio consultorio por parte del equipo de salud, cumpliendo así, de alguna manera, con su función de prevención y promoción en materia de salud.

Los usuarios entrevistados también señalaron estas enfermedades en sus propuestas para un programa piloto de atención.

Informante 4.-

... atendería la diabetes y la hipertensión que son las enfermedades o padecimientos más frecuentes en la comunidad.

Informante 7.-

Pienso que en la comunidad se debe atender la problemática de las aguas estancadas, ya que eso afecta la salud. Hay brotes de paludismo y eso afecta a muchos niños y las personas de la tercera edad.

La morbilidad de estas enfermedades las presenta como principales objetivos de interés para el desarrollo de una campaña de marketing social en la Misión Barrio Adentro I del municipio Sucre del estado Sucre.

No hay que olvidar que el concepto de salud está condicionado por varios aspectos (físico, mental, social y ambiental) que requieren ser considerados. Por consiguiente, es factible también pensar en los factores de riesgos presentes en la comunidad como posibles objetivos para una campaña de cambio conductual. Así, por ejemplo, el hábito de fumar y el consumo de alcohol y drogas. De igual forma, las personas deben tomar conciencia que el aspecto ambiental no depende únicamente de los servicios y/o acciones que puedan emprender los entes gubernamentales. En este sentido, es preciso que comprendan que el mal hábito de verter aguas residuales y basura a la calle puede desencadenar diversos problemas de salud. Todos tenemos

parte de esta situación y de allí la necesidad de un cambio de conducta para aprender a ser mejores ciudadanos.

Agente de cambio: constituido por individuos u organizaciones que buscan generar un cambio social. Las campañas de marketing social, la mayoría de las veces, son elaboradas e implantadas por profesionales de los organismos públicos nacionales, estatales o municipales y/o por Organizaciones No Gubernamentales (ONG). En el caso que nos atañe, correspondería al Ministerio del Poder Popular para la Salud y/o cualquiera de sus dependencias, el abordaje de los problemas sociales de salud concientizando a la población para que acepte, cambie o elimine ciertas conductas que generarán beneficios colectivos. En este sentido, son diversas las instituciones que pudieran plegarse al fomento de campañas de marketing social en procura de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Cabe mencionar las organizaciones que conforman la Red Integral de Salud (RIS), Fundaciones y Áreas de Salud Integral Comunitarias (ASIC), así como también el Ipasme y la Cruz Roja.

En estas instituciones deberían existir equipos de trabajo o comités conformados por especialistas en marketing social que se encarguen del diseño de estrategias asertivas, adecuadas a cada realidad social, que permitan la promoción de la salud y prevención de enfermedades. En el caso del MPPS, esta unidad administrativa podría estar ubicada en el Nivel Asesoría de Apoyo o en el Nivel Sustantivo, específicamente en el Despacho del Viceministro de Salud Integral, desde donde podrían brindar sus servicios a todos los entes de salud pública. De igual forma, a Nivel Desconcentrado territorial, se conformarían estos equipos de trabajo adscritos a las Direcciones Estadales de Salud.

De manera específica, en el estado Sucre ubicamos la Fundación para la Salud (Fundasalud Sucre), la Fundación Misión Barrio Adentro, así como las diferentes ASIC y sus Consultorios Populares (CP) adscritos, como potenciales agentes de cambio. En este sentido, estas instituciones deben abrir los canales necesarios que permitan a los diferentes públicos (actores sociales) hacer llegar sus opiniones sobre

los problemas de salud que los aquejan. Vale la pena señalar como ejemplo las estadísticas que semana tras semana se entregan desde los CP a las ASIC.

En el municipio Sucre se encuentran cuatro ASIC, destacándose Julio Rodríguez, por ser la que concentra más consultorios adscritos (ver supra tabla 12). Allí converge la información que emana de 40 CP, dentro de los cuales se incluyen Bebedero, Bolivariano, Tres Picos, Llanada y Brasil, ubicados en las comunidades identificadas con más casos de Paludismo. Estas ASIC también están en el deber de recopilar información en materia de salud de otros establecimientos e instituciones tales como CDI, SRI, Consejos Comunales, Base de Misiones y escuelas. Esta información es crucial para que los equipos de marketing social, tanto a nivel estatal como municipal, generen los programas y campañas de cambio conductual acordes a cada realidad particular.

Hay que tener presente que

el sector sanitario no puede por sí mismo proporcionar las condiciones previas ni asegurar las perspectivas favorables para la salud y, lo que es más, la promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los implicados: los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación. Las gentes de todos los medios sociales están involucradas como individuos, familias y comunidades. A los grupos sociales y profesionales y al personal sanitario les corresponde especialmente asumir la responsabilidad de **actuar como mediadores** entre los intereses antagónicos y a favor de la salud. (Carta de Ottawa, 1986)

Destinatarios: identificados como los individuos, grupos o poblaciones enteras que son el objetivo de los llamados al cambio. Se debe tener siempre presente que todo programa de marketing social lleva implícito la selección de la población objetivo, es decir, los sujetos involucrados en la problemática que se desea afrontar. Lógicamente, si se piensa en el trabajo que se desarrolla en los consultorios de la Misión Barrio Adentro I, los destinatarios vendrían a ser los usuarios y demás personas que habitan en la comunidad donde funciona dicho establecimiento, así como los propios miembros del EBS.

En la actual Constitución de Venezuela (1999) se promueve la participación como factor clave de acercamiento de la población, ya sea en forma individual o colectiva, en la toma de decisiones, fiscalización, control y ejecución de las políticas públicas. Asimismo, la Ley de los Consejos Comunales (2009) hace eco de esta participación en la conformación de estos Consejos y los Comités de trabajo correspondientes. En consecuencia, en las comunidades organizadas deben funcionar los llamados Comités de Salud, instancias que deben promover e impulsar acciones en pro de contribuir a la consecución colectiva de salud y calidad de vida de la comunidad a la que representa, apoyándose en acciones participativas de cogestión y corresponsabilidad con los órganos de la administración pública establecidos en el sector salud.

En este orden de ideas, es imperativo señalar que el Equipo Básico de Salud (EBS) debe procurar una relación cordial con los miembros de la comunidad a objeto de identificar los líderes comunales, promotores y voceros de salud de los Consejos Comunales para involucrarlos en el proceso de cambio conductual como actores sociales activos que promuevan la sensibilización, concientización y participación activa del colectivo.

No obstante, la realidad de las comunidades demuestra que efectivamente se conforman los Consejos Comunales con sus Comités de Salud, pero esto no significa el cabal cumplimiento de sus funciones en pro de garantizar la prevención, supervisión, vigilancia, evaluación y control en materia de salud. Esta apatía en el ejercicio de sus responsabilidades se refleja también en la participación que ejercen en las actividades que son promovidas por algunas dependencias gubernamentales.

Así, por ejemplo, en el caso específico de la comunidad de Bebedero, los miembros del EBS señalaron que ante el llamado a reuniones o cualquier otra actividad propuesta desde el Consultorio Popular, su asistencia era escasa dando excusas o justificándose por no brindar su apoyo o colaboración. Esta situación cambiaba cuando se trataba de jornadas de vacunación promovidas desde instancias superiores de salud; allí la participación de los líderes y voceros comunales se hacía sentir. Lo antes descrito deja entrever que el liderazgo y la participación de las

comunidades pareciera estar condicionado al elemental recibimiento de algunos beneficios siempre y cuando eso no les exija esfuerzo o compromiso alguno como contraparte. Los entrevistados alegaron lo siguiente:

Informante 1.-

Hace tiempo se planificó una reunión con los Comités de Salud, promotores y otros líderes de la comunidad, pero no asistieron. Son poco colaboradores. Sólo hacen presencia los que trabajan en el consultorio. Esta invitación se hizo una vez y se trató sobre las necesidades físicas, estructurales y de equipo médico quirúrgico del Consultorio. El EBS no cuenta con el apoyo de la comunidad para el desarrollo de actividades de promoción y prevención. Se ha buscado su participación, pero la gente es muy apática. No acuden porque no quieren asumir responsabilidades, simplemente quieren ir al Consultorio y que les den los medicamentos que necesitan.

Informante 2.-

Yo soy de acá de esta comunidad, conozco los líderes del Consejo Comunal, del Clap y cuando se convocan a las personas para alguna reunión en el Consultorio no asisten. No están dispuestos a colaborar. Me acompañan cuando hay jornadas de vacunación y entrega de medicamentos, pero de resto no hay participación.

No debe olvidarse que, si bien el marketing social procura el cambio de conductas, ya sea a través de la adopción, modificación o eliminación de ciertas actitudes en pro de beneficios colectivos, hay que tener en cuenta que se trata de una adhesión voluntaria del público objetivo (destinatario). Por ende, al diseñar el programa de marketing social deben considerarse sus convicciones, valores, creencias y actitudes, puesto que pudiesen convertirse en un obstáculo difícil de salvar. En este orden de ideas, los micros informativos sugeridos previamente podrían emplearse para este fin y así ir ganando voluntades para el cambio de comportamiento.

Cada comunidad tiene sus particularidades y conocer estos aspectos es tarea fundamental para el EBS cuando realiza el censo y registro como parte de su trabajo de dispensarización. La formación profesional del EBS juega papel importante en este aspecto, ya que sus conocimientos sobre psicología y comportamiento humano le permiten hacer un diagnóstico certero. Esta información es crucial para la correcta

elección de las estrategias a seguir. En este contexto, los miembros del EBS de la comunidad de Bebedero manifestaron estar “ganados”, dispuestos a participar en un programa de prevención y promoción que les ayude a mejorar la calidad de vida de las personas que están bajo su área de influencia sanitaria.

Informante 1.-

Si me gustaría participar en ese tipo de programas, para aprender más y así ayudar a las personas a cambiar sus malos hábitos. Por más que uno les dice, muchos no hacen caso. Hace falta aprender nuevas cosas a ver si así logramos mejores resultados en promoción y prevención. Estos programas pilotos deberían hacerse los fines de semana para garantizar una mayor participación de las personas.

Informante 2.-

Yo estaría dispuesta a participar en un programa piloto para ayudar a las personas a cambiar sus malos hábitos y mejorar su salud. La prevención es lo primero. En esta comunidad yo atendería los problemas de hipertensión, diabetes y asma. Y estas actividades las planificarían los fines de semana para que las personas puedan asistir.

Informante 3.-

Yo sí, claro que estaría dispuesta a participar en un programa que ayude a la gente a cambiar sus malos hábitos, con prevención y promoción. Yo atendería primordialmente el problema del paludismo, porque hay muchos focos. Antes fumigaban, echaban abate, todo ese tipo de cosas. Pero ahora nada de eso. Me parece que los fines de semana sería lo ideal para estas jornadas cuando las personas están en su casa, porque pues la mayoría trabaja. Estas jornadas pudieran ser mensuales. Por ejemplo, las personas hacen limpieza en sus casas y después el gobierno hace la fumigación en la comunidad. Así, de parte y parte si dará resultados.

Incluso, los usuarios manifestaron querer participar en programas pilotos que les ayuden a cambiar sus hábitos y mejorar su salud.

Informante 8.-

Yo estaría dispuesta a participar en un plan piloto para ayudar a las personas a cambiar sus malos hábitos... Pienso, que estas jornadas

sería mejor hacerlas los fines de semana, ya que la mayoría de las personas trabajan de lunes a viernes y así estarían en su casa y aprovecharían mejor para ser vistos por este Equipo de Salud.

Informante 11.-

Yo sí participaría en jornadas para ayudar a la gente a cambiar sus hábitos de salud... Estas jornadas especiales deberían hacerse los fines de semana porque las personas están en sus casas, desocupadas de sus trabajos.

Canales: alude a las vías de comunicación y distribución a lo largo de las cuales se intercambian y transmiten la influencia y respuesta entre los agentes de cambio y los destinatarios. Son el puente que hace posible el contacto entre los dos grupos de sujetos involucrados, por tanto, la comunicación efectiva es un eslabón fundamental en un programa de cambio de comportamiento implementado a través del marketing social. De allí la importancia de desarrollar una estrategia comunicacional efectiva siguiendo los siguientes pasos: a) identificación de la audiencia meta, b) determinación de la respuesta deseada, c) selección de un mensaje, con mensajes asertivos, d) Selección de medios, y e) información de retroalimentación.

Esta secuencia de pasos implica el conocimiento de las características de la población objetivo, así como su disposición al cambio pues de ello dependerá qué se dirá, cómo, cuándo, dónde y quien lo dirá. Lógicamente el mensaje a transmitir estará en función de la causa del programa de marketing social y para que sea efectivo debe cumplir con el modelo AIDA (llamar la *atención*, retener el *interés*, despertar el *deseo* de cambio y provocar la *acción*), cuidando el qué se va a decir (contenido del mensaje) y cómo decirlo (estructura y formato). La escogencia del canal de comunicación también es importante, pues la efectividad del mensaje para lograr el cambio social esperado varía en función del medio empleado (personal o impersonal).

El agente de cambio debe evaluar entonces las ventajas y desventajas de los distintos medios de comunicación disponibles acordes al mensaje que desea transmitirse y la población destinataria. Asimismo, la creación de los mensajes no puede dejarse al azar, sino que deben ser desarrollados por personal experto en la materia, para que surta el efecto deseado.

En concordancia con las propuestas anteriormente expuestas, se plantea entonces el uso de los dos canales: a) el personal, que viene dado por el encuentro o contacto entre los agentes de cambio y los destinatarios; y b) el no personal, por el uso de medios de comunicación, ya sea radio, televisión, redes sociales, etc.

En el caso de las comunidades donde funcionan los CP, el EBS pudiese fungir como una canal de enlace que haría posible la transmisión de información entre los agentes de cambio y los destinatarios. Asimismo, los líderes vecinales juegan un papel preponderante, al constituirse en el canal de apoyo clave para el desarrollo del programa de marketing social.

Es importante resaltar en este punto el papel que juegan las ASIC como agentes de cambio. Estas instancias son las gestoras del Sistema de Información en Salud y por tanto representan la base fundamental que soporta la toma de decisiones, elaboración de estrategias de intervención en salud y el diseño de políticas públicas. En ellas se gestionan y consolidan todas las informaciones de las actividades que se generan desde y hacia los centros asistenciales que la conforman. Información primordial para el desarrollo de una campaña comunicacional efectiva, con mensajes asertivos que sean acogidos por los destinatarios y se genere, finalmente, el cambio de comportamiento esperado.

Estrategia de cambio: refiere la dirección y el programa adoptados por el agente de cambio a fin de lograr su cometido en la conducta de los destinatarios, pudiendo implementar estrategias tecnológicas, económicas, educativas, político/legales y de marketing social.

Como ya se ha hecho explícito, el marketing social involucra a dos unidades sociales claramente identificadas (agente de cambio y destinatarios), donde el conocimiento de las convicciones, valores, creencias y actitudes de la población objetivo es vital para diseñar la campaña de cambio social, favoreciendo así una respuesta voluntaria (participación activa) de los actores involucrados en la problemática que se aborda. Dicha campaña puede estar dirigida a un público que no pertenece a la organización agente de cambio (marketing social externo), a sus

propios empleados (marketing social interno) o incluso propiciar un contacto personalizado entre el público interno y el externo (marketing social interactivo).

Lógicamente, todas las estrategias y programas de promoción de la salud que se planteen deben adaptarse a las necesidades locales y a las posibilidades específicas de cada región y tener en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos, tal como lo refiere la Carta de Ottawa (1986).

Al analizar los objetivos específicos de la Misión Barrio Adentro I tendientes a implantar un modelo de gestión participativo que responda a las necesidades sociales de la población, haciendo énfasis en la promoción de salud y calidad de vida, así como potenciar las capacidades y habilidades del recurso humano institucional y comunitario por medio de la educación y formación permanente, es factible considerar el marketing social como la estrategia de cambio más adecuada para que se logren estos objetivos (ver figura 28).

Figura 28: Elementos de la campaña de cambio conductual. Misión Barrio Adentro I



Por consiguiente, al optar por el marketing social como programa de cambio de comportamiento, la organización debe:

- a) Seleccionar una población objetivo, es decir, identificar los actores sociales involucrados en la problemática que se desea abordar y lograr su sensibilización, concientización y participación.
- b) Identificar un problema fundamental o causa social, cuya atención provoque el bienestar colectivo al generarse un cambio de comportamiento favorable en las personas.
- c) Elaborar una estrategia de comunicación, con mensajes convincentes divulgados por los medios adecuados, que lleven implícitos programas para lograr el cambio social esperado.

Todo lo antes expuesto deja en evidencia, por un lado, que la información adecuada es elemento clave en una campaña de cambio conductual. Ésta permite definir correctamente la causa, el agente de cambio, el destinatario, el canal y la estrategia a implementar y, una vez definidos estos aspectos, concretar el diseño de un plan o programa eficaz que refleje en forma detallada y coordinada las distintas actividades que deben desarrollarse. Y por el otro, que la disposición de los actores sociales involucrados en la problemática que se aborda es condición *sine qua non* para que dicho programa tenga éxito. Sin la aceptación y adopción de actitudes favorables y la eliminación o modificación de conductas inadecuadas por parte del público objetivo no será posible el cambio previsto que redundará en bienestar colectivo. Estos dos elementos son básicos para llevar a cabo acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, objetivos fundamentales de la Misión Barrio Adentro I.

5.4. Lineamientos para la implementación del marketing social en la Misión Barrio Adentro I, en el municipio Sucre del estado Sucre

El análisis efectuado hasta ahora ha permitido evidenciar la posibilidad de implementar el marketing social en la Misión Barrio Adentro I como la estrategia más adecuada para promover un cambio de comportamiento en las personas, que redunde en acciones de promoción de la salud y la prevención de riesgos y/o enfermedades.

Más, la puesta en práctica de un programa de marketing social requiere tener en cuenta ciertas consideraciones, entre las que se proponen:

El plan de marketing social no debe improvisarse ni dejarse en manos de inexpertos, sino que ha de ser diseñado por conocedores de la materia a fin de procurar alcanzar los objetivos previstos. Por consiguiente, y en concordancia con el análisis realizado sobre el funcionamiento de la Misión Barrio Adentro I y la metodología para gestionar el Modelo de Atención Integral (MAI) que se emplea en los Consultorios Populares (CP) se sugiere utilizar como guía el modelo propuesto por Kotler *et. al.*, (2002) sintetizado en cuatro líneas básicas:

- a) El medio ambiente en marketing social ¿Dónde estamos?,
- b) Público objetivo, Objetivos y Metas ¿Dónde queremos ir?,
- c) Estrategias de marketing social ¿Cómo llegaremos? y
- d) Gestión de los programas de marketing social ¿Cómo mantener la dirección?

El objetivo social del plan de marketing ha de determinarse conforme a la información que suministran tanto la dispensarización -en sus dos primeras fases: censo o registro y evaluación- como el Análisis de Situación de Salud (ASIS) de la comunidad que presentan los Consultorios Populares en las Áreas de Salud Integral Comunitarias (ASIC), a fin de lograr un diagnóstico real y preciso de la situación de salud permitiendo la evaluación de las necesidades no satisfechas y facilitando la identificación de prioridades. El proceso de dispensarización debe ser liderado y coordinado por el responsable del Equipo Básico de Salud (EBS) del consultorio, mientras que en la realización del ASIS deben participar el EBS, los líderes comunitarios, consejos comunales o cualquier otra organización presente en la localidad. Todos ellos vienen a ser los actores sociales que intervendrán en la identificación de los problemas que afectan a la comunidad, recolectando información acerca de las familias y personas, su modo y condiciones de vida, así como los determinantes de la salud, precisando de este modo las necesidades sentidas.

Como bien señala la Carta de Ottawa (1986)

la promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos.

La orientación del programa debe estar dirigida al cambio de comportamiento de las personas que habitan en el área de influencia de los Consultorios Populares (público objetivo). Dicho cambio conductual ha de ser voluntario, motivado por la búsqueda del beneficio individual/familiar y de la comunidad en general y no de la institución que lo promueve. De allí la importancia de definir objetivos y metas factibles que propicien una decisión libre por parte de los actores sociales involucrados a adoptar, eliminar o modificar la conducta en cuestión, tanto por el bienestar personal como el colectivo.

Se precisa también de investigaciones exploratorias -en muchos casos de corte cualitativa- que permitan identificar claramente las características (necesidades, percepciones, deseos y conductas previas) del público objetivo, para así lograr su apropiada segmentación y con ello facilitar la selección efectiva de las estrategias más adecuadas que deban aplicarse. Esta información puede contrastarse con los reportes de dispensarización y el ASIS que se realizan en los CP, puesto que en ellos se condensa la información local en materia de salud. Si se necesitara de estadísticas nacionales o regionales puede recurrirse a las Direcciones Regionales de Salud y al Instituto Nacional de Estadística (INE).

Las estrategias de marketing social establecidas deben definir en forma explícita el comportamiento que se promueve a través de mensajes motivacionales apropiados al estilo de vida y preferencias de la audiencia objetivo, en virtud de su condición social y psicológica. Estos mensajes pueden hacerse llegar empleando medios personales o impersonales, respondiendo a sus necesidades y deseos. Por lo tanto, la campaña de cambio social trazada debe comunicar y, al mismo tiempo, educar, informar, persuadir o recordar. Por tanto, es aconsejable iniciarla proponiendo

un cambio de comportamiento sencillo, descrito en términos claros y con el segmento del público objetivo que esté más motivado y preparado para adoptar el cambio conductual que se espera, propiciando así su participación.

Hay que tener siempre presente que todo proceso de cambio de conducta, además de ser voluntario, amerita del cumplimiento de sus etapas para ser efectivo. Por tanto, se ha de iniciar suministrando información a la población objetivo más susceptible para lograr su concientización y luego, paulatinamente, actuar sobre sus creencias con la formación y capacitación correspondiente, brindando el refuerzo y apoyo necesario para que el cambio de comportamiento se mantenga en el tiempo. De este modo se puede garantizar la consolidación de los nuevos valores y/o hábitos propuestos y el desarraigo y/o eliminación de prácticas equivocadas en materia de promoción de la salud y prevención de riesgos y/o enfermedades.

La puesta en práctica del plan de marketing puede ejecutarse con el apoyo del EBS de los CP, tanto a través de la dispensarización -en sus etapas de acciones o actuaciones y de seguimiento- como del Trabajo Comunitario Integrado (TCI) -por ser un espacio asistencial y de formación-, las cuales son metodologías para gestionar el Modelo de Atención Integral (MAI) que se aplican en la búsqueda del mejoramiento de los determinantes de la salud y la calidad de vida de la población. Por tanto, es fundamental que el EBS esté en conocimiento del diseño de este plan, sintiéndose parte de él, a fin de asegurar su participación activa en la implementación del mismo sin ningún tipo de rechazo o resistencia.

Conviene procurar los recursos necesarios para garantizar de forma plena el diseño, desarrollo e implementación del plan de marketing social, tomando en consideración las investigaciones previas que se han de realizar, su puesta en práctica y el respectivo análisis de los resultados y sus ajustes. Asimismo, es recomendable la identificación del rol, estatus y poder de las personas que laboran en la organización promotora y están involucradas en el plan. Con ello se procura tener claras las normas de funcionamiento del equipo organizador de la campaña y se evitan conflictos al momento de tomar decisiones.

La Carta de Ottawa (1986) es asertiva al señalar que

es esencial proporcionar los medios para que, a lo largo de su vida, la población se prepare para las diferentes etapas de la misma y afronte las enfermedades y lesiones crónicas. Esto se ha de hacer posible a través de las escuelas, los hogares, los lugares de trabajo y el ámbito comunitario, en el sentido de que exista una participación activa por parte de las organizaciones profesionales, comerciales y benéficas, orientada tanto hacia el exterior como hacia el interior de las instituciones mismas.

Si bien es cierto que la responsabilidad de la promoción de la salud por parte de los servicios sanitarios la comparten los individuos particulares, los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, las instituciones y servicios sanitarios y los gobiernos, todos deben trabajar conjuntamente por la consecución de un sistema de protección de la salud. En este sentido, “el sector sanitario debe jugar un papel cada vez mayor en promoción de la salud de forma tal que trascienda la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos” (Carta de Ottawa, 1986). Dichos servicios deben tomar una nueva orientación que sea sensible a las necesidades culturales de los individuos y las respete. Asimismo, deberán favorecer la necesidad por parte de las comunidades de una vida más sana y crear vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos. De igual forma,

La reorientación de los servicios sanitarios exige igualmente que se preste mayor atención a la investigación sanitaria, así como a los cambios en la educación y la formación profesional. Esto necesariamente ha de producir un cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios de forma que giren en torno a las necesidades del individuo como un todo. (Carta de Ottawa, 1986).

La implementación del marketing social en la Misión Barrio Adentro I conlleva por tanto al empleo de conceptos y herramientas del mercadeo, en procura de promover un cambio de conducta en el individuo para el bienestar colectivo, y de esta forma prevenir o resolver ciertos problemas en materia de salud. Entre ellos se destacan: intercambio, segmentación, investigación de mercados, campaña comunicacional. En síntesis, con el marketing social (estrategia de cambio) se desarrolla un proceso de ventas, en este caso de una idea o comportamiento saludable

(causa u objetivo social), lo que implica la identificación de los clientes potenciales (destinatarios) por parte de quien ofrece el producto (agente de cambio), así como la preparación y presentación de mensajes (canales) conducentes al convencimiento de estos, con el manejo de objeciones o dudas, el cierre o aceptación de la propuesta y su respectivo seguimiento (ver figura 29).

Figura 29: Modelo del programa de marketing social para la Misión Barrio Adentro I



CONSIDERACIONES FINALES

La Misión Barrio Adentro nació como parte de un amplio proceso de desarrollo comunitario endógeno en la ciudad de Caracas y se convirtió en un intento de construir una alternativa bolivariana al sistema público sanitario a nivel nacional. Siendo sus objetivos muy loables, surgió como un sistema paralelo al tradicional sistema público de salud, sin ley alguna que le diera fundamento. Al respecto, se han actualizado diversas normas legales, pero aún hay mucho por hacer en esta materia.

Los Consultorios Populares de Barrio Adentro se concibieron como apoyo y alivio para la red ambulatoria y hospitalaria tradicional, brindando atención primaria en salud, así como la promoción y prevención de riesgos y enfermedades de la colectividad. No obstante, la realidad actual es otra: los usuarios, en su mayoría, acuden a estos establecimientos por motivos curativos. El Equipo Básico de Salud hace su mejor esfuerzo por dar orientaciones para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, pero sus voluntades no dan los frutos esperados. Hace falta entonces implementar, poner en práctica una herramienta que efectivamente garantice que el ciudadano cambie, modifique, elimine, mejore sus hábitos y comportamientos en materia de higiene y salud. Y es allí donde se hace presente el marketing social.

El marketing social es una herramienta que permite abordar problemas sociales creando conciencia en las personas de la necesidad de un cambio de comportamiento. En este sentido, se concibe como el instrumento que promueve conductas socialmente favorables, llevando a las personas de un comportamiento perjudicial a uno más beneficioso. Su uso implica la aplicación de tácticas de marketing tradicional para cambiar actitudes o comportamientos de un determinado grupo y de este modo generar beneficios a la colectividad. Uno de los focos de interés de esta disciplina se ha centrado en el desarrollo de campañas para mejorar la salud y fomentar la participación de los ciudadanos, empleando los conceptos de segmentación de mercados, investigación de consumidores, comunicación, incentivos y cambiar la idea de utilidad por la satisfacción máxima del grupo.

Teniendo presente las bondades del marketing social y su aplicación en el área de la salud para abordar temáticas concretas es posible señalar su implementación en la Misión Barrio Adentro I, y de este modo aplicar las técnicas que ofrece, sobre todo a nivel comunicacional, para lograr los objetivos de promoción y prevención que pretende este programa social. Esto, indudablemente, requiere de la participación de actores sociales realmente ganados al desarrollo de un programa de marketing social y del apoyo gubernamental local y nacional. Es preciso la sinergia de todos los actores involucrados para afrontar los problemas sociales con más efectividad, tal y como reseña Herrera (2015). Allí, está la clave para el cambio.

La implementación de un programa de marketing social en la Misión Barrio Adentro I es una tarea que requiere investigación, datos confiables, recursos materiales y humanos, así como disposición y voluntad para desarrollar una efectiva campaña comunicacional ajustada al público objetivo al cual va dirigido. Un programa de este tipo no puede improvisarse ni ponerse en manos de inexpertos, pues podrían promoverse comportamientos contrarios a los buscados. Es necesaria la participación de personal calificado para el diseño del programa de marketing social, ajustado a las características particulares del público objetivo.

La educación y formación del Equipo Básico de Salud (marketing social interno) es también fundamental. Ellos son la cara visible ante el público usuario que acude a los Consultorios Populares en búsqueda de soluciones. No hay que dar por sentado que conocen sus funciones; es preciso la inducción, la capacitación y la formación permanente, facilitándoles las herramientas más efectivas para cumplir con su labor de promoción y prevención. El Equipo Básico de Salud de estos consultorios carecen de los implementos médicos necesarios para brindar un servicio de calidad y tampoco cuentan con los insumos (material de oficina, equipos de computación y proyección, etc.) que les permitan realizar jornadas de promoción más atractivas al público y así ganar conciencia de la importancia de mantener, corregir o eliminar ciertos hábitos que atentan contra la salud, no sólo a nivel individual sino también colectivo.

De allí la importancia de ganar adeptos para participar en el programa de marketing social (marketing social externo); los usuarios mismos deben convertirse en agentes multiplicadores de las conductas adecuadas que deben imperar en las comunidades sí se desea alcanzar el bienestar colectivo. Con las herramientas adecuadas es posible lograr la participación activa de las personas en programas pilotos de promoción y prevención en materia de salud. En las comunidades existen líderes y diversas organizaciones (Consejos comunales, Comités de Salud, Bases de Misiones, entre otras) dispuestos a colaborar por el bien común. Pero muchas veces requieren de la guía de un ente que coordine las actividades y promueva los recursos. Por ende, la necesidad de la sinergia con los entes de Salud (ASIC, Fundasalud, Ministerios, etc.) locales y nacionales para llevar a feliz término los proyectos sanitarios.

El marketing social es una herramienta efectiva para promover cambios de comportamientos para el bienestar colectivo. Hay que aprovechar sus bondades y aplicarlas en materia de salud, de modo que faciliten el logro de los objetivos de la Misión Barrio Adentro:

- Implantar un modelo de gestión participativo que responda a las necesidades sociales de los grupos de población excluidos, mediante la organización y participación de las comunidades apoyadas en la contraloría social como expresión de poder popular.
- Fortalecer la Red Ambulatoria aumentando su capacidad resolutoria mediante la implantación, consolidación y extensión de consultorios populares, haciendo énfasis en la Promoción de Salud y Calidad de Vida.
- Potenciar capacidades y habilidades de los recursos humanos institucionales y comunitarios mediante la educación y formación presente.

Con la información que proviene de los Consultorios Populares y que se consolida en las Áreas de Salud Integral Comunitarias (ASIC) de cada estado se cuenta con la materia prima fundamental para el desarrollo del programa de marketing social ajustado a las características y necesidades del público objetivo. Además, en el país se cuenta con profesionales capaces del diseño de una campaña de

este tipo. Por tanto, con el análisis teórico realizado y en el conocimiento de la realidad actual (investigación empírica) de los Consultorios Populares, se cree factible el uso del marketing social, de sus técnicas, conceptos y herramientas, en la Misión Barrio Adentro I, para promover la salud y prevenir enfermedades. No obstante, es imperativo señalar que, finalmente, su implementación y puesta en práctica dependerá de la disposición y apoyo real de los entes gubernamentales.

Finalmente, es pertinente recordar el enunciado de la Carta de Ottawa (1986) “*Irrumpir en el futuro*” que expresa

la salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, en los centros de enseñanza, de trabajo y de 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.

LISTA DE REFERENCIAS

- Acuña, C., y Repetto, F. (2001). *Marco de análisis de las políticas sociales*. Mimeo. Buenos Aires: CEDI.
- Adams, J. S. (1965). *Inequity in social exchange*. En L. Berkowitz (Ed.). *Advances in Experimental Social Psychology* (vol. 2; pp. 267-299). New York: Academic Press.
- Adelantado, J. (2000). *Cambios en el estado de bienestar. Políticas sociales y desigualdades en España*. Barcelona, España: Icaria-UAB.
- Aguilar, L. (1992). *El estudio de las políticas públicas*. Colección de Antologías de Políticas Públicas. México: Miguel Ángel Porrúa Grupo Editorial.
- Alfie, E. (2003). *Diseño metodológico de investigación para la evaluación de resultados en programas sociales*. II Congreso Argentino de Administración Pública, Sociedad, Estado y Administración.
- Alvarado, C., Martínez, M., Vivas-Martínez, S., Gutiérrez, N., y Metzger, W. (2008). Cambio social y política de salud en Venezuela. *Medicina Social* [Revista en línea], 3 (2). Consultado el 06 de junio de 2016 en:
<http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/viewFile/202/421>
- Alzolar, M. (2018). *Análisis de la Situación de Salud: CP Bebedero I*. Cumaná, Venezuela: ASIC Julio Rodríguez
- Alzolar, M., y Arteaga, L. (2019). *Análisis de la Situación de Salud: CP Bebedero I*. Cumaná, Venezuela: ASIC Julio Rodríguez
- Alzolar, M. (2020). *Análisis de la Situación de Salud: CP Bebedero I*. Cumaná, Venezuela: ASIC Julio Rodríguez
- Ander-Egg, E. (2003). *Métodos y técnicas de investigación social. Técnica para recogida de datos e información*. Buenos Aires, Argentina: Lumen.

- Andreasen, A. (1994). Social marketing: its definition and domain. *Journal of Public Policy & Marketing*. (13) 1. pp. 108-115.
- Andreasen, A. (1995). *Marketing Social Change. Changing behavior to promote health, social development, and the environment*. San Francisco: Jossey-Bass
- Andreasen, A. (1996). Challenge for the science and practice of social marketing. En Goldberg, M., Fishbein, M. y Middlestadt, S. (1997). *Social marketing. Theoretical and practical perspectives*. Londres: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Andreasen, A. (2002). Marketing social. Marketing in the social change marketplace. *Journal of Public Policy and Marketing*. (21) 1. Pp. 3-13.
- Andreasen, A. (2002). *Ética e marketing social*. São Paulo: Futura.
- Añez, E., Dávila, F., Gómez, W., Hernández, T., Reyes, I. & Talavera, J. (2010). *Manual para la elaboración de un análisis de situación de salud*. Maracay, Venezuela: Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnaldo Gabaldon”. Consultado el 31 de octubre de 2014 en:
https://docgo.net/everything-is-okay.html?utm_source=manual-asis
- Aponte, C. (2007). *Las redefiniciones recientes de la política social venezolana: marco de referencia para su análisis*. Caracas, Venezuela: Cendes.
- Arias, F. (2012). *El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica* (6ª ed.). Caracas, Venezuela: Episteme.
- Armario, M. (1993). *Marketing*. Barcelona, España: Ariel
- Arrieta, G. (2006). El mercadeo social, más allá del régimen de competencia económica. *Revista Hacia la Promoción de la Salud* [Revista en línea], 11. Consultado el 10 de diciembre de 2015 en:
<http://www.redalyc.org/pdf/3091/309126325009.pdf>
- Atria, R. (2005). Políticas sociales: concepto y diseño. *Estudios Sociales, Corporación de promoción universitaria*. 116.

- Bartolomé, M. (1990). Evaluación y optimización de los programas de intervención. *Revista de Investigación Educativa* (16) pp. 39-61.
- Behm, I. (1997). *Participación social en el campo de la salud*. Módulo 8. San José, Costa Rica: Ccss, Cendeiss, Ucr, Sep
- Bernal, L., y Hernández, D. (2008). *Marketing social en organizaciones lucrativas: ¿Imagen pública o apoyo a la comunidad?* [Tesis en línea]. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá. Consultada el 09 de enero de 2016 en:
<http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/comunicacion/tesis187.pdf>
- Bráncoli, J. (2021). Hacia un sistema público de asistencia y cuidado en la post-pandemia. En: *Políticas Sociales: estrategias para construir un nuevo horizonte de futuro* / Nuria Inés Giniger ... [et al.]; (2). Buenos Aires: Ministerio de Desarrollo Social de la Nación; CEIL-CONICET; RIPPSO; Paraná: FAUATS.
- Bright, A. (2000). The role of social marketing in leisure and recreation management. *Journal of Leisure Research* (32) 1. pp. 12-18.
- Bunge, M. (2002). *Epistemología*. México: Siglo veintiuno editores.
- Butrón, M., y Calderón, L. (2012). El proceder fenomenológico y hermenéutico en la construcción de significados. Reflexionando una experiencia. *Revista electrónica Redine-Ucla*. [Revista en línea], 2 (7). Consultado el 20 de enero de 2016 en:
www.ucla.edu.ve/viacadem/redine/.../PRevVol2N72012Doc.doc
- Cañizales, B. (2013). Actores sociales: claves analíticas para una aproximación problematizadora. *Centro de Estudios Interdisciplinarios en Problemáticas Internacionales y Locales (Ceipil)*. Consultado el 13 de mayo de 2015 en:
<http://www.ceipil.org.ar/wp-content/uploads/2013/03/Ca%C3%B1izales-Brian.pdf>
- Capriles, E., Díaz, J., Fernández, Y., y Pereira, C. (2001). La reforma del sistema de salud de Venezuela: opciones y perspectivas. En: *La reforma de salud de Venezuela: aspectos políticos e institucionales de la descentralización de la salud en Venezuela*. Caracas: Cendes, IESA, CIID, MSDS, Corposalud, Ediciones de la Fundación Polar.

Carrie, S. (2012). *Marketing social, una necesidad real e indispensable para las empresas en el en 2012*. Consultado el 01 de noviembre de 2015 en:

<http://www.educamericas.com/articulos/reportajes/marketing-social-una-necesidad-real-e-indispensable-para-las-empresas-en-el-2012>

Carta de Ottawa para la promoción de la salud. (1986). *Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud*. Ottawa, Canadá, 21 de noviembre de 1986.

Cartaya, V. (1994). *La Problemática del Género en la Política Social: Caso de América Latina y el Caribe*. Guadalajara. México. Consultado el 10 de noviembre de 2016 en:

<http://www.ceiich.unam.mx/conapob.hym1>

Castillo, O. (2000). *Nuevos actores sociales en el desarrollo local. Perú: la contratación comunitaria y las políticas sociales*. Pontificia Universidad Javeriana. Seminario Internacional, Bogotá, Colombia. Consultado el 24 de abril de 2015 en:

<http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/rjave/mesa6/casti.pdf>

Catalá, M. (2013). *Concepto de la política social y otros estudios*. Madrid, España: Isabor

Cepal. (2000). *Equidad, desarrollo y ciudadanía*. Santiago de Chile.

Ceja, C. (2004). La política social mexicana de cara a la pobreza, *Geo Crítica Scripta Nova, Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*, Universidad de Barcelona, (VIII), 176. p. 1

Chacón, J. (2013). Las políticas públicas y el problema de su gestión. Consultado el 20 de marzo de 2017 en:

<http://www.avn.info.ve/contenido/pol%C3%ADticas-p%C3%BAblicas-y-problema-su-gesti%C3%B3n>

Chiara, M. y Di Virgilio, M. (2009). *Gestión de la Política Social. Conceptos y Herramientas*. Buenos Aires: UNGS/Prometeo.

- Chiara, M. y Di Virgilio, M. (2017). *Conceptualizando la gestión social*. En *Gestión de la política social: conceptos y herramientas*. Los Polvorines, Argentina: Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Colina, D. (2017). Las políticas públicas en Venezuela ¿Quién las decide? *Boletín de Investigación y Postgrado* (17ª ed.). Consultado el 20 de marzo de 2017 en:
<http://www11.urbe.edu/boletines/postgrado/?p=800>
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (1999) *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, N° 5.453 (Extraordinario), del 24 de marzo de 2000.
- Cunill, N. (1991). *Participación Ciudadana*. Caracas, Venezuela: Nueva Sociedad /Centro Latinoamericano para el Desarrollo (CLAD).
- Dastres, C. (2003). *Reflexiones para la incorporación de la participación ciudadana en la gestión pública*. En documentos de Facultad, 2, Facultad de Ciencias Políticas y Administración Pública, Universidad Central de Chile.
- Dávila, F., Gómez, W., y Hernández, T. (2009). Situación de Salud, una herramienta para la gerencia en los postgrados. *Revista Cubana Salud Pública*. (1) 35. pp.1-10.
- Delgado, A. (2001). Formulación participativa de políticas sociales en la gestión distrital y local. Resultados parciales de la validación del diseño metodológico en Bogotá. En: *Revista del CLAD*, (21). pp. 116-142.
- Ecured. (2014). [Página web en línea]. Consultada el 06/02/2014 en:
http://www.ecured.cu/index.php/Marketing_Social
- Eguía, A., y Ortale, S. (2007). Programas sociales y participación. *Cuestiones de Sociología* [Revista en línea], (4). Consultado el 20 de junio de 2018 en:
<http://www.cuestionessociologia.fahce.unlp.edu.ar>
- Decreto N° 1.798, del 21 de enero de 1983. *Gaceta Oficial* N° 32.650, del 21 de enero de 1983. Consultado el 15 de agosto de 2018 en:

<https://docslide.net/download/link/gaceta-oficial-de-la-republica-de-venezuela-no-32650-decreto-1798>

Decreto N° 2.745, del 14 de diciembre de 2003. *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, N° 37.865, del 26 de enero de 2004. Comisión presidencial para la implementación y coordinación institucional del programa integral de prestaciones de atención primaria de salud, estimulación e implementación de expresiones de la economía social y transformación de las condiciones sociales, económicas y ambientales de las comunidades, denominado Misión Barrio Adentro. Consultado el 05 de junio de 2016 en:

<http://virtual.urbe.edu/gacetitas/37865.pdf>

Decreto N° 2.811, del 20 de enero de 2004. *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, N° 37.865, del 26 de enero de 2004. Plan excepcional de desarrollo económico y social para la dotación y suministro de insumos médico-odontológicos a los consultorios populares para la ejecución del programa Misión Barrio Adentro. Consultado el 05 de junio de 2016 en:

<http://virtual.urbe.edu/gacetitas/37865.pdf>

Decreto N° 4.382, del 22 de marzo de 2006). *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, N° 38.423, del 25 de abril de 2006. Fundación Misión Barrio Adentro. Consultado el 15 de mayo de 2016 en:

<http://virtual.urbe.edu/gacetitas/38423.pdf>

De Miguel, M. (2000). La evaluación de programas sociales: fundamentos y enfoques teóricos. *Revista de investigación educativa*. (volu 18), n 2

De Miguel, M. (2000b). *Evaluación externa de un programa de educación social*. En Pérez, G. (Cord.). *Modelos de investigación cualitativa en educación social y animación sociocultural. Aplicaciones prácticas*. Madrid, España: Narcea.

Dye, T. (2008). *Understanding public policies* (12^a ed.). New Jersey: Pearson Prentice Hall.

- España, L., Fernández, Y., Morante, O., y Maldonado, V. (2000). *Bases para la discusión y formulación del Plan Estratégico Social del Ministerio de Salud y Desarrollo Social*. Material para la discusión interna del Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Ministerio de Salud y Desarrollo Social - MSDS, Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales - ILDIS, Deutsche Gesellschaft Fur Technische Zusammenarbeit - GTZ. Caracas, Venezuela.
- Fernández-Ballesteros, R. (1996). *Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de la salud*. Madrid: Síntesis Psicológica
- Fernández, R., y Caravaca, C. (2011). La política social: presupuestos teóricos y horizonte histórico. *Aposta, revista de Ciencias Sociales*. Número 50, Luis Gómez Encinas ed. Móstoles, España.
- Fernández, N., y Schejtman, L. (2012). *Planificación de políticas, programas y proyectos sociales*. Buenos Aires, Argentina: Cippec y Unicef.
- Figueroa, S. (2012). *Introducción a la salud pública*. Material didáctico. Guatemala: Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Fase I, Área de salud pública I.
- Fink, A. (1993). *Evaluation Fundamental*. Newbury Park, Sage.
- Forero, J. (s.f.). *El marketing social como estrategia para la promoción de la salud*. Consultado el 25 de octubre de 2015 en:
http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%207_4.pdf
- Freije, S. y Jaén, M. (2003). *Hacia una seguridad Social Eficaz: Salud y Pensiones en Políticas públicas en América Latina. Teoría y práctica*. Caracas, Venezuela: Iesa.
- Fundación Misión Barrio Adentro. (2016). [Página web en línea]. Consultada el 07 de junio de 2016 en: <http://www.fmba.gob.ve/servicios/>
- Fundación Misión Barrio Adentro. (2016). *Barrio Adentro 13 años de aciertos: rumbo al 100% de cobertura nacional*. [Página web en línea]. Consultada el 02 de junio de 2016 en:
<http://www.fmba.gob.ve/2016/04/20/barrio-adentro-13-anos-de-aciertos/>

- Gacitúa, *et al.* (2000). *Exclusión social y reducción de la pobreza en América Latina y el Caribe*. Costa Rica: Flacso/Banco Mundial.
- Giuliani, A., Monteiro, T., Zambon, M., Betanho, C., y Lima, L. (2012). El marketing social, el marketing relacionado con causas sociales y la responsabilidad social empresarial. El caso del supermercado Pão de açúcar, de Brasil. *Invenio* [Revista en línea], 15 (29). Consultado el 25 de octubre de 2015 en:
<http://www.redalyc.org/pdf/877/87724146003.pdf>
- Gobierno en línea. (2014). [Página web en línea]. Consultado el 06/02/2014 en:
<http://www.gobiernoenlinea.ve/docMgr/sharedfiles/MisionBarrioAdentro.pdf>
- Gómez, C. (2006). *El marketing como herramienta para la gestión en las organizaciones no gubernamentales ambientales de Venezuela* [Tesis doctoral en línea]. Universidad de Málaga, Málaga. Consultada el 10 de enero de 2016 en:
<http://www.biblioteca.uma.es/bbldoc/tesisuma/17862085.pdf>
- González, B. (s.f.). *Consolidación de la participación ciudadana en Honduras*, s/ed, [s.d.].
- Graglia, J. (2012). *En la búsqueda del bien común. Manual de políticas públicas*. Buenos Aires: Konrad Adenauer Stiftung – Acep.
- Guiu, D. (2012). *Marketing Social Corporativo - Apoyo en campañas de cambio de comportamiento*. [Página web en línea]. Consultado el 10 de febrero de 2014 en:
<http://www.socialetic.com/marketing-social-corporativo-por-philip-kotler.html>
- Hernández, R., Fernández, C., y Batista, P. (2007). *Fundamentos de metodología de la investigación* (2ª ed.). España: McGraw Hill Interamericana.
- Hernández, R., Fernández, C., y Batista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ª ed.). Perú: McGraw Hill Interamericana.
- Herrera, F. (2015). *Beneficios del marketing social en las empresas y la sociedad*. [Página web en línea]. Consultado el 01 de noviembre de 2015 en:

<http://www.roastbrief.com.mx/2015/03/beneficios-del-marketing-social-en-las-empresas-y-la-sociedad>

Homans, G. (1971). *Social Behavior: Its Elementary Forras*. Harcourt, New York.

Hurtado, J. (2001). *El proyecto de investigación. Metodología de la investigación holística* (3ª ed.). Caracas, Venezuela: Fundación Servicios y proyecciones para América Latina (Sypal).

Instituto Nacional de Estadística. (2011). *XIV Censo Nacional de Población y Vivienda*. Resultados por entidad federal y municipio del estado Sucre.

Kotler, P., y Armstrong, G. (1998). *Fundamentos de mercadotecnia* (4ª ed.). México: Prentice Hall Hispanoamericana.

Kotler, P., y Armstrong, G. (2008). *Fundamentos de Marketing* (8ª ed.). México: Pearson Educación, Prentice Hall.

Kotler, P., y Keller, K. (2006). *Dirección de Marketing* (12ª ed.). México: Pearson Educación, Prentice Hall.

Kotler, P., y Andreasen, A. (1991). *Strategic marketing for nonprofit organizations* (4ª ed.). New Jersey: Prentice Hall.

Kotler, P., y Andreasen, A. (1996). *Strategic marketing for nonprofit organizations* (5ª ed.). New Jersey: Prentice Hall.

Kotler, P., y Zaltman, G. (1971). Social Marketing: An Approach to Planned Social Change. *Journal of Marketing* 35:3-12.

Kotler, P., y Levy, R. (1989). *Campaña de cambio social*. México: Pearson.

Kotler, P., y Levy, R. (1992). *Marketing Social: estrategia para cambiar la conducta pública*. Madrid: Díaz de Santos.

Kotler, P., Levy, R., y Lee, N. (2002). *Social Marketing. Improving the Quality of Life* (2ª ed.). Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.

Lahera, E. (1999). *Introducción a las políticas públicas*. Santiago; Cepal.

Lambin, J. (1997). *Marketing Estratégico* (3ª ed.). Colombia: McGraw Hill.

- Leal, A. (2000). *Gestión de marketing social*. Madrid: McGraw Hill
- Ley de Licitaciones (2001). *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, N° 5.556 (Extraordinario), del 13 de noviembre de 2001.
- Ley de Servicios Sociales. (2005). *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, N° 38.270, del 12 de septiembre de 2005.
- Ley del Plan de la Patria, Segundo Plan Socialista de Desarrollo Económico y Social de la Nación año 2013-2019. *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, N° 6.118 (Extraordinaria), del 04 de diciembre de 2013.
- Ley Orgánica de los Consejos Comunales. (2009). *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, N° 39.335, del 28 de diciembre de 2009.
- Ley Orgánica de Salud. (1998). *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, N° 36.579, del 11 de noviembre de 1998.
- Ley Orgánica del Poder Popular. (2010). *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, N° 6.011 (Extraordinario), del 21 de diciembre de 2010.
- Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social. (2012). *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, N° 39.912, del 30 de abril de 2012.
- Lindblom, C. (1991). *The Policy Making Process*. México: Instituto Nacional de Administración Pública.
- Llancar, C. (2008). Sociedad civil y participación ciudadana- cómo los actores sociales se hacen parte de las decisiones. *Interações Campo Grande* [Revista en línea], 9 (2). Consultado el 21 de mayo de 2015 en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151870122008000200007
- López, A. (s.f.). *Investigación y conocimiento*. Colección Vive Sucre. Cumaná, Venezuela: Centro Educativo Diocesano, Vicaría Episcopal “Derecho y Justicia”, Arquidiócesis de Cumaná.

Maggiolo, I., y Perozo J. (2007). Políticas públicas: proceso de concertación Estado-Sociedad. *Revista Venezolana de Gerencia* [Revista en línea], 12 (39). Consultado el 20 de marzo de 2017 en:

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S131599842007000300004

Maingnon, T. (2004). Política social en Venezuela 1999-2003, *Cuadernos del CENDES*, Año 21, No. 55, Tercera Época, enero-abril 2004, pp. 48-49

Márquez, M., y Rodríguez, J. (2009). *Participación ciudadana en la gestión de los Consejos comunales. Caso de estudio: municipio San Francisco (estado Zulia-Venezuela)*. IX Congreso Iberoamericano de Municipalistas. Montevideo, Uruguay. Consultado el 21 de mayo de 2015 en:

<http://www.voxlocalis.net/revistas/num28/doc/Articulo%20Maria%20Tibisay%20Marquez%20memoria%20congreso%20UIM.pdf>

Martínez, M. (2007). *La investigación cualitativa etnográfica en educación: manual teórico-práctico* (3ª ed.). México: Trillas.

Martínez, M. (2009). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa* (2ª ed.). México: Trillas.

Matus, C. 1987. *Adiós señor presidente. Planificación, Antiplanificación y Gobierno*. Venezuela: Pomaire

McKenzie-Mohr, D., y Smith, W. (1999), *Fostering sustainable Behavior*. Gabriola Island, British Columbia, Canadá: New Society, 160 pp.

Méndez, C. (2006). *Metodología. Diseño y desarrollo del proceso de investigación con énfasis en ciencias empresariales* (4ª ed.). Colombia: Limusa.

Mény, Y., y Thoening, J. (1992). *Las políticas públicas*. Barcelona: Ariel S.A.

Mier-Terán, J. (2006). *Marketing socio ambiental: Una propuesta para la aplicación del marketing social al campo medioambiental* [Tesis doctoral en línea]. Universidad de Cádiz, Cádiz. Consultada el 10 de enero de 2016 en:

<http://minerva.uca.es/publicaciones/asp/docs/tesis/jjmierteranfranco.pdf>

Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2014). [Página web en línea]. Consultado el 12 de febrero de 2014 en:

<http://www.mpps.gob.ve/>

Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2017a). *Guía práctica de programas de salud priorizados para el Equipo Básico de Salud en la Red de Atención Comunal*. [Libro en línea]. Caracas, Venezuela: Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías” / Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon” / Fundación Misión Barrio Adentro / Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.

Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2017b). *Lineamientos rectores para la gestión de la Red de Atención Comunal de Salud (RACS) en el Área de Salud Integral Comunitaria*. [Libro en línea]. Caracas, Venezuela: Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías” / Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon” / Fundación Misión Barrio Adentro / Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.

Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2017c). *Manual de trabajo del Equipo Básico de Salud del Consultorio Popular*. [Libro en línea]. Caracas, Venezuela: Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías” / Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldon” / Fundación Misión Barrio Adentro / Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.

Misión Barrio Adentro. (2014). [Página web en línea]. Consultada el 06/02/2014 en:
<http://www.barrioadentro.gov.ve/>

Moliner, M. (1998). *Marketing social: la gestión de las causas sociales*. Madrid: Esic.

Múnera, M. (2012). *El desarrollo entendido como construcción socio cultural múltiple, un enfoque desde el ser humano*. XIII Foro Internacional de Educación Inicial. Medellín, 8 y 9 de octubre. Consultado el 27 de mayo de 2015 en:

http://www.comfenalcoantioquia.com/Portals/descargables/pdf/memorias_foro_edu/Dia1/EL_DESARROLLO_COMO_CONSTRUCCI%C3%93N_M%C3%9ALTIPLA.pdf

Múnera, M., y Sánchez, L. (2012). La participación en la sociedad como base del desarrollo. *Redes* [Revista en línea], 17 (3). Consultado el 19 de julio de 2015 en:

<https://online.unisc.br/seer/index.php/redes/article/download/.../2287>

Muntaner, C., Armada, F., Chung, H., Mata, R., Williams-Brennan, L., y Benach, J. et al. (2008). “Barrio Adentro” en Venezuela: democracia participativa, cooperación sur-sur y salud para todos. *Medicina Social* [Revista en línea], 3 (4). Consultado el 30 de mayo de 2016 en:

www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article.../267/537

Naranjo, M. (2014). La política de salud en Venezuela durante el periodo 1999-2012: Aportes para su formulación e implementación. *Comunidad y salud* [Revista en línea], 12 (2). Consultado el 20 de marzo de 2017 en:

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169032932014000200011

Ojeda, J. (2004). Barrio Adentro, una política pública de salud emergente de atención. *Revista Faces, Universidad de Carabobo* [Revista en línea], 19 (2). Consultado el 01 de julio de 2017 en:

<http://servicio.bc.uc.edu.ve/faces/revista/vol19n2/Indice-acumulado.pdf>

Oszlak, O. (2007). Políticas públicas, democracia y participación ciudadana. *Revista Voces del Sur*. Programa Mercosur Social y Solidario. Buenos Aires, Argentina. Consultado el 23 de septiembre de 2021 en:

<http://www.oscaroszlak.org.ar/images/articulos-prensa/Voces%20del%20Sur.pdf>

Patruyo, T. (2008). *El estado actual de las misiones sociales: balance sobre su proceso de implementación e institucionalización* [Libro en línea]. Caracas: Instituto latinoamericano de Investigaciones Sociales. Consultado el 01 de junio de 2016 en:

<http://www.ildis.org.ve/website/administrador/uploads/Elestadoactualdelasmisiones socialesPatruyo.pdf>

Paz, N. (s.f.). *Ponencia: El reto de los actores sociales en el nuevo milenio*. Consultado el 21 de mayo de 2015 en:

<http://servicio.bc.uc.edu.ve/derecho/revista/idc26/26-17.pdf>

Pereira, A., Zambrano, R., y Hernández, M. (2002). Participación social en salud y calidad de vida. *Fermentum* [Revista en línea], 35. Consultado el 13 de mayo de 2015 en:

http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S079830692002000300006&lng=pt&nrm=i

Pérez, L. (2004). *Mercadeo Social. Teoría y Práctica*. México: Prentice Hall.

Pérez, R. (1992). *Evaluación de programas de orientación*. V Congreso Iberoamericano de Orientación. Tenerife: AEDEP.

Pérez, S. y Vera, S. (1988). Participación Comunitaria. Algunas perspectivas acerca de la intervención profesional en los programas de salud. *Acta Odontológica Venezolana*. Vol. 26. No. 3. Caracas. Venezuela

Petrizzo, M. (2002). Los estudios contemporáneos de políticas públicas. Consultado el 20 de octubre de 2021 en:

<http://navegaunefa.es.tl/POLITICASP%20PUBLICAS.htm>.

Piñango, R. (2003). *Políticas públicas en América Latina. Teoría y práctica*. Caracas, Venezuela: IESA.

Piñón, F. (s.f.). *El marketing social y su importancia para la sociedad*. [Página web en línea]. Consultado el 01 de noviembre de 2015 en:

<http://www.usil.edu.pe/revistas/pdf/marketing/pag13.pdf>

Pérez, P. (1995). Actores sociales y gestión de la ciudad. En: **Ciudades 28**, octubre-diciembre. México, 12 p.

Plan Nacional de Salud 2014-2019. Documento para el debate público. [Libro en línea]. Consultado el 29 de abril de 2015 en:

<https://es.scribd.com/document/341349614/Plan-Nacional-de-Salud-2014-2019>

Plataforma de ONG de Acción Social. (2003). Plan estratégico del tercer sector de acción social. Guía de evaluación de programas y proyectos sociales. Madrid, España: Plataforma de ONG de Acción Social.

Pleyers, G. (2006). En la búsqueda de actores y desafíos sociales. La sociología de Alain Touraine. *Estudios sociológicos* [Revista en línea], XXIV (003). Consultado el 04 de mayo de 2015 en:

http://www.ses.unam.mx/docencia/2012II/Pleyers_ActoresYDesafiosSociales.pdf

Podestá, J. (2002). Políticas públicas y regiones; un análisis crítico. *Revista de Ciencias Sociales (Cl)*, núm. 10, 2000, pp. 69-80 Universidad Arturo Prat Tarapacá, Chile. Disponible en <http://www.redalyc.org/art.oa?id=70801005> consultado 21 septiembre 2021

Prochaska, J., y Di Clemente, C. (1983). Stages and Processes of Self-Change of Smoking: Toward an Integrative Model of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. vol. 51, n° 3, pp. 390-395

Pujol, B. (1999). *Diccionario de Marketing*. España: Cultural, S.A.

Razeto, L. (1984). *Economía de solidaridad y mercado democrático*. Chile.

Repetto, F. (2005). La dimensión política de la coordinación de programas y políticas sociales: una aproximación teórica y algunas referencias prácticas en América Latina. En Repetto, Fabián (ed.) *La gerencia social ante los nuevos retos del desarrollo social en América Latina*. Ciudad de Guatemala: Indes-Guatemala.

Repetto, F. (2001). *Gestión pública y desarrollo social en los noventa: Las trayectorias de Argentina y Chile*. Buenos Aires, Argentina: Prometeo.

Resolución N° 134, del 14 de abril de 2015. *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela* N° 40.708, del 22 de julio de 2015.

- Resolución N° 400, del 31 de julio de 2015. *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela* N° 40.723, del 13 de agosto de 2015.
- Resolución N° 427 del 14 de agosto de 2015. *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela* N° 40.724, del 14 de agosto de 2015.
- Rose, R. (1984). *Understanding Big Government. The Programme Approach*. Sage, London.
- Sabino, C. (2002). *El proceso de investigación. Una introducción teórico-práctica* (2ª ed.). Caracas- Venezuela: Panapo.
- Sabino, C. (2006). *Cómo hacer una tesis y elaborar todo tipo de escritos* (2ª ed.). Caracas- Venezuela: Panapo.
- Sabre, M. (2010). *Publicidad audiovisual de las Organizaciones No Gubernamentales de Desarrollo (ONGD). El encuadre y la implicación como factores de eficacia persuasiva* [Tesis doctoral en línea]. Universidad de Salamanca, Salamanca. Consultada el 10 de enero de 2016 en:
http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/76553/1/DSC_ElisaSabreM_PublicidadAudiovisualONGD.pdf
- Sagasti, F., Iguñiz, J., y Schudt J. (1999). *Equidad, Integración Social y Desarrollo: hacia un nuevo enfoque para la política social en América Latina*. Perú: Universidad del Pacífico. Centro de investigaciones.
- Salamanca, L. (1999). La política pública como la ciencia de la intervención del gobierno en la vida social. El estado de la cuestión en la literatura. *Politelia*, N° 17. Universidad Central de Venezuela. Caracas. Venezuela
- Sánchez, M., y Gallardo, D. (2013). *Responsabilidad social de la A a la Z, para los estudios de Economía, Trabajo y Empresa*. España: Eumed.net. Consultado el 08 de diciembre de 2015 en:
<http://www.eumed.net/libros-gratis/2013b/1349/1349.pdf>
- Santesmases, M. (2004). *Marketing. Conceptos y estrategias* (5ª ed.). Madrid: Pirámide.

- Segura, J. (2012). *Misión Barrio Adentro (1ª parte: origen y desarrollo)*. Consultado el 09 de enero de 2016 en:
http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2012/01/09/132990
- Stame, N. (2003). Evaluation and the policy context: the European experience. *Evaluation Journal of Australasia*, 3 (2): 36 - 43
- Stanton, W., Etzel, M., y Walker, B. (1997). *Fundamentos de Marketing* (10ª ed.). México: McGraw Hill.
- Subirats, J. (1989). *Análisis de Políticas Públicas y Eficacia de la Administración*. Madrid, España: Imprenta Nacional del Boletín del Estado.
- Tamayo, M. (2003). *El análisis de las políticas públicas*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Instituto Universitario Ortega y Gasset.
- Taylor, S.J., y Bogdan, R. (1994). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados* (1ª ed. 2ª reimp.). España: Paidós. Consultado el 08 de diciembre de 2020 en:
<https://mastor.cl/2011/12/Introduccion-a-metodos-cualitativos-de-investigaci%25C3%25B3n-Taylor-y-Bogdan-344-pags-pdf>
- Touraine, A. (1987) El regreso del actor. Eudeba. Buenos Aires, Argentina.
- Transparencia Venezuela: Misiones transparentes. (2015). *Gran Misión Barrio Adentro*. Consultado el 02 de mayo de 2016 en:
<http://transparencia.org.ve/wp-content/uploads/2015/01/InformeBarrio1.pdf>
- Urdaneta, L., y Villalobos, A. (s.f.). Mercadeo social: estrategia exitosa para las organizaciones modernas. *Boletín de Investigación y Postgrado* (3º ed.). Consultado el 28 de octubre de 2015 en:
<http://www11.urbe.edu/boletines/postgrado/?p=176>
- Valadez, J. y Bamberger, M. (1994). *Policymakers, Managers and Researchers*. Consultado el 14 de septiembre de 2021 en:
<http://www.preval.org/documentos/00430.pdf>

- Vara-Horna, A. (2007). *La evaluación de impacto de los programas sociales. Fundamentos teóricos y metodológicos y aplicación al caso peruano*. Lima: Fondo Editorial de la Universidad de San Martín de Porres.
- Vargas, C. (2007). Análisis de las políticas públicas. *Perspectivas*, año 10. núm. 19, enero-junio, 2007, pp. 127-136 Universidad Católica Boliviana San Pablo Cochabamba, Bolivia. Consultado el 21 de septiembre de 2021 en:
<http://www.redalyc.org/art.oa?id=425942453011>
- Vargas, E., y Gambará, Hilda. (2008) *Evaluación de programas y proyectos de intervención: una guía con enfoque de género*. Bogotá: Universidad de Los Andes, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología, CESO, Ediciones Uniandes.
- Vaz, G. (2003). *Marketing Institucional: o mercado de ideias e imagens*. São Paulo: Pioneira.
- Vega, P. (1998). *Teoría de sistemas y evaluación de programas sociales*. Valparaíso, Chile: Centro de estudios sociales. Consultado el 15 de septiembre de 2021 en:
www.redalyc.org/articulo.oa?id=19500908
- Vilas, C. (2010). *Política y políticas públicas en América Latina* en Fioramonti Cristina y Amaya Paula (comps.). *El Estado y las políticas públicas en América Latina*. 1ª edición. La Plata: Universidad Nacional de La Plata - AECID/COPPPAL/Honorable Cámara de Senadores de la Provincia de Buenos Aires. Consultado el 16 de septiembre de 2021 en:
<http://equiposweb.com.ar/web/wpcontent/uploads/El-Estado-y-las-pol%C3%ADticas-p%C3%ABlicas.pdf>
- Weber, M. (1964). *Economía y Sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Wilson, J. (2018). *Revista IN IURE*, revista científica semestral ciencias jurídicas y notariales. (8) 2. La Rioja (Argentina) 2018. WILSON, J. (2018) “¿Qué son y para qué sirven las políticas públicas” pp. 30-41 Recibido: 20/07/2018 Aceptado: 15/09/2018

Zambrana, M. (2012). *Marketing social, aplicación práctica*. Madrid: Iepala y Librería Tercer mundo. Universidad Complutense de Madrid. Consultado el 12 de diciembre de 2015 en:

http://www.iepala.es/IMG/pdf/ADJUNTO_Tesina_Marketing_Social_Libreria_Tercer_Mundo.pdf

ANEXOS

Anexo 1. Guía de entrevista para el Equipo Básico de Salud

1- Nivel de instrucción y experiencia laboral

- ¿Qué profesión y especialidad posee?
- ¿Cuántos años tiene de experiencia?
- ¿Cuánto tiempo (años) aproximadamente, tiene trabajando para Barrio Adentro?
- ¿Todo ese tiempo ha sido en este CP o ha estado laborando en otras comunidades y/o instituciones?

2- Contratación y Desempeño en Barrio Adentro

- Cuando fue contratado por BA ¿Recibió algún tipo de inducción, taller, o capacitación adicional, donde le explicarían las funciones y actividades que iba a desempeñar al trabajar en un CP?
- De acuerdo a su trabajo diario en el CP ¿Podría Ud., decirme cuáles son sus funciones básicas?
- ¿Cómo distribuye su tiempo diario para cumplir estas funciones?
- ¿Sabía qué debe cumplir funciones docentes-asistenciales, administrativas y de investigación? Podría hablarme sobre ello
- ¿Cuántas personas en promedio acuden a consulta diariamente?
- ¿En su mayoría, cuál es el motivo de la consulta: curativa o preventiva?
- Y al realizar el trabajo de campo/terreno diario ¿Cuántas familias en promedio visita?
- Su trabajo ¿Ha sido o es evaluado y/o supervisado?
- ¿Qué aspectos evalúan?
- ¿Quién realiza esta evaluación/supervisión?
- ¿Cada cuánto tiempo aproximadamente lo hacen?
- ¿Le notifican los resultados de esta evaluación y dan algún tipo de aporte para que Ud., mejore el desempeño de su trabajo?

3- Consultorio: Cartelera y Murales

Coméntenos sobre el mural de educación para la salud, el sitio histórico en el área de trabajo y la Sala Situacional. ¿Quién organiza lo que allí se publica?
¿Cada cuánto tiempo se actualizan los datos que allí se muestran?

4- Consultorio: Documentos (manual de trabajo del EBS, lineamientos rectores de gestión de la RACS, guía para programas de salud prioriz)

- ¿Conoce los documentos normativos establecidos por el MPPS que rigen su trabajo?
- ¿Sobre qué tratan estos documentos?
- ¿Los ha leído y/o revisado?
- ¿Sabía que dan lineamientos sobre el trabajo que debe desarrollar el EBS en los CP?

- ¿Están disponibles estos documentos en este CP?

5- Modelo de Atención Integral

- ¿Qué opinión le merece el Modelo de Atención Integral (MAI)?
- ¿Conoce la metodología para gestionarlo?

6- Dispensarización

- ¿Realiza la Dispensarización? ¿Cada cuánto tiempo se hace?
- ¿Quién lo acompaña y/o apoya en su realización?
- ¿Cómo aprendió las pautas para hacerla?
- ¿Sigue algún modelo, patrón o formato?
- ¿Podría describir cómo se lleva a cabo?

7- ASIS

- ¿Ha realizado el ASIS? ¿De qué tipo? ¿Cada cuánto tiempo se hace?
- ¿Quién lo acompaña y/o apoya en su realización?
- ¿Cómo aprendió las pautas para hacerlo?
- ¿Sigue algún modelo, patrón o formato?
- ¿Podría describir cómo se lleva a cabo?

8- Trabajo Comunitario Integral

- ¿Ha participado en Jornadas de Trabajo Comunitario Integral? ¿Cada cuánto tiempo se hace?
- ¿Quién lo acompaña y/o apoya en su realización?
- ¿Quién las ha organizado: el ASIC o el CP?
- ¿Qué problemática se trató?
- ¿Cree que en esta comunidad podría organizarse una Jornada de TCI?
- ¿Qué problemática atendería?

9- Trabajo Diario en el CP

- ¿Se ha realizado el mapeo geo-histórico social, político, económico y cultural de esta comunidad?
- ¿Quién(es) participaron en su realización?
- ¿Han realizado alguna actualización sobre esta información?
- ¿Cuál es la situación epidemiológica que presenta el área de influencia de este CP?
- ¿Ha referenciado ante las instancias competentes las situaciones que afectan la salud de esta comunidad?
- ¿Ha realizado algún tipo de alianza con la comunidad para planificar y evaluar las visitas domiciliarias según la prioridad?
- ¿En el CP, se realiza la valoración integral de la persona (paciente), previo a la atención del médico?
- ¿Se ejecuta en este CP, el programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)? ¿Cada cuánto tiempo lo aplica?
- ¿Realiza actividades de promoción y prevención?
- ¿Cuándo y Dónde las realiza?

- ¿Lleva algún registro de estas actividades?
- ¿Qué problemas de salud han sido abordados?
- ¿Aparte de lo que se desarrolla en el CP, qué acciones concretas de promoción de la salud y prevención de enfermedades ha realizado en la comunidad?
- ¿Dispone el EBS o la comunidad de equipos audiovisuales o algún medio para facilitar estas acciones de promoción y prevención (educación para la salud)?
- ¿Cree que con sólo charlas es suficiente?
- ¿Promueve y/o participa Ud., en investigaciones para mejorar el estado de salud de la población?
- ¿Entrega algún tipo de estadísticas sobre su trabajo?
- ¿Dónde consigna esta data y/o a quién?
- ¿Cada cuánto tiempo las entrega?

10- Comunidad y Actores Sociales

- ¿Ha tenido o realizado algún tipo de reunión con los Comités de Salud de los Consejos comunales, promotores de salud y otros líderes comunitarios?
- ¿Cada cuánto tiempo realiza estas reuniones?
- ¿Qué temática han tratado?
- ¿El EBS cuenta con el apoyo de la comunidad para desarrollar actividades de promoción y prevención?
- ¿Ha tomado acciones para fomentar la participación comunitaria?
- ¿Qué acciones ha desarrollado el EBS para fomentar la participación comunitaria?
- ¿Han dado resultados?
- ¿Tiene Ud., identificado en su comunidad a actores sociales que pudieran apoyarlo en el desarrollo de las actividades del CP y la metodología del MAI?

11- ¿Estaría Ud., dispuesto a participar activamente en un programa piloto de promoción y prevención, que permita a las personas cambiar sus hábitos en procura de mejorar su estado de salud integral?

12- ¿Cómo conocedor de esta comunidad, cuál(es) problema(s) de salud atendería primordialmente?

13- ¿Cuándo cree conveniente realizar estas jornadas (días de semana y/o fines de semana)?

Anexo 2. Guía de entrevista para el usuario del CP

- 1- ¿Cuál es el motivo de visita a este CP: consulta curativa o preventiva?
- 2- ¿Cuánto tiempo tiene asistiendo a este consultorio?
- 3- ¿Ha recibido la visita del Equipo Básico de Salud, en su casa?
- 4- ¿Con qué frecuencia lo visitan?
- 5- ¿Qué información le han solicitado?
- 6- ¿Existe en este consultorio algún tipo de información impresa sobre salud (por ejemplo, en carteleras) que hayan llamado su interés a la lectura?
- 7- ¿Mientras espera su turno para ser atendido, ha recibido algún tipo de información, por parte del EBS, sobre promoción de la salud y prevención de enfermedades?
- 8- ¿Pone en práctica estas recomendaciones que en materia de salud ha dado el EBS?
- 9- ¿Se ha realizado algún tipo de jornada especial de salud por parte del personal de este Consultorio?
- 10- ¿Qué problemática de salud en particular atendieron?
- 11- ¿Ha participado en estas jornadas?
- 12- ¿Con qué frecuencia se llevan a cabo?
- 13- ¿Qué aspectos positivos puede señalar acerca de la Misión BA?
- 14- ¿Qué aspectos considera negativos?
- 15- ¿Qué sugerencias daría para mejorar el servicio de los CP?
- 16- ¿Estaría Ud., dispuesto a participar activamente en un programa piloto de promoción y prevención, que permita a las personas cambiar sus hábitos en procura de mejorar su estado de salud integral?
- 17- ¿Cómo conocedor de esta comunidad, cuál(es) problema(s) de salud atendería primordialmente?
- 18- ¿Cuándo cree conveniente realizar estas jornadas (días de semana y/o fines de semana)?

Anexo 3. Narrativa discursiva de los informantes del EBS

Informante 1.- Médico

Soy médico con más de 20 años de servicio. Especialista en Medicina General Integral desde hace ya más de 10 años, tiempo que he estado trabajando en Barrio Adentro, en diversos centros de salud y varios Consultorios Populares de las comunidades de La Llanada, Tres Picos y Bebedero.

Cuando fui contratado para prestar mis servicios en Barrio Adentro no se me brindó ningún tipo de inducción o taller donde me informaran de todas las funciones o actividades que debía realizar. Simplemente se me indicó que el horario de trabajo era de 8am hasta las 4pm, abarcando presencia en el Consultorio y Terreno. En los consultorios pude revisar algunos folletos y unas hojas impresas archivadas en una carpeta, como una especie de libro. Allí hay información sobre diversos aspectos. Sin embargo, no parece estar completo y hay información repetida.

En el consultorio mi trabajo consiste en pasar la consulta, la prevención y promoción de salud, orientando, dándoles charlas en el momento que estén los pacientes en el consultorio, llevando la consulta prenatal, de niños sanos. También visitar los pacientes con enfermedades crónicas y dándoles charlas sobre las medidas que deben de tomar. Cuando hay alguna patología en ese momento se hace más hincapié en charlas como el paludismo, hepatitis, tuberculosis que son enfermedades más comunes ahorita. En el consultorio se trabaja de 8am a 12m, en la consulta propiamente dicha, y en la tarde se hace el terreno. A veces, muy eventualmente si hay alguna emergencia en la mañana, se acude a visitar a un paciente. En este caso ya uno está adelantando el terreno.

Sí sé que debo cumplir diversidad de funciones aparte de la asistencial. Así, por ejemplo, la parte de docencia la he realizado en el mismo consultorio a los estudiantes de MIC que han asignado. Mi participación en docencia es desde el punto de vista práctico, dándoles orientaciones. También me ha tocado evaluar exámenes cuando me han colocado de jurado. Mas no he dado clases en alguna área o materia específica como sí lo han hecho algunos de mis colegas. No he dado clases teóricas.

En cuanto al trabajo diario, pues se atienden en promedio entre 15 y 25 personas, que acuden al consultorio porque tienen alguna patología crónica o eventual. La gente acude por motivos curativos. En el terreno, se atienden aproximadamente, siete u ocho familias, todo depende de cuánto uno se demore por la cantidad de personas que estén en el hogar en ese momento. O que tengan alguna patología que tenga que examinarlos, o cuando se visitan pacientes encamados que se demora uno más tomándole la tensión y dándole orientación a los familiares respecto a cómo manejarlos para que no les salgan escaras por el encamamiento.

Mi trabajo ha sido supervisado en varias oportunidades. No hay un periodo establecido para hacer esta evaluación. La Coordinación cubana vino a comienzos de año y hace aproximadamente 15 días. Ya han supervisado dos veces. Ellos revisan

varias cosas, la escritura en los formularios que debemos llenar, que la hoja de cargo no tenga borrones, que las historias y el ASIS estén actualizados, así como el cartel donde se exponen las actividades que se van a desarrollar y las comunidades que se atienden. Esto lo mandaron a mejorar y ya se hizo. También revisan las carteleras, la limpieza del consultorio. Todo eso es lo que supervisan y si la calificación es baja, nos dicen al momento que aspectos mejorar. Ellos redactan un acta, que dejan en el consultorio, donde dejan plasmado todos los puntos que van a evaluar, dando el resultado si es bueno o malo y dan la acotación para mejorar si hay fallas. Por ejemplo, me han dicho que mejore la escritura. Pero no dan talleres ni nada sobre otros aspectos como llenado de formularios ni nada por el estilo.

En el consultorio está el sitio histórico, donde está la foto de Bolívar, Chávez y Fidel Castro, que son los personajes históricos involucrados en el proceso revolucionario. Eso es obligatorio tenerlo. La sala situacional es donde ponemos el Asis, actualizado cada año de la comunidad. El mural pues son las carteleras. Todo esto lo organiza el EBS, médico, enfermera y defensora. Estos datos se actualizan cada año y se especifica la patología que está en auge en ese momento.

Sobre los documentos que rigen nuestro trabajo, pues sí sé que existen. En el consultorio reposan algunas páginas impresas en una carpeta. Las he revisado, pero no en su totalidad. El trabajo diario no da chance. Estos documentos no están actualizados, hay información repetida con fechas de varios años. Además, en todos los consultorios que he trabajado no está ese material.

Sobre el Modelo de Atención Integral puedo decir que es bueno lo que allí se plasma, en la medida que se cumpliera fuera excelente. Pero hay muchas dificultades para llevarlo a cabo cabalmente; no se ve el fruto como debe ser, como uno lo espera que fuese. Los médicos manejamos más o menos su metodología de gestión.

Acá en el consultorio yo hago la dispensarización, me acompañan la enfermera y la promotora. Se hace con dificultades, porque generalmente no se consigue a todos los habitantes en sus casas o aptos porque están trabajando, de viaje, de vacaciones. Nunca se termina en su totalidad. Para hacerlo sigo el modelo o formato que disponemos para eso. Cuando hicimos el postgrado de MGI nos dieron la teoría, pero en la práctica son los colegas cubanos quienes nos dan las pautas a seguir. En la dispensarización se le pregunta nombre y apellido al paciente, cédula, edad, fecha de nacimiento, grado de instrucción que tiene, trabajo que desempeña. También qué patología presenta, si es crónica. O factores de riesgo, si es fumador, si es alcohólico. Si es mujer, cuando se hizo su última citología, si es niño si tiene su esquema de vacunación completo. Adicional se pregunta sobre sueldos, como son relaciones entre la familia, sus hijos, su pareja, el estatus social que tiene, si son casados o viven en concubinato. Toda esa información se recoge durante la dispensarización. Se llena un formato que hay para eso y su familiograma correspondiente.

El Análisis de Situación de Salud de la comunidad se hace para reflejar los problemas de salud de la comunidad. Se hace con el EBS. Se siguen las pautas que nos dieron en el postgrado y con la dispensarización se va adquiriendo destreza y con

las orientaciones de algunos colegas cubanos con los que uno ha trabajado conjuntamente. En el ASIS se especifica cuántos pacientes de acuerdo al grupo de edades, enfermedades comunes, embarazadas, niños desnutridos, enfermedades infectocontagiosas.

Yo he participado en algunas jornadas de TCI que ha organizado el ASIC al cual el consultorio está adscrito. En esta comunidad se podría organizar una jornada de este tipo para atender el alto índice de niño con enfermedades respiratorias.

En este consultorio sí se realizan actividades de promoción y prevención. Al llegar en la mañana cuando hay suficientes pacientes se les dan charlas de hipertensión arterial, recomendaciones sobre patologías que están en auge como tuberculosis, paludismo. También se les habla sobre las medidas higiénicas en la casa, la limpieza y aconseja acudir al médico antes de auto-meducarse para así evitar consecuencias o complicaciones mayores. De estas actividades se deja constancia en la hoja de cargo diario, donde se dice que charla se dio y cuántas personas participaron. Este trabajo lo hace también la enfermera y algunas veces la promotora.

Con respecto a otras acciones que se han hecho en materia de promoción y prevención recientemente, se hizo entrega de preservativos a los adolescentes y anteriormente se desparasitó a los niños. Se ha acudido a los pre-escolares de la comunidad para revisar los niños y prevenir que tengan escariosis y epidermitis. A ellos también se les dan charlas. Todo esto se hace en compañía de la enfermera.

Lamentablemente no disponemos de equipos audiovisuales para estas actividades de promoción y prevención. Simplemente con charlas y la información que se publica en las carteleras del consultorio. Creo que no es suficiente sólo la charla; deberíamos tener la posibilidad de darles folletos para que los visualizaran y así se les haga más fácil el entendimiento. Tener algo que llevarse para el paciente leer después con calma. Pero lamentablemente no tenemos recursos disponibles. Aunque quisiera hacer estos folletos, económicamente a mí se me hace imposible.

He participado en algunos talleres que nos han dado a través de Fundasalud. Nos han dado inducción sobre las infecciones de transmisión sexual, talleres sobre la ruta materna, tabaquismo y paludismo. En el ASIC en las reuniones metodológicas que se realizan cada viernes también se dan algunas charlas informativas sobre patologías puntuales. Estas charlas las preparan los mismos médicos de los consultorios, muchas veces sobre temáticas repetitivas. Ese día de la reunión metodológica nosotros entregamos al ASIC las estadísticas semanales cumpliendo con los formatos que se nos exigen. Y una vez al año tenemos que entregar también el ASIS con los datos actualizados del consultorio. En estas reuniones también nos ponen al tanto de cómo se van desarrollando las actividades a nivel de docencia con los MIC. Muchas veces este aspecto se lleva la mayor parte de la reunión.

Hace tiempo se planificó una reunión con los Comités de Salud, promotores y otros líderes de la comunidad, pero no asistieron. Son poco colaboradores. Sólo hacen presencia los que trabajan en el consultorio. Esta invitación se hizo una vez y se trató

sobre las necesidades físicas, estructurales y de equipo médico quirúrgico del Consultorio.

El EBS no cuenta con el apoyo de la comunidad para el desarrollo de actividades de promoción y prevención. Se ha buscado su participación, pero la gente es muy apática. No acuden porque no quieren asumir responsabilidades, simplemente quieren ir al Consultorio y que les den los medicamentos que necesitan.

Yo no vivo en esta comunidad. Sólo conozco a las personas que acuden al consultorio y algunos del Clap. Cuando se ha llamado a reuniones en el Consultorio con el EBS, las personas no acuden y por eso no sé ciertamente quien pudiera apoyar en las actividades del consultorio y el cumplimiento de la metodología del MAI.

Si me gustaría participar en ese tipo de programas, para aprender más y así ayudar a las personas a cambiar sus malos hábitos. Por más que uno les dice, muchos no hacen caso. Hace falta aprender nuevas cosas a ver si así logramos mejores resultados en promoción y prevención. Estos programas pilotos deberían hacerse los fines de semana para garantizar una mayor participación de las personas.

Informante 2.- Enfermera

Soy licenciada en enfermería y tengo un diplomado en docencia universitaria en la Upel. Tengo siete años de experiencia trabajando para Barrio Adentro, en varios consultorios, CDI del Peñón, hasta que nos reubicaron en los consultorios más cercanos a nuestro domicilio.

Como profesional de enfermería ya sé, conozco mis funciones como tal. Cumpló mis funciones de enfermera comunitaria asistencial. También sé que tengo otras funciones de docencia y administrativas. Pero en verdad, no he recibido ningún taller adicional como tal donde me explicaran las actividades más específicas que iba a desempeñar en el consultorio. Mi trabajo comienza a las 8am hasta las 2pm. Empiezo con las sesiones educativas a los pacientes que acuden al consultorio y luego me dedico a la parte de enfermería tomando signos vitales y administrando medicamentos. Al llegar el doctor se le da la información para que siga con la atención primaria en salud. En promedio acuden 30 a 35 pacientes, la mayoría por razones curativas y algunos por prevención. El trabajo de campo se hace según lo planificado cada mes. También se atienden las emergencias que se presentan. La dispensarización se hace los jueves. Ese día se atiende primero a los pacientes y luego se sale a visitar las casas planificadas. El área de influencia del consultorio es grande, abarca 35 veredas de la comunidad y cuatro comunidades cercanas. El EBS cada uno tiene sus funciones. Desde la doctora hasta el portero damos la cara, se hacen las visitas que nos compete, siempre estamos haciendo la visita domiciliaria.

Mi trabajo es evaluado constantemente por la gremial de enfermería. Ellos tienen su planificación, a veces llegan sin avisar y solicitan la data que maneja el consultorio y el EBS pues debe darla. Se da generalmente, información acerca de las enfermedades más comunes en la comunidad como hipertensión, diabetes y asma. En el momento ellos evalúan toda el área del consultorio. Han venido supervisores de

Caracas y también de acá del estado Sucre. A pesar de la situación, las respuestas de evaluación han sido positivas. A los médicos los supervisa su gremio.

En el consultorio está la Sala Situacional como tal, el Análisis de salud se actualizó en el 2019, fue la doctora quien realizó este trabajo y actualizó los datos. Allí se da la reseña histórica de la comunidad. Estos documentos están impresos. En el consultorio hemos preparado diversas carteleras informativas sobre hipertensión, diabetes, diarrea. Así los pacientes pueden ir leyendo, informándose de algunas medidas que deben tomar si presentan estas enfermedades y como prevenirlas.

Nota: al pedir información sobre los documentos normativos del trabajo del EBS se respondió dando información referente a las carteleras y el análisis de salud de la comunidad.

El ASIC al cual pertenece el consultorio nos ha asignado jornadas de vacunación contra fiebre amarilla. Yo las planifico con los líderes de la comunidad. Esta es una atención preventiva. Aun cuando no tenemos un centro de vacunación como tal en el consultorio, yo cumplo con el Programa Ampliado de Inmunizaciones, es una de mis funciones. Gracias al ASIC Julio Rodríguez se hacen las jornadas, de acuerdo al esquema de vacunación de los niños desde los dos meses hasta los 5 años, con los productos biológicos que facilita el ASIC y el apoyo de los líderes de la comunidad.

También hago actividades de promoción y prevención con los clubes. Hay cuatro. A los adolescentes, dando charlas educativas sobre métodos anticonceptivos y las infecciones de transmisión sexual, como prevenirlas; a los abuelos, se les hace medición de tensión arterial y charlas sobre la importancia del ejercicio físico; a los diabéticos se les hace seguimiento de la glicemia y tratamiento permanente; y a los hipertensos, se les hace su control y se les dan charlas con recomendaciones como tal.

En el trabajo diario se abordan los problemas de hipertensión, diabetes y asma. Se hace a través de charlas y con las carteleras. Quizás las charlas no sean suficientes, pero es lo que podemos hacer. No tenemos equipos audiovisuales ni ningún otro medio que nos ayude en estas acciones de promoción y prevención.

Yo soy de acá de esta comunidad, conozco los líderes del Consejo Comunal, del Clap y cuando se convocan a las personas para alguna reunión en el Consultorio no asisten. No están dispuestos a colaborar. Me acompañan cuando hay jornadas de vacunación y entrega de medicamentos, pero de resto no hay participación.

Yo estaría dispuesta a participar en un programa piloto para ayudar a las personas a cambiar sus malos hábitos y mejorar su salud. La prevención es lo primero. En esta comunidad yo atendería los problemas de hipertensión, diabetes y asma. Y estas actividades las planificaría los fines de semana para que las personas puedan asistir.

Informante 3.- Promotor Integral de Salud

Soy técnico medio en servicio de salud con 12 años de experiencia trabajando para Barrio Adentro, en varias instituciones. No recibí ningún tipo de inducción adicional cuando empecé a trabajar en Barrio Adentro, porque yo ya venía del INCE, ya había estudiado sobre eso.

Mis funciones son orientar a los pacientes y hacer diariamente sesiones educativas en el consultorio, aparte de salir a la calle, lo que llaman el terreno a visitar a los pacientes. Al consultorio acuden en promedio unas 30 personas, que van por motivos curativos más que todo. En las visitas de terreno diario son como cinco o seis familias.

Mi trabajo es supervisado por la Jefa de recursos humanos de Barrio Adentro. Lo que yo hago diario debo soportarlo en una hoja. Allí coloco nombre y apellido, cédula, firma. Mensualmente lo llevo a Fundasalud donde evalúan nuestro trabajo y se hace un reporte. A veces nos dicen algunas observaciones para mejorar el trabajo.

La Sala Situacional se hace. El médico lo hace. Las carteleras se hacen en función del tema de casa mes, de acuerdo también a una efeméride de ese mes. Allí se coloca la cantidad de habitantes, un croquis de la comunidad. Eso lo hacemos con el médico.

En mi caso he revisado esos documentos que están en el consultorio. Allí aparecen las funciones del médico, de la enfermera y de la defensora. Están en una carpeta, pero no están actualizados. También están los documentos sobre la reseña del consultorio.

Nota: hay confusión respecto a los libros normativos y el ASIS

La dispensarización la hace el médico. Nosotros lo acompañamos, pero la totalización la hace el médico. Ese trabajo se aprendió con las orientaciones del médico cubano, sobre todo la parte de hacer los familiogramas. Se actualiza la ficha familiar. El análisis de salud también la hace el médico y nosotros ayudamos. Eso es un trabajo del médico. El informe está en el Consultorio.

Nosotros salimos cuando nuestro jefe planifica alguna actividad o trabajos comunitarios. Apoyamos a los Consejos comunales. A veces, los médicos van y hacen jornadas en la calle y nosotros acompañamos. No es lo de siempre, por ejemplo, en las jornadas de vacunación se sale en la tarde o sábado y domingo, o cuando hay un operativo en tal parte, pues hay que ir. A veces la orden viene del ASIC. Nos dicen: mañana hay que trabajar porque hay operativo. Sin embargo, hace tiempo que ya no se hacen. La gente, más que todo acude en busca de medicamentos; si no hay medicinas la gente no se preocupa de operativos. Cuando se ha llamado a reuniones con los Consejos Comunales, asisten pocos. La gente va es para que los atiendan, pero no dan apoyo.

A veces se hacen actividades de promoción con los abuelos, hacemos despistaje de diabetes, de presión arterial cuando el tensiómetro está bueno. Hacemos chequeo de peso y talla y control a las embarazadas, se citan y se les da ácido fólico cuando hay. De estas actividades, nosotros sacamos los soportes mensuales y los mandamos a los jefes. Ellos nos evalúan por ese trabajo. Eso no queda en el consultorio porque no nos lo devuelven. Eso queda allá. Lo que queda registrado en el consultorio son las historias clínicas de los pacientes y de las embarazadas.

Todas las actividades de promoción y prevención la hacemos con charlas y las carteleras. No tenemos equipos audiovisuales ni ningún otro medio. Además, si tuviéramos, quizás ya los hubieran robado. Nosotros hablamos, hablamos y hablamos. Por lo menos ahorita está el cao del paludismo. Cada paciente que va a consulta se le orienta, qué debe hacer, qué es lo que va a consumir, que no debe consumir. Y cuando van el otro día que la doctora les dice que no pueden consumir cítricos, las frutas que pueden comer son estas, estas y estas. Y ellos responden: y tomé jugo de guayaba. Entonces, la gente es terca. De verdad que uno los oriente; son pacientes que han caído tres o cuatro veces, que ya deben saber. Sin embargo, se les dicen las cosas y preguntan nuevamente: ¿mira, que es lo que yo puedo consumir? Y eso que uno orienta persona por persona. La enfermera también lo hace. Tanto que hemos hablado y a veces nos da rabia, pero la gente sigue haciendo lo mismo. Se les orienta sobre la limpieza de la casa, se le orienta por lo menos la cuestión que hay que hervir el agua y así en muchas otras cosas. Las personas no lo hacen. Prefieren mejor enfermarse e ir a buscar los medicamentos, antes que prevenir. A la gente no le gusta prevenir enfermedades, dicen: que me den las pastillas, que me den los medicamentos.

No he participado en investigaciones para mejorar el estado de salud de la población. Yo pienso que hace falta que nos preparen en las cosas nuevas que están pasando, en las nuevas investigaciones.

Cuando nos llaman a reuniones, lo que se habla es, por lo menos, que hay que trabajar, que hay que cumplir el horario, que hay que llevar los soportes. Ese tipo de cosas. Una vez en Fundasalud nos dijeron que iban a hacer unos talleres de formación para el personal. Que los harían en la tarde para que la gente participara. La gente estaba muy contenta; todos nos pusimos de acuerdo porque queremos estar activos en esas cosas. Pero eso quedó en veremos. No se dio nada. Pero nos dicen que nosotros mismos nos preparemos, que nos informemos buscando por internet. En el pasado se hicieron algunos talleres de lactancia materna y fue muy bueno. Aprendimos muchas cosas que no sabíamos. Eso se hacía los jueves. El programa de reproducción sexual; los 14 programas. No sabemos cuáles son esos 14 programas. Siempre sacamos las cosas más comunes.

De esas cosas que nosotros hacemos llevamos unas estadísticas que llevamos a Fundasalud. Lo hacemos mensualmente. Antes las entregábamos en el ASIC. Ahora hacemos dos planificaciones: una para Barrio Adentro y otra para Fundasalud. Y también dos vaciados de los reportes.

Hemos hecho reuniones con los Comités de Salud de la comunidad. Su apoyo se ha dado al momento de ubicar a la gente, nos llevan a las partes. Pero cuando se les pide una mayor participación no lo hacen.

Yo sí, claro que estaría dispuesta a participar en un programa que ayude a la gente a cambiar sus malos hábitos, con prevención y promoción. Yo atendería primordialmente el problema del paludismo, porque hay muchos focos. Antes fumigaban, echaban abate, todo ese tipo de cosas. Pero ahora nada de eso. Me parece que los fines de semana sería lo ideal para estas jornadas cuando las personas están en su casa, porque pues la mayoría trabaja. Estas jornadas pudieran ser mensuales. Por ejemplo, las personas hacen limpieza en sus casas y después el gobierno hace la fumigación en la comunidad. Así, de parte y parte si dará resultados.

HOJA DE METADATOS

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso

1/6

| | |
|------------------|--|
| Título | Marketing social en el contexto de la Misión Barrio Adentro I, municipio Sucre del estado Sucre. Periodo 2015-2020 |
| Subtítulo | |

Autor(es):

| Apellidos y Nombres | Código CVLAC / e-mail | |
|-----------------------------------|------------------------------|--------------------|
| Alzolar Henríquez, Yenny Josefina | CVLAC | V.- 9.978.152 |
| | e-mail | yalzolar@gmail.com |
| | e-mail | |

Palabras o frases claves:

| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Marketing social - Misión Barrio Adentro - Estado Sucre |
|---|

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso –

2/6

Líneas y sublíneas de investigación:

| Área | Subárea |
|-------------------|-----------|
| Estudios Sociales | Marketing |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Resumen (abstract):

El marketing social es un concepto relativamente novedoso que puede ser empleado, no sólo por organizaciones comerciales, sino también por instituciones sin fines de lucro y el Estado. Emplea los conceptos, técnicas y herramientas del marketing tradicional para abordar problemas sociales a través de la adopción o rechazo de ideas que conlleven al cambio de comportamiento de las personas y promuevan el bienestar colectivo, pudiendo ser utilizado para afrontar problemas de salud pública. De allí el interés por conocer el funcionamiento y realidad actual de la Misión Barrio Adentro I, en el municipio Sucre del estado Sucre y considerar la posibilidad de implementar este programa como una herramienta clave para la promoción de la salud y la prevención de riesgos y enfermedades, objetivos básicos de esta Misión. Por ello se realizó una investigación de corte cualitativo, a nivel descriptivo, estableciendo contacto con los usuarios y el Equipo Básico de Salud de los Consultorios Populares a fin de conocer la realidad directamente de sus actores sociales. El análisis teórico efectuado sobre esta temática y el conocimiento empírico acerca de la situación de salud de las comunidades del municipio permiten afirmar la factibilidad de diseñar e implementar un programa de marketing social, tanto interno como externo, que coadyuve al logro de los objetivos de esta Misión. Con su aplicación podría lograrse de forma eficaz la concientización de los actores sociales y promover su participación en las políticas públicas de gestión local, específicamente en materia de salud.

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso

3/6

Contribuidores:

| Apellidos y Nombres | ROL / Código CVLAC / e-mail | |
|--------------------------------|-----------------------------|--|
| Centeno Albino María Teresa | ROL | C <input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> |
| | CVLAC | V- 5.876.668 |
| | e-mail | mtcalbino@gmail.com |
| | e-mail | |
| Pico Tahís Emilia | ROL | C <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> J <input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> U <input checked="" type="checkbox"/> |
| | CVLAC | V- 5.083.442 |
| | e-mail | thpico@gmail.com |
| | e-mail | |
| Aguilar Pedro | ROL | C <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> J <input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> U <input checked="" type="checkbox"/> |
| | CVLAC | V- 6.007.874 |
| | e-mail | pedroaguilar767@gmail.com |
| | e-mail | |

Fecha de discusión y aprobación:

| Año | Mes | Día |
|------|-----|-----|
| 2022 | 12 | 14 |

Lenguaje: SPA _____

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso

4/6

Archivo(s):

| Nombre de archivo | Tipo MIME |
|--------------------------|------------------|
| Alzolyenny.docx | Aplication/Word |
| | |
| | |
| | |
| | |

Alcance:**Espacial:** Misión Barrio Adentro I, Municipio Sucre, estado Sucre

(Opcional)

Temporal: 2015-2020

(Opcional)

Título o Grado asociado con el trabajo:Doctora en Estudios Sociales**Nivel Asociado con el Trabajo:**Doctorado**Área de Estudio:**Estudios Sociales**Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado:**Universidad de Oriente

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 5/6



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CU N° 0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI – 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,


JUAN A. BOLAÑOS CURRELO
Secretario



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
SISTEMA DE BIBLIOTECA
RECIBIDO POR *Mageley*
FECHA *5/8/09* HORA *5:30*

C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/maruja

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso.-6/6¶

Artículo 41 del REGLAMENTO DE TRABAJO DE PREGRADO (vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009): “Los trabajos de grados son de la exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente, y solo podrá ser utilizados para otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, quien deberá participarlo previamente al Consejo Universitario, para su autorización”.



Yenny Josefina Alzolar Henríquez

V.-9.978.152

¶

Autora¶

¶



Dra. Maria Teresa Cerneno de Dominguez

V.-5.876.868

¶

Asesora¶