

**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO DE ANZOÁTEGUI  
ESCUELA DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS  
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN**



**CURSOS ESPECIALES DE GRADO**

**Trabajo De Grado Presentado Como Requisito Parcial  
Para Optar Al Título De**

**LICENCIADO EN ADMINISTRACIÓN**

**Barcelona, Marzo de 2009**

**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO DE ANZOÁTEGUI  
ESCUELA DE CIENCIAS ADMINISTRATIVA  
ÁREAS ESPECIALES DE GRADO**



**SISTEMA DE SALUD DE ATENCION PRIMARIA MISION BARRIO  
ADENTRO I (MODULOS), COMO NUEVO MODELO DE  
GESTIÓN DE SALUD INTEGRAL ORIENTADO  
AL LOGRO DE UNA MEJOR CALIDAD DE VIDA, EN LA ZONA  
METROPOLITANA DEL ESTADO ANZOATEGUI.**

**Realizado Por**

**Romero Yeneris      Sinkia Adriana  
C.I 17.444.423      C.I 16.180.289**

**Trabajo De Grado Presentado Como Requisito Parcial  
Para Optar Al Título De**

**LICENCIADO EN ADMINISTRACIÓN**

**Barcelona, Marzo de 2009**

## **RESOLUCION**

De acuerdo con el artículo 44 del reglamento de trabajo de grado:

“Los trabajos de grado son de exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y, solo podrán ser utilizados para otros fines, con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, el cual lo participará al Consejo Universitario”.

## DEDICATORIA

**Dios** es el único, que otorga la verdadera felicidad, a través de su Hijo, a pesar que Dios no le importa los títulos, este logro es gracias a Él, que constantemente me mostró su ayuda a lo largo de mi carrera. Te amo Dios, no por este logro, sino porque me amaste primero y nunca me haz abandonado.

**A mi madre**, esa mujer llena de paciencia, amor y constancia, un verdadero regalo de Dios, que me ha conducido con sabiduría y esmero en lo poco que he vivido, “gracias mami te amo mucho, gracias por ayudarme siempre en todo incondicionalmente”.

**A mi papá**, quien siempre ha estado allí para apoyarme y ayudarme, en todo, este logro es para ti.

**A mi gran regalo de Dios, Luis**, fuente de apoyo para mis estudios, este logro también es tuyo, sabes que Dios mientras edifique, no trabajaremos en vano, te amo mi príncipe.

**A mis niños Fabián, Fabricio y Fernando**, quienes me empujan hacia mi instinto maternal, esto es de ejemplo para ustedes.

**Adriana Sinkia.**

## DEDICATORIA

Ante todo quiero dedicarle este logro a **“DIOS y a mi VIRGEN DEL VALLE”** porque sin ellos yo estoy completamente segura que no hubiese alcanzado mi meta propuesta que fue la de ser Licenciada en Administración Industrial, por darme la fuerza para poder enfrentar todos los obstáculos que se me presentaron durante mi carrera universitaria, y mas aun por darme día a día las ganas de vivir y de alcanzar todos mis objetivos.

A mis padres, **Eduardo y Yoneida** por estar en cada momento de mi vida, por brindarme todo su amor incondicional y por sobre todo se los dedico con todo mi corazón ya que por ustedes me esforcé todos los días para que se sintieran orgullosos de su hija y para que vieran que su sacrificio y dedicación no fueron en vano **“NO TIENEN IDEA DE CUANTO LOS AMO”**

A mis hermanas, **Yoriannis y Yuneldis** que siempre estuvieron en el momento más indicado dándome su apoyo y fuerza para salir adelante esperando se sientan orgullosos de mí. A ti **“YORITA”**, siempre brindándome el mejor consejo y escuchándome en todo momento y a ti mi sobrina **“SIRENEY”** gracias por existir.

A mis **tíos, primos y abuelos** gracias por su apoyo, en especial a ti **“TIO GUSTAVO”**, que aunque se que ya no estas conmigo para compartir este logro, se que desde el cielo estas orgulloso de tu sobrina **“TE AMO”**.

A mis amigas: Ana, Anny, Gabriela, Oriana, Sherlys, Francisca y zoralvi por estar siempre a mi lado compartiendo tanto los malos como los buenos momentos de mi vida, no tengo palabras para deciles lo mucho que las

quiero. A **Regulo, José Miguel, Luis Eduardo y Emilio** por compartir tantos momentos lindos de mi vida a su lado.

A mi compañera de áreas y amiga **Adriana** gracias por ser como eres y por ser tan buena amiga antes y durante la realización de este trabajo; pasando por momentos de nervios, preocupaciones y angustias pero también momentos especiales y de alegría.

**A todos y todas aquellas personas que de alguna u otra manera colaboraron para el logro de mi mayor objetivo.**

**Yeneris Romero.**

## **AGRADECIMIENTOS**

**Dios** te doy las gracias por este logro, para ti no hay nada imposible, tu Santo Espíritu intercede por mi.

**Esposo mío** gracias por darme fuerzas para llegar hasta aquí, tenerme la paciencia y sacrificarte para lograr esta alegría que tengo hoy. Dios te siga utilizando en mi vida. Gracias por existir.

**A mis padres Carlos y Maritza**, ustedes se merecen esta victoria, gracias por brindarme siempre lo mejor de sí, los amo. Agradecida estoy a Dios por darme unos padres como ustedes.

**A mis hermanos:** Marisela y Juan Carlos, gracias por estar allí en los momentos más difíciles, para ustedes este logro.

**A las Profesoras: Andrea Medina, Maria Teresa Lattuca y Bethzaida Castro**, mujeres que Dios puso en su corazón ayudarme en uno de los momentos más difíciles de esta carrera, gracias, Dios las Bendiga.

**A mi amiga y compañera Yeneris**, gracias por ayudarme en este gran logro, perseveramos y lo logramos. Dios te premiará, búscalo mientras pueda ser hallado, no hay otro camino que conduzca a Dios sino Jesús. La juventud pasa.

**A mi amiga Jenny**, gracias por todos los bellos momentos compartidos, ya culminando esta carrera. Tú también lo lograste, pero recuerda Dios el único que todo lo llena; la vanagloria de la vida, los deseos

de los ojos, no conducen al amor dulce del Padre, búscale y pon en practica lo que sabes.

**A mis amadas princesas Hijas del Gran Rey:** Carmencita, Danielita, Joahna, Dayana e Ingrid, quienes me han dado el ánimo, la fuerza y el amor en el momento más preciso, a lo largo de esta carrera, gracias por sus oraciones.

**A mis amadas hermanas Eluz y Luisa,** ustedes han estado siempre allí, las amo. Echen mano de la vida eterna.

**A Denis y Robbie,** gracias por ayudarme a lo largo de mi carrera, por estar conmigo siempre, los amo.

**A mi prima Dolimar,** gracias por tu valiosa ayuda, Dios te bendecirá a ti y tus hijos. Dios te conceda todas las peticiones de tu corazón.

**A Naudis,** gracias por estar conmigo en los malos momentos y hoy en el día de la alegría también estas.

A todas aquellas personas que oraron por mí.

**Adriana Sinkia.**



## **AGRADECIMIENTOS**

Primeramente quiero agradecer a mi “DIOS todo poderoso y a mi VIRGEN DEL VALLE”, por haberme ayudado a culminar mi carrera universitaria, y por haberme dado salud, sabiduría y el entendimiento necesario para la obtención de tan apreciado título.

A la universidad de Oriente, de la cual estoy agradecida por haberme abiertas las puertas y por haberme brindado la oportunidad de ampliar mis conocimientos y desarrollar mis habilidades. “Estoy totalmente orgullosa de haber estudiado en la CASA MAS ALTA”.

A mis profesores, a todos aquellos que sirvieron de apoyo, modelo y de guía para el logro de mi gran meta; especialmente a mis profesores de áreas, Licenciadas “Linda Núñez, Bethzaida Castro y Daysi Rodríguez”, por haberme tenido paciencia durante este proceso y por haberme brindado a mi y a mi compañera la información necesaria para poder elaborar nuestro trabajo.

A mi grupo de áreas, que siempre estuvimos juntos apoyándonos unos entre otros como un gran grupo unido, colaborando juntos en la realización de nuestro respectivo trabajo.

A mis padres, hermanos, amigos, y demás familiares, que siempre estuvieron cuando más los necesitaba, brindándome el apoyo y la confianza en todo momento. “LOS AMO” “ENORMEMENTE AGRADECIDA”

**Yeneris Romero**

## ÍNDICE GENERAL

RESOLUCION .....	iii
DEDICATORIA .....	iv
Dedicatoria.....	v
AGRADECIMIENTOS.....	vii
AGRADECIMIENTOS.....	ix
ÍNDICE GENERAL.....	x
RESUMEN (ABSTRACT) .....	xii
CAPITULO I.....	133
1.1 Planteamiento Del Problema .....	14
1.2 Objetivos De La Investigación:.....	16
1.3 Marco Teórico .....	16
1.3.1 Antecedentes .....	16
1.3.1.1 Antecedentes Históricos .....	16
1.3.1.2 Antecedentes de La Investigación .....	31
1.3.2 Bases Teóricas .....	32
1.3.3 Bases Conceptuales .....	37
1.4 Marco Metodológico.....	57
1.4.1 Tipo de Investigación .....	57
1.4.2 Diseño de Investigación .....	58
1.4.3 Población de Estudio .....	59
1.4.4 Muestra de Estudio .....	60
1.4.5 Recolección de Datos .....	60
1.4.6 Instrumento de Recolección de Datos .....	61
1.4.7 Validación del Instrumento.....	61
1.4.8 Niveles de Medición de Variables .....	61
1.4.9 Análisis e Interpretación de los Resultados .....	66

CAPITULO II .....	70
2.1 Definición de los indicadores o variables de estudio.....	71
2.2. Análisis estadístico de los indicadores:.....	72
2.3 Discusión .....	75
2.4 conclusiones .....	83
CAPITULO III .....	84
3.1 Marco institucional .....	84
3.2 Agencia Encargada De Diseñar Las Políticas Públicas .....	89
3.3 Análisis de los Programas.....	94
3.4 Conclusiones .....	97
CAPITULO IV.....	99
4.1 Marco Legal .....	99
4.2 Relación de la Planificación de Barrio Adentro I .....	111
4.3 Evaluación del Sistema de Planificación.....	122
CAPITULO V.....	10126
5.1 Proyectos y Propuestas .....	10126
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	137
Referencias Bibliográficas .....	140
METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:.....	146

## **RESUMEN (ABSTRACT)**

La presente investigación plantea verificar la eficiencia del Nuevo Modelo de Gestión de Atención Primaria, Barrio Adentro I, orientado hacia una mejor calidad de vida, Para lograr este objetivo es necesario estudiar la capacidad resolutoria del Estado, frente al problema de la salud. Utilizaremos el Programa de Aplicación hacia las Ciencias Sociales SPSS 11.5, evaluando variables socio económicas en el Área Metropolitana del Estado Anzoátegui, obteniendo resultados para el diagnóstico de su funcionamiento. Conoceremos los planes estratégicos utilizados en el Modelo de Atención Primaria, Red de Ambulatorios, antes de la existencia de Barrio Adentro I y las Políticas Públicas empleadas en el mismo. Los resultados de este trabajo permitirán demostrar los cambios efectuados. En este trabajo se presentan los resultados obtenidos, donde se llegó a la conclusión que el nuevo modelo de Sistema de Salud de Atención Primaria Barrio Adentro I, como todo sistema presenta fallas, en su mayoría por falta de control, en la investigación realizada, utilizaremos como herramienta la matriz FODA, y plantearnos las posibles estrategias para mejorar su funcionamiento a corto plazo, por ser una política pública de salud emergente.

# CAPITULO I

## INTRODUCCIÓN

Con la aprobación por referéndum de la Constitución Nacional de la Republica Bolivariana de Venezuela en el año 1999, en el país se abre un espacio al ideal democrático de Participación Colectiva, dejando claro que la salud como derecho social es un compromiso del Estado Venezolano, construida con estrategias que parten de las propias comunidades en función de lograr alternativas válidas en la resolución de sus problemas, vivienda digna, alimentación adecuada, educación, control ambiental, recreación, cultura, deporte, empleo, entre otros, para alcanzar mejores niveles de calidad de vida.

Bajo esta perspectiva BARRIO ADENTRO, es la estrategia política de contenido social donde Gobierno y Pueblo se unen para promover el ejercicio de la Democracia Participativa.

Mediante al análisis, la interpretación , el estudio de la problemática de la salud se puede observar una carencia en le sistema Nacional de Salud, el cual tiene establecida una planificación, la cual es ampliada con los cambios de la Constitución Nacional de la Republica, lo cual nos conlleva a realizar una investigación de carácter social, comparando el Sistema de Salud de los Módulos Anteriores con los Módulos de Barrio Adentro I, como Nuevo Modelo de Gestión orientado al logro de una Mejor Calidad de vida.

## 1.1 Planteamiento Del Problema

En la década de los años 80, aparece un deterioro en la calidad de vida de la población, debido esencialmente a la caída de los ingresos petroleros, endeudamiento y la puesta en marcha de medidas de ajuste económico, frenando los alcances logrados en los indicadores de salud en el país.

El porcentaje de la pobreza ubicado entre 40 por ciento en los años 80 paso a un 60 por ciento a los finales de los años 90 <sup>1</sup>. Se produce un desmejoramiento en las actividades preventivas en salud, observándose incrementos en enfermedades transmisibles y prevenibles, así también se observa una disminución de las actividades de consultas y seguimiento de casos, evidenciándose una pérdida en la capacidad de respuesta por parte del Estado hasta esos momentos, por tal motivo se ve obligado a dar respuesta, con programas o acciones que no logran frenar la decadencia en el Sector Salud.

Los cambios que amerita la atención primaria de salud, exige concretar la descentralización del sector salud y la puesta en marcha de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), que implica un enfoque en la prevención y crear las condiciones sanitarias mínimas que garanticen la preservación de la salud mas que la restitución del daño y la integración de los diferentes niveles de atención a nivel territorial.

Venezuela, 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 servicios de atención) estén debidamente interconectadas ofreciendo un sistema de salud centralizado. Para solventar el agudo problema de salubridad del País, surge como política de Estado para la conformación del Nuevo Sistema Público Nacional de Salud, Barrio Adentro.

Según con lo previsto en el Artículo 226 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y en ejercicio de la atribución que le confiere el Artículo 71 de la Ley Orgánica de la Administración Pública, publicada en Gaceta Oficial No. 37.865, de fecha 26 de Enero de 2004, Decreto Presidencial No. 2.745, establece que:

"La Comisión Presidencial "Misión Barrio Adentro" tendría como objetivo la implementación y coordinación institucional del Programa Integral de prestación 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 bajo un nuevo modelo de gestión basado en principios de interdependencia, coordinación, corresponsabilidad, cooperación y de participación activa y protagónica de las comunidades organizadas.

Lo anteriormente descrito nos lleva a analizar exhaustivamente el tema y a plantearnos la siguiente interrogante:

¿Funciona el Nuevo Sistema Público Nacional de Salud Barrio Adentro Módulos de Salud de Atención Primaria, como propuesta del Gobierno Nacional. Para garantizar la salud como Derecho Social fundamental?

## **1.2 Objetivos De La Investigación:**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Estudiar la planificación del Nuevo Modelo de Sistema de Salud de Atención Primaria Barrió Adentro I, a través de las políticas publicas empleados por el Estado.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

Analizar los cuadros de planes estratégicos utilizados en el Sistema de Salud antes de la existencia del Nuevo Modelo de Módulos de Salud Barrio Adentro.

Demostrar los cambios efectuados a partir da la puesta en marcha del funcionamiento del Nuevo Sistema de Salud.

Evaluar el funcionamiento de Nuevo Sistema de Salud como Política de Estado.

## **1.3 Marco Teórico**

### **1.3.1 Antecedentes**

#### **1.3.1.1 Antecedentes Históricos**



Para en año 1936, se funda en Venezuela el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), que sustituyó al Ministerio de Sanidad, Agricultura y Cría.

El desarrollo del sistema público de salud reflejaba las necesidades de la población rural y se apoyaba en un modelo económico basado en la expansión de la frontera agrícola.

A partir de 1948 <sup>2</sup>, se construyeron y dotaron unidades sanitarias y consultorios rurales, llamados medicaturas, en todo el país, así como hospitales en casi todas las ciudades grandes del interior del país.

En 1961 se crea el Programa de Medicina Simplificada, del cual fue pionero el Ministerio de Salud de Venezuela en toda el área de Latinoamérica, como estrategia para el abordaje de los problemas de salud de las comunidades dentro de su ámbito territorial.

Este, para entonces era un novedoso programa, en el cual algunas personas de las comunidades rurales se formaban como auxiliares de medicina simplificada durante un lapso de ocho meses, en un curso dictado y avalado por el Ministerio de Salud, para que en los dispensarios rurales resolvieran problemas de salud y reconozcan los factores de riesgo de sus habitantes en relación a las enfermedades endémicas, para el traslado oportuno de los pacientes a centros de mayor complejidad, permitió el logro de resultados positivos en el control de enfermedades transmisibles endémicas en zonas de población dispersa, comunidades indígenas y campesinas.

En ese mismo año Venezuela es reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el primer país que logra la erradicación del paludismo en dos tercios del territorio nacional.

Durante las primeras tres décadas del sistema político instaurado a partir de 1958, año en que se inicia en Venezuela la etapa "democrática", los programas sociales se definieron en términos amplios.

En teoría toda la población tenía derecho a los beneficios de salud, educación, seguridad y protección social, en forma gratuita, acompañados de la obligación del Estado de asegurar directamente su provisión<sup>3</sup>.

Pero en la práctica el acceso a los programas sociales dependía de la adscripción a ciertos organismos, partidos políticos, la central sindical dominante o las fuerzas armadas y, fundamentalmente, de la condición urbana, de la situación laboral y de la cercanía del beneficiario o beneficiaria a la red pública de servicios.

La inversión pública en servicios de salud se fue deteriorando a partir de los años sesenta<sup>4</sup>, lo cual afectó la efectividad de los programas de prevención y control de los problemas de salud prioritarios ligados a la pobreza rural y limitó el desarrollo de programas nuevos que hicieran frente a las condiciones de vida de las poblaciones urbanas marginales, cada vez más numerosas. Durante esas dos décadas, la población se empobreció de forma acelerada<sup>5</sup>. Para 1970, el 23% de las familias urbanas venezolanas tenían ingresos inferiores a 500 bolívares mensuales y el 70 por ciento por debajo de 1.500 bolívares mensuales, mientras que el Ministerio de Sanidad

y Asistencia Social estimaba que el nivel mínimo de subsistencia familiar requería un ingreso mensual de entre 1.400 y 1.600 Bolívares, lo cual coincidía con estimaciones de investigaciones independientes.

El impacto sobre la salud de la desinversión pública y del aumento de la pobreza fue de tal envergadura que a comienzos de los años setenta se calculó que por lo menos el 30 por ciento de los menores de cinco años sufría algún grado de desnutrición.

Entre 1968 y 1973 la tasa de mortalidad infantil se elevó de 46,7 a 53,7 por mil nacidos vivos registrados.

El porcentaje de la pobreza ubicado entre 40 por ciento en los 80 paso a un 60 por ciento a los finales de los 90 Observatorio de Coyuntura Económica Internacional OCEI (1997). Hay un deterioro en las actividades preventivas en salud, observándose incrementos en enfermedades transmisibles y prevenibles, como la tuberculosis, malaria, dengue, así también se observa una disminución de las actividades de consultas y seguimiento de casos.

Los organismo internacionales, como la Naciones Unidas, el Sistema Económico Latinoamericano, entre otros, promueven e incentivan el desarrollo de políticas sociales especialmente en salud, con el objetivo de mejorar la calidad de vida. Se requiere de una política económica con sensibilidad social y de una política social vinculada estrechamente con la política económica.

El Venezuela, para finales de 1982, se aprueba un plan de acción, para la aplicación de la estrategia propuesta por la Asamblea de la Salud (Resolución WHA 35.23)<sup>6</sup>. Se crea la Comisión Nacional de Atención Primaria de Salud, adscrita a la Dirección General de Salud, que para ese momento, es el ente ejecutor de las políticas sanitarias a través de las direcciones regionales de salud, generando movimientos en la estructura y funciones para avanzar en políticas desconcentradas, con la participación comunitaria y el uso de tecnologías apropiadas.

La gente estaba en la capacidad de movilizarse y colaborar en torno a programas organizados y dirigidos por el ente rector en salud. Son exitosas las campañas de vacunación masivas como por ejemplo, la vacunación contra la poliomielitis.

La atención primaria de salud (APS)<sup>3</sup>, descrito en Alma Ata<sup>7</sup> (1978), representa un avance en lo social, reconoció la equidad en salud, como la cobertura a toda la población con asistencia proporcionada a las necesidades de las mismas. Es un medio práctico para poner al alcance de todos los individuos y familias de las comunidades la asistencia de salud indispensable, en forma que resulte aceptable y proporcionada a sus recursos, y con su plena participación. Pero la atención primaria de salud mucho más que una simple extensión de los servicios básicos de salud; involucra factores sociales y de desarrollo y si se aplica de manera apropiada influirá en el funcionamiento del sistema salud.

Su forma viene determinada por los objetivos sociales, tal como el mejoramiento de la calidad de la vida y la obtención de beneficios sanitarios óptimos para el mayor número posible de individuos; y esos objetivos se alcanzan con la aplicación de medidas sociales, como la aceptación de una

mayor responsabilidad en materia de salud por parte de las comunidades y los individuos, su activa participación en el esfuerzo para alcanzarlos.

Cuanto menos sea el estado de salud de la población, más probable será que la población contribuya al desarrollo social y económico; desarrollo que, a su vez, facilita los nuevos recursos y la energía social que favorecen el desarrollo de la salud.

En consecuencia, la atención primaria de salud y los esfuerzos de la comunidad con miras al desarrollo social y económico tendrán en general mayores probabilidades de ser eficaces cuando se apoyen mutuamente. (Organización Mundial de la Salud OMS., 1978).

La necesidad de mejorar la situación sanitaria de los países más afectados, la Organización Mundial de la Salud en la Asamblea anual en el año 1977, decidió que la principal meta social de los gobiernos era, alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permitieran llevar una vida digna y económicamente productiva". "Salud para todos en el año 2000 ", estableciéndose que la atención primaria de salud era la clave para alcanzar esa meta.

Al igual que en muchos otros países de América Latina, a partir de los años ochenta el sistema de servicios de salud en Venezuela se caracterizó por el desfinanciamiento agudo de los servicios de salud, la privatización directa e indirecta (por cobro o solicitud de insumos a los usuarios), la desinversión en mantenimiento de infraestructura y la fragmentación y desarticulación entre múltiples participantes que debían

cumplir las funciones de regulación, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios.

Para el año 1.998, bajo el enfoque asistencialista de la salud, se habían venido estructurando en Venezuela un conjunto de sistemas de salud desarticulados, que presentaban una organización y dinámica de funcionamiento muy compleja.

Estos sistemas estaban integrados por los sectores públicos y privado, y constituido por múltiples entes que "cumplían y aún cumplen" las funciones de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios.

Estas instituciones son: el entonces Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (hoy Ministerio del Poder Popular para la Salud), el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), el Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación (IPASME), el Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSFA), así como gobernaciones de estado y alcaldías.

Existe un sector privado asegurador y prestador con fines de lucro y uno "sin fines de lucro".

El primero atiende a los estratos sociales altos de la población. El segundo, conformado por Organismos No Gubernamentales en Salud (ONGS), cooperativas sin aparentes fines de lucro y fundaciones benéficas, que le "brindaban" servicios tanto a la población que no está cubierta ni por el sector público ni por el privado con fines lucrativos, como a la que no utiliza los servicios públicos.

La transferencia de los servicios del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social tiene su punto de partida en el año 1989 con la promulgación de la Ley Orgánica de Descentralización y Transferencia de Competencias del Poder Público y con la elección directa de gobernadores, fecha en la cual se iniciaron las negociaciones con algunos estados, cinco de los cuales firmaron sus convenios de transferencia a finales de 1993.

Hasta octubre de 1998<sup>8</sup>, se habían firmado dieciséis convenios con los estados Falcón, Anzoátegui, Carabobo, Aragua, Bolívar, Zulia, Mérida, Trujillo, Táchira, Sucre, Lara, Monagas, Miranda, Nueva Esparta, Apure y Yaracuy. Específicamente, el 22 de junio de 1998, (el Ministerio de Salud y Acción Social MSAS) firmó con la Gobernación del Distrito Federal la transferencia de 9 hospitales y 56 centros ambulatorios.

Como resultado del proceso de descentralización, se había establecido un sistema intergubernamental de salud organizado en distintos niveles de gobierno: nacional, regional y local, que había traído consigo que los gobiernos intermedios hayan asumido competencias que antes eran exclusivas del ámbito nacional o central del Estado.

Desde el punto de vista normativo, el MSAS, Ministerio de Salud y Acción Social y las gobernaciones que habían asumido la competencia de los servicios de salud, deberían cubrir a la población calificada como excluída, estimada en aproximadamente un 60%, por lo que desde ese enfoque el sistema no era universal, ya que de una vez daba cabida al sistema privado para cubrir las demandas de salud del otro 40 % de la población.

El IVSS Instituto Venezolano de los Seguros Sociales por su parte, debía darle cobertura a sus afiliados, (Los trabajadores y sus familiares) sin que tuvieran acceso a los servicios un alto porcentaje de la población no contribuyente.

Esta situación se agravaba dado a que la estructura de la red de establecimientos existente para entonces correspondía a los ambulatorios y hospitales que se habían construido en la etapa de transición entre la Venezuela Rural y Urbana, respondiendo a la realidad de los años 40, 50 y 60, pero además por la existencia de una superposición y desarticulación en el funcionamiento complementario entre los mismos y, por ende, entre las funciones de los establecimientos de mayor con los de menor complejidad, generándose problemas de poca resolución de problemas de los ambulatorios y hospitales tipo I, desarticulación de las respuestas a los usuarios, disconformidad de la población con las instituciones, inequidad y poca accesibilidad.

Para el Año 2003 sigue la Infraestructura Operativa, en razón a la orientación curativa de la practica médica impuesta en el país y al descuido de la medicina anticipatoria y preventiva dada por las autoridades de las instituciones de salud del estado en el pasado, las expectativas sociales le dan, en esta etapa, un papel preponderante a los hospitales. Por otro lado, los ambulatorios no tienen una adecuada capacidad resolutive, lo cual obliga al usuario a elegir como vía más segura al hospital para que le solucionen sus problemas de salud.

De esta forma de los 4.605 ambulatorios que según en censo de infraestructuras del MPPS, existían y estaban operativos en el país, 2.852



(61.93 %) correspondían a Ambulatorios Rurales tipo I, los cuales eran atendidos por un o una auxiliar de medicina simplificada, 863 (18.72 %) eran Ambulatorios Rurales Tipo II, atendidos por un medico general en cumplimiento del articulo 8 de la Ley del Ejercicio de la Medicina, lo que en suma indicaba que 3.815 (80.65 %) de las infraestructuras existentes para la época, eran ambulatorios rurales, en una Venezuela que había venido cambiando sus patrones demográficos del área rural a urbana en los últimos 40 años<sup>9</sup>.

El total de ambulatorios urbanos correspondiente a 890 infraestructuras (19.18% de la red ambulatoria), 693 eran Ambulatorios Urbanos tipo I, 154 correspondían a la clasificación de Ambulatorios Urbanos Tipo II y solo 43 presentaban características de ambulatorios Urbanos Tipo III.

De igual manera, el número de hospitales operativos para 1998, según la misma fuente, se ubica en 181 Hospitales Generales y 33 Hospitales Especiales.

De los 181 Hospitales Generales existentes y funcionando de acuerdo a este censo, 108 (59.66 %) corresponden a Hospitales Generales Tipo I, 34 (18.78 %) son Hospitales Generales Tipo II, 18 (9.9 %) son Hospitales Generales Tipo III, 21 (11.6) corresponden a la clasificación de Hospitales Generales tipo IV.

En relación a la clasificación de establecimientos de la red ambulatoria y hospitalaria vigente, según la Gaceta Oficial de la Republica de Venezuela Nº 32.650, del 21 de enero de 1.983, se mantienen aun los parámetros de categorización que regularon en su momento estas disposiciones.

Según este documento de 25 años de vigencia, los establecimientos destinados a la prestación de servicios de atención médica del sector público deben ajustarse a las características que le correspondan de acuerdo a la siguiente clasificación:

## **I. AMBULATORIOS**

### **1. Ambulatorios Rurales.**

- A. Ambulatorios rurales tipo I.
- B. Ambulatorios rurales tipo II

### **2. Ambulatorios Urbanos.**

- A. Ambulatorios Urbanos tipo I.
- B. Ambulatorios Urbanos tipo II.
- C. Ambulatorios Urbanos tipo III.

## **II. HOSPITALES.**

- 1. Hospitales tipo I.
- 2. Hospitales tipo II.
- 3. Hospitales tipo III.
- 4. Hospitales tipo IV.

Los Ambulatorios Rurales Tipo I tienen las siguientes características:

- Se encuentran ubicados en áreas rurales de población dispersa menor de un mil (1.000) habitantes.

- Son atendidos por un auxiliar de "Medicina simplificada" bajo supervisión médica y de enfermería.

- Dependen de la Dirección del Distrito Sanitario.

Los Ambulatorios Rurales Tipo II tienen las siguientes características:

- Se encuentran ubicados en áreas rurales de población concentrada o dispersa de más de mil (1.000) habitantes.

- Son atendidos por médicos generales.

- Dentro de su organización pueden contar con camas de observación y servicio de odontología.

- Dependen técnica y administrativamente de la Dirección del Distrito Sanitario.

Los Ambulatorios Urbano "Tipo I tienen las siguientes características:

- Prestan atención médico integral de nivel primario

- Son atendidos por médicos generales y familiares

- Dentro de su organización pueden contar con servicio odontológico y psico-social.

- Dependen administrativa y técnicamente del Distrito Sanitario correspondiente.

Los Ambulatorios Urbanos Tipo II tienen las siguientes características:

Prestan atención médica integral de nivel primario.

Son atendidos por un médico general con: experiencia en administración de salud pública, quien podrá realizar funciones docentes de pre y post-grado.

Pueden contar con los servicios de obstetricia y pediatria y de los servicios básicos de laboratorio, radiología y emergencia permanente, además de los servicios del Ambulatorio Tipo I.

Dependen técnica y administrativamente del Hospital de su jurisdicción. Los Ambulatorios Urbanos Tipo III tienen las siguientes características: Prestan atención médica integral de nivel primario secundaria o ambos. Son dirigidos por un médico con curso medio de clínicas sanitarias.

Son organizados para prestar, además de atención médica general, servicios de: medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia y pediatria, servicios de dermato-venereología, cardiología y emergencia.

Dependen técnica y administrativamente del Hospital de su jurisdicción.

Barrio Adentro surge como política de estado para la conformación del Nuevo Sistema Público Nacional de Salud, se origina en la actuación del personal médico cubano, durante la tragedia del estado vargas en diciembre de 1999, a partir de esta experiencia, la alcaldía del municipio libertador suscribe un convenio con la república de *cuba* en el mes de abril de 2.003, para implementar un *plan* que ofreciera atención médica en los barrios de Caracas, donde se viven y se desarrollan los venezolanos que fueron excluidos de las políticas de estado de los gobiernos que habían ejercido el poder en Venezuela.

De allí surge la idea de Barrio Adentro como alternativa valida para satisfacer las necesidades reales y sentidas de la población caraqueña, que más tarde se convierte en un Plan Integral de Desarrollo Local, que conjuga

un conjunto de políticas sociales orientadas a mejorar la calidad de vida, promoviendo la organización y participación social de los sectores populares. Como iniciativa local, se creó el Instituto para el Desarrollo Local (IDEL), adscrito a la Alcaldía del Municipio Libertador, con el objetivo general fue el de: "fomentar el desarrollo local mediante el diseño, evaluación, impulso y ejecución de políticas públicas dirigidas al mejoramiento de la calidad de vida de los pobladores del Municipio."

Este Plan se extiende al Municipio Sucre del Estado Miranda y al Estado Zulia y luego al resto de los Municipios de Miranda, los Estados Barinas, Lara, Trujillo y Vargas, donde se inicia la experiencia.

En septiembre de 2003, la Coordinación Nacional de Atención Primaria del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, asume conjuntamente con la Comisión Médica Cubana en Venezuela, la implantación de Barrio Adentro en los Estados restantes. Quedando constituidas las Coordinaciones Regionales de Barrio Adentro con la participación de diferentes organismos, coordinada por el representante del entonces Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

En Diciembre de ese mismo año, el Presidente de la República Bolivariana de Venezuela, crea la Comisión Presidencial "Misión Barrio Adentro", de conformidad con lo previsto en el Artículo 226 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y en ejercicio de la atribución que le confiere el Artículo 71 de la Ley Orgánica de la Administración Pública, publicada en Gaceta Oficial No. 37.865, de fecha 26 de Enero de 2004, Decreto Presidencial No. 2.745, que establece:

"La Comisión Presidencial "Misión Barrio Adentro" tendría como objetivo la implementación y coordinación institucional del Programa Integral de prestación 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 bajo un nuevo modelo de gestión basado en principios de interdependencia, coordinación, corresponsabilidad, cooperación y de participación activa y protagónica de las comunidades organizadas.

Estará conformada por los Ministros de Salud y Desarrollo Social, Trabajo, Energía y Minas, Presidente de Petróleos de Venezuela (PDVSA), Jefe del Estado Mayor Conjunto, Presidente de la Asociación Civil Barrio Adentro, Presidente del Fondo Único Social (FUS), Alcaldes de los Municipios Libertador y Sucre, y Representantes del Frente Francisco de Miranda Luchadores Sociales".

Con este compromiso se pretendió dar un viraje profundo a las políticas sociales, brindando atención de calidad a los sectores más desposeídos de la población en todo el territorio venezolano.

En este mismo sentido el 12 de diciembre de 2003, el Presidente de la República Bolivariana de Venezuela Hugo Rafael Chávez Frías, inaugura desde el barrio El Onoto en la parroquia Caricuao, Caracas, los primeros 12 Consultorios Populares de forma de octágono, figura icono de estas infraestructuras de salud, diseñadas para su construcción en la accidentada geografía de las barriadas caraqueñas.

El 26 de Marzo de 2.006, se crea la Fundación Misión Barrio Adentro, mediante decreto N° 4.382, publicado en Gaceta Oficial de la Republica Bolivariana de Venezuela N° 38.404, la cual tendría entre sus atribuciones la administración de los recursos financieros para el funcionamiento de la Misión Barrio Adentro.

De esta forma <sup>10</sup>, la Misión Barrio Adentro a nivel nacional se ha convertido, en el gran acontecimiento de dimensiones y consecuencias para la construcción del nuevo modelo de atención y gestión como eje articulador de las políticas sociales, objeto de estudio y análisis en el Campo de la Salud, podemos destacar que no existían como tal una infraestructura de Módulos de Salud, más bien Operaban Ambulatorios Rurales y Urbanos, ya mencionados en previa clasificación.

### **1.3.1.2 Antecedentes de La Investigación**

Barrio Adentro: Combatir la exclusión Profundizando la Democracia, Rubén Alayon Monserat, 2005.

¿Es necesario Barrio Adentro?, Dr. Juan Carlos Marcano, Agosto de 2008.

Informe sobre el Derecho a la Salud en Venezuela 2007. Situación del Derecho a la Atención Sanitaria. Observatorio Comunitario por el Derecho a la Salud.

### **1.3.2 Bases Teóricas**

#### **La Planificación**

“La planificación: Es el proceso de establecer metas y elegir medios para alcanzar dichas metas” Stoner, (1996).

“La planificación: Es el proceso de establecer objetivos y escoger el medio más apropiado para el logro de los mismos antes de emprender la acción” Goodstein, (1998).

“La planificación: se anticipa a la toma de decisiones. Es un proceso de decidir... antes de que se requiera la acción” Ackoff, (1981).

“La planificación: Consiste en decidir con anticipación lo que hay que hacer, quién tiene que hacerlo, y cómo deberá hacerse. Murdick, (1994).

“La planificación: Es el proceso de definir el curso de acción y los procedimientos requeridos para alcanzar los objetivos y metas. El plan establece lo que hay que hacer para llegar al estado final deseado”.Cortés, (1998).

“La planificación es un proceso de toma de decisiones para alcanzar un futuro deseado, teniendo en cuenta la situación actual y los factores internos y externos que pueden influir en el logro de los objetivos” Jiménez, (1982).



“La planificación: Es el proceso de seleccionar información y hacer suposiciones respecto al futuro para formular las actividades necesarias para realizar los objetivos organizacionales”. Terry, (1987).

"La Planificación Estratégica es el proceso por el cual los dirigentes ordenan sus objetivos y sus acciones en el tiempo. No es un dominio de la alta gerencia, sino un proceso de comunicación y de determinación de decisiones en el cual intervienen todos los niveles estratégicos de la empresa". Sallenave (1991).

### **Planificación Estratégica**

Igor Ansoff (1980), gran teórico de la estrategia identifica la aparición de la Planificación Estratégica con la década de 1960 y la asocia a los cambios en los impulsos y capacidades estratégicas. Para otros autores, la Planificación Estratégica como sistema de gerencia emerge formalmente en los años setenta, como resultado natural de la evolución del concepto de Planificación: Taylor manifestaba que el papel esencial del "management" <sup>11</sup>, exigía la planificación de las tareas que los empleados realizarían, el gerente pensaba el qué, cómo y cuándo ejecutar las tareas y el trabajador hacía.

Se consideran cuatro puntos de vista en la planeación estratégica: El Porvenir De Las Decisiones Actuales.

la planeación trata con el porvenir de las decisiones actuales. Esto significa que la planeación estratégica observa la cadena de consecuencias de causas y efectos durante un tiempo, relacionada con una decisión real o

intencionada que tomará el director. La esencia de la planeación estratégica consiste en la identificación sistemática de las oportunidades y peligros que surgen en el futuro, los cuales combinados con otros datos importantes proporcionan la base para que una empresa tome mejores decisiones en el presente para explotar las oportunidades y evitar los peligros. Planear significa diseñar un futuro deseado e identificar las formas para lograrlo.

### **Proceso**

Segundo, la planeación estratégica es un proceso que se inicia con el establecimiento de metas organizacionales, define estrategias y políticas para lograr estas metas, y desarrolla planes detallados para asegurar la implantación de las estrategias y así obtener los fines buscados.

También es un proceso para decidir de antemano qué tipo de esfuerzos de planeación debe hacerse, cuándo y cómo debe realizarse, quién lo llevará a cabo, y qué se hará con los resultados. La planeación estratégica es sistemática en el sentido de que es organizada y conducida con base en una realidad entendida.

Para la mayoría de las empresas, la planeación estratégica representa una serie de planes producidos después de un periodo de tiempo específico, durante el cual se elaboraron los planes. También debería entenderse como un proceso continuo, especialmente en cuanto a la formulación de estrategias, ya que los cambios en el ambiente del negocio son continuos. La idea no es que los planes deberían cambiarse a diario, sino que la planeación debe efectuarse en forma continua y ser apoyada por acciones apropiadas cuando sea necesario.

## **Filosofía**

Tercero, la planeación estratégica es una actitud, una forma de vida; requiere de dedicación para actuar con base en la observación del futuro, y una determinación para planear constante y sistemáticamente como una parte integral de la dirección. Además, representa un proceso mental, un ejercicio intelectual, más que una serie de procesos, procedimientos, estructuras o técnicas prescritos.

## **Estructura**

Cuarto, un sistema de planeación estratégica formal tiene tres tipos de planes fundamentales, que son: planes estratégicos, programas a mediano plazo, presupuestos a corto plazo y planes operativos. La planeación estratégica es el esfuerzo sistemático y más o menos formal de una compañía para establecer sus propósito, objetivos, políticas y estrategias básicas, para desarrollar planes detallados con el fin de poner en práctica las políticas y estrategias y así lograr los objetivos y propósitos básicos de la compañía.

## **FODA**

El análisis FODA es una herramienta que permite conformar un cuadro de la situación actual de la empresa u organización, permitiendo de esta manera obtener un diagnóstico preciso que permita en función de ello tomar decisiones acordes con los objetivos y políticas formulados.

El término FODA es una sigla conformada por las primeras letras de las

palabras Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (en inglés SWOT: Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats). De entre estas cuatro variables, tanto fortalezas como debilidades son internas de la organización, por lo que es posible actuar directamente sobre ellas. En cambio las oportunidades y las amenazas son externas, por lo que en general resulta muy difícil poder modificarlas.

**Fortalezas:** son las capacidades especiales con que cuenta la empresa, y por los que cuenta con una posición privilegiada frente a la competencia. Recursos que se controlan, capacidades y habilidades que se poseen, actividades que se desarrollan positivamente, etc.

**Oportunidades:** son aquellos factores que resultan positivos, favorables, explotables, que se deben descubrir en el entorno en el que actúa la empresa, y que permiten obtener ventajas competitivas.

**Debilidades:** son aquellos factores que provocan una posición desfavorable frente a la competencia. recursos de los que se carece, habilidades que no se poseen, actividades que no se desarrollan positivamente, etc.

**Amenazas:** son aquellas situaciones que provienen del entorno y que pueden llegar a atentar incluso contra la permanencia de la organización.

### **1.3.3 Bases Conceptuales**

#### **Misión Barrio Adentro:**

Es un programa social promovido por el presidente de la República Bolivariana de Venezuela, Hugo Chávez con ayuda del gobierno de Cuba, que se caracteriza por la utilización de profesionales cubanos y venezolanos, para ofrecer servicios de salud a la población venezolana en las zonas pobres del país (llamados, barrios), zonas inaccesibles y que generalmente quedan lejos de los hospitales.

Representa un proyecto integral de salud, interrelacionado con la educación, el deporte, la cultura y la seguridad social. Ese maravilloso entramado de cambios no hubiese sido posible sin la voluntad política del Gobierno de Venezuela, en especial de la dedicación personal del Presidente Chávez, la organización comunitaria en los barrios y la ayuda solidaria del pueblo de Cuba.

La Misión Barrio Adentro ha sido subdividida por el Presidente Hugo Rafael Chávez Frías según las etapas en que se han desarrollado sus unidades de salud. Esta a vez esta determinada como parte del Sistema Público Nacional de Salud y como una estrategia basada en los principios de la APS Atención Primaria de Salud, para contribuir a dar respuesta a la deuda social acumulada, a través del desarrollo de programas de prevención y promoción en salud dirigidos a la atención de personas, familias y colectivos con difícil acceso y cobertura a los servicios de salud. El 10 de Abril de 2007, se realizó el acto de grado del primer grupo de 1.013 especialistas en Medicina General Integral venezolanos. Estos médicos

comenzarán a trabajar conjuntamente en los Consultorios Populares con los médicos cubanos, y forman parte del primer grupo de especialistas formados para Barrio Adentro I.

En Diciembre del año 2003, el Presidente de la República Bolivariana de Venezuela, crea la Comisión Presidencial "Misión Barrio Adentro", de conformidad con lo previsto en el Artículo 226 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y en ejercicio de la atribución que le confiere el Artículo 71 de la Ley Orgánica de la Administración Pública, publicada en Gaceta Oficial No. 37.865, de fecha 26 de Enero de 2004, Decreto Presidencial No. 2.745, que establece:

"La Comisión Presidencial "Misión Barrio Adentro" tendría como objetivo la implementación y coordinación institucional del Programa Integral de prestación 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 bajo un nuevo modelo de gestión basado en principios de interdependencia, coordinación, corresponsabilidad, cooperación y de participación activa y protagónica de las comunidades organizadas.

El objetivo general es 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, mediante la creación de Consultorios y Clínicas Populares, además de los hospitales del pueblo, dentro de las comunidades de poco acceso a los ya existentes.

La misión Barrio Adentro busca el fortalecimiento de la atención primaria de salud desde la base del movimiento social, la cual se concibe como medio práctico para poner al alcance de todos los individuos, familias y comunidades la Atención de Salud, de forma que resulte aceptable y proporcionada a sus recursos y con su plena participación.

**Las características que la definen son la siguiente:**

- Abarca los factores sociales y de desarrollo endógeno local. Va más allá de una simple extensión de los servicios.
- Interviene en el mejoramiento de la calidad de vida y obtención de beneficios de salud óptimos para el mayor número de personas.
- Proporciona mayor responsabilidad a los individuos y comunidades, bajo el enfoque de Democracia Participativa.
- Facilita los nuevos recursos y la energía social que favorece el desarrollo de la salud.
- Funciona en armonía con los demás sectores sociales y económicos involucrados en el desarrollo endógeno local.
- Integra los equipos de salud a la comunidad, toda vez, que requiere vivan en las propias comunidades.
- Presiona la necesidad de organización e implantación del Sistema Público Nacional de Salud.

”La Misión Barrio Adentro cuenta con una Red de Atención Primaria de Salud de servicios dotados de capacidad resolutoria para el logro de calidad de vida y salud, respondiendo a las necesidades sociales y en interacción con las otras redes sociales, mediante acciones de protección de la vida, educación para la salud, prevención, manejo de enfermedades, restitución y

rehabilitación de la salud, actuando sobre los determinantes de la salud de las personas y las comunidades según sus territorios sociales”.(Ministerio de Salud y Desarrollo Social MSDS, Barrio Adentro 2004).

Barrio Adentro, representa el primer nivel de atención de la salud en el marco de la Atención Primaria que resuelve más del 80 por ciento de los problemas de salud de la población en sus territorios, abordándolos en forma interdisciplinaria, desde una perspectiva integral de salud, que articula las políticas y programas sociales del Gobierno Nacional. Está integrado por la Red Ambulatoria existente (ARI, ARII, AUI)<sup>12</sup> y por los Consultorios Populares, los cuales constituyen la primera puerta de entrada al SPNS.

Desde su conceptualización, es la concreción de la Atención Primaria de Salud como prioridad de la Política de Salud del MSDS, para dar respuestas a las necesidades sociales de la población, especialmente la excluida, bajo los principios de equidad, universalidad, accesibilidad, gratuidad, transectorialidad, pertenencia cultural, participación, justicia y corresponsabilidad social, contribuyendo a mejorar la calidad de salud y vida.

Entre los objetivos que Barrio Adentro se plantea están los siguientes:

- Implantar un Modelo de Gestión Pública, que responda a las necesidades sociales de los grupos de población, mediante la organización y participación de las comunidades, apoyada en la contraloría social como expresión de poder popular.
- Articular las políticas sociales que den respuestas a las necesidades sociales de la población en sus territorios.



- Adecuar la Red Ambulatoria existente a Barrio Adentro aumentando su capacidad resolutive mediante la implantación, consolidación y extensión de consultorios populares, haciendo énfasis en la Promoción de la Salud y Calidad de Vida.

- Potenciar capacidades y habilidades de los recursos humanos, institucionales y comunitarios, mediante la formación y educación permanente.

Así mismo, se plantean las siguientes metas:

- Establecer la Red de Atención Primaria como plataforma del Sistema Público Nacional de Salud y como nuevo modelo de gestión pública a nivel nacional.

- Lograr un médico por cada 250 familias.

- Promover la salud integral de individuos, familias y comunidades.

- Impulsar la construcción de las Redes Sociales bajo control comunitario.

- Articular la Misión Barrio Adentro con otros programas sociales para contribuir al desarrollo, crecimiento y envejecimiento de la población con calidad de vida.

- A Contribuir en la formación del recurso humano y comunitario necesario para la Atención Primaria de Salud.

La población beneficiada en una primera etapa, comprende especialmente los sectores populares urbanos (barrios), rurales, los pueblos fronterizos e indígenas, que representan el 60 por ciento de la población venezolana., la cual posee 26.414.815 habitantes en la actualidad.

Según la Ley Orgánica de Salud de Venezuela, publicada en gaceta oficial N° 36.579 el 11 de noviembre de 1998. Expresa claramente en su artículo3°:

Los servicios de salud garantizarán la protección de la salud a todos los habitantes del país y funcionarán de conformidad con los siguientes principios:

- **Principio de Universalidad:** Todos tienen el derecho de acceder y recibir los servicios para la salud, sin discriminación de ninguna naturaleza.

- **Principio de Participación:** Los ciudadanos individualmente o en sus organizaciones comunitarias deben preservar su salud, participar en la programación de los servicios de promoción y saneamiento ambiental y en la gestión y financiamiento de los establecimientos de salud a través de aportes voluntarios.

- **Principio de Complementariedad:** Los organismos públicos territoriales nacionales, estatales y municipales, así como los distintos niveles de atención se complementarán entre sí, de acuerdo a la capacidad científica, tecnológica, financiera y administrativa de los mismos.

- **Principio de Coordinación:** Las administraciones públicas y los establecimientos de atención médica cooperarán y concurrirán armónicamente entre sí, en el ejercicio de sus funciones, acciones y utilización de sus recursos.

- **Principio de Calidad:** En los establecimientos de atención médica se desarrollarán mecanismos de control para garantizar a los usuarios la calidad en la prestación de los servicios, la cual deberá observar criterios de integridad, personalización, continuidad, suficiencia, oportunidad y adecuación a las normas, procedimientos administrativos y prácticas profesionales.

### **Interdependencia**

La interdependencia es la dinámica de ser mutuamente **responsable** y de compartir un conjunto común de **principios** con otros. Este concepto difiere sustancialmente de la "**dependencia**", pues la relación interdependiente implica que todos los participantes sean independientes **emocional, económica y/o moralmente** "independientes". Algunos abogan por la **libertad** o la **independencia** como una suerte de **bien** deseable superior; otros creen lo mismo con respecto a la **familia**, la **comunidad** o la **sociedad** entera. La interdependencia reconoce la **verdad** (o la **validez**) en cada una de las posiciones, y las desarrollan juntos.

## **Interdependencia social**

Marx fue el primero en ocupar el término *interdependencia* en el Manifiesto Comunista (1848) para describir la interdependencia universal de las naciones en comparación a la seclusión y autosuficiencia de lo local y lo nacional en el pasado. Will Durant formuló su *Declaración de Interdependencia* en abril de (1944).

En 1929, Mahatma Gandhi afirmó que la interdependencia era y debía ser el ideal del ser humano, entendiéndola como autosuficiencia. El hombre, al conformarse como ser social, sin la interrelación con la sociedad no puede notar su unicidad con el universo ni suprimir su egoísmo. En ese sentido, su interdependencia social le permite testear su fe.

## **Coordinación**

“Bajo ‘coordinación’ debe entenderse la armonización de resultados o medidas parciales interdependientes en referencia a la consecución de un objetivo superior”. Frese (1972).

## **Corresponsabilidad**

La base para solucionar cualquier conflicto, es la corresponsabilidad; es por eso que es tan importante que sepa qué puedo hacer ante ciertas circunstancias, cómo responder a situaciones difíciles, y por qué yo soy importante para resolver un problema.

## **Cooperación**

Según Tamames, en Economía Internacional, la cooperación consiste en la reducción de barreras para el intercambio internacional mediante negociaciones y liberalizaciones de diverso tipo: arancelarias, de pagos, de comercio... El paso ulterior a la cooperación es la integración, que implica la supresión de todas las barreras al intercambio. No obstante, la integración económica sin un proceso previo de cooperación es difícilmente viable. En Europa, desde el siglo XV, se dieron intentos en este sentido que nunca lograron el éxito. Tamames, Ramón: *Diccionario de Economía*. Alianza Editorial. Madrid, (1988).

## **Participación Social**

La participación ciudadana involucra a individuos, grupos, organizaciones de la sociedad civil y sus interrelaciones con el Estado y los gobiernos locales. Velásquez (citado por, Behm, 1. (1997), advierte diversos niveles de participación ciudadana. Ellos son: informarse como elemento clave para la gestión democrática; la consulta de inquietudes, necesidades y expectativas como fuente de criterios para tomar decisiones; la decisión, o sea la posibilidad y capacidad de intervenir en la decisión final; el control de la ejecución de las decisiones y la gestión, o sea como agentes activos con condiciones para el manejo autónomo de determinados ámbitos de la vida colectivo.

La participación ciudadana está vinculada a la complementación de la democracia representativa con la democracia participativa, a la reforma del Estado y a la redefinición de las relaciones de los entes gubernamentales con la comunidad. (Hopenhayn, 1988).

Esta nueva forma de participación, se plantea en medio de un cuadro general difícil, en donde ejerce influencia el pesimismo frente a un futuro democrático, la desconfianza frente a los partidos políticos como expresión de intereses colectivos, el incremento de la población en situación de pobreza, la globalización como hecho ineludible, el surgimiento del municipio como instancia importante para la conquista de mejores niveles de vida y como fuente de articulación de la gestión vecinal, pública y privada en la vida local.

En este contexto, la participación, es decir, los diversos mecanismos e instancias que posee la sociedad para incidir en las estructuras estatales y las políticas públicas, requieren de cambios significativos, en la cultura y la conducta política de las autoridades y de la población en general.

La participación ciudadana, representa una ruptura con el Estado clientelar que ha caracterizado al país por años. Ella, permitirá superar la idea generalizada de exigir del Estado todos los derechos sin contrapartida en materia de deberes, mediante la conquista de la ciudadanía en la cotidianidad. Por otra parte, resulta necesario lograr la confluencia de todos los actores sociales locales sobre planes y proyectos específicos de carácter estratégicos a ser ejecutados en torno al municipio como lugar de encuentro de las iniciativas públicas, privadas y de la comunidad, a partir de una información veraz y completa sobre los asuntos municipales. (Organización Mundial de la Salud, OMS, 1990).

## **La descentralización**

La descentralización es un proceso de carácter político que demanda la distribución territorial del poder público entre Entidades políticas dotadas de autonomía y de gobiernos propios elegidos libremente. Por lo tanto, es un producto de la Democratización y un medio adecuado para la planificación del desarrollo, la reducción de la pobreza y la modernización del Estado, propiciando la consolidación del Estado Democrático de Derecho. Bajo esta perspectiva, la descentralización se concreta con el proceso de transferencia de competencias desde el Organismo Ejecutivo a las municipalidades.

## **Modelo de Gestión**

**Modelo de gestión** es un esquema o marco de referencia para la administración de una entidad. Los modelos de gestión pueden ser aplicados tanto en las empresas y negocios privados como en la administración pública.

## **Gestión Social**

**La gestión social** ha sido definida como la construcción de diversos espacios para la interacción social. Se trata de un proceso que se lleva a cabo en una comunidad determinada y que se basa en el aprendizaje colectivo, continuo y abierto para el diseño y la ejecución de proyectos que atiendan necesidades y problemas sociales.

La gestión social implica el diálogo entre diversos actores, como los gobernantes, las empresas, las organizaciones civiles y los ciudadanos.

De acuerdo al Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO), la gestión social es un proceso completo de acciones y toma de decisiones, que incluye desde el abordaje, estudio y comprensión de un problema, hasta el diseño y la puesta en práctica de propuestas.

### **Atención Primaria**

La atención primaria de salud (APS) según la definición dada en la 'Declaración de Alma-Ata, aprobada por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata de 1978 convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la siguiente:

... la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.



Organización Mundial de la Salud, OMS: *Punto VI de la Declaración de Alma-Ata (1978)*.

### **Características básicas de la Atención Primaria**

1. Accesibilidad: provisión eficiente de servicios sanitarios en relación con las barreras organizativas, económicas, culturales y emocionales.

2. Coordinación: suma de las acciones y de los esfuerzos de los servicios de atención primaria.

3. Integralidad: capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población atendida.

4. Longitudinalidad: seguimiento de los distintos problemas de salud de un paciente por el mismo médico.

Continuidad: seguimiento por el mismo médico de un problema específico del paciente. Es una característica del sistema sanitario pero no es específica de la Atención Primaria.

**ORGANISMOS GUBERNAMENTALES Y NO GUBERNAMENTALES  
RESPONSABLES DE LA ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
EN VENEZUELA**

**Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) actualmente  
Ministerio del Poder Popular para la Salud.**

Es el ente rector de las políticas públicas de salud y garante del Derecho a la Salud. Regulador en el ámbito nacional de prestadores regionales y locales de los servicios de atención médica.

El Viceministerio de Redes de Salud desarrolla los lineamientos generales, a través de la Dirección General de la Red Ambulatoria Especializada, Dirección General del Primer Nivel de Atención y Dirección General de Hospitales.

Se comporta como prestador en los estados con los servicios públicos de salud no transferidos.

**Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS)**

Adscrito al Ministerio del Trabajo. Es el ente garante del Derecho a la Seguridad Social.

A través del componente Salud se comporta, como prestador de atención médica mediante la administración, actualmente centralizada, de la red hospitalaria y ambulatoria, en el ámbito nacional. A partir de Enero de 2003, contaba con 5 años para conformar con otros actores del Ejecutivo y la Asamblea Nacional, la nueva institucionalidad que regirá la Seguridad Social.

## **Ministerio de Defensa. Dirección de Sanidad Militar**

Prestador de atención médica a través de la red de Hospitales Militares en el ámbito nacional, que brinda servicios a militares y familiares. Presta atención gratuita de emergencias a las comunidades donde están ubicados. Participan y organizan operativos cívico militar de atención médico odontológica y sanitaria.

## **Gobernaciones**

Principales prestadores de atención médico en estados "descentralizados", a través de las Direcciones Regionales de Salud, que administran la red hospitalaria y ambulatoria estatal.

Los estados descentralizados, mediante los convenios de transferencia de Servicios Públicos de Salud son: Aragua, Mérida, Miranda, Táchira, Anzoátegui, Monagas, Trujillo, Zulia, Yaracuy, Nueva Esparta, Sucre, Falcón, Lara, Apure, Bolívar, Carabobo.

El Distrito Metropolitano de Caracas también formaba parte de este grupo hasta el segundo semestre del año 2.008, cuando por Decreto Presidencial publicado en Gaceta Oficial N° 38.976, del 18 de julio de este mismo año, todos los establecimientos de salud dependientes de la Alcaldía de Distrito Metropolitano de Caracas deberán ser transferidos al Ministerio del Poder Popular para la Salud.

Otros aún se mantienen adscritos al Ministerio del Poder Popular para la Salud, como los Estados Vargas, Delta Amacuro, Amazonas, Barinas, Cojedes, Portuguesa y Guárico.

En referencia a los recursos financieros, el régimen presupuestario contempla la transferencia de créditos asignados de acuerdo a la ley de presupuestos.

El MPPS trasfiere los recursos de funcionamiento a los estados, existiendo además la distribución de recursos para salud para esa misma gobernación del Situado Constitucional.

### **Alcaldías**

La Alcaldía del Municipio Sucre del Estado Miranda, cuenta con el Hospital "Pérez de León" de Petare, las Alcaldías de los estados del interior del país, cuentan con Coordinaciones de Salud, que administran recursos para proyectos especiales o específicos y en ellos abundan las actuaciones tipo "operativos" sociales.

### **Ministerio de Educación**

Órgano prestador de atención primaria de salud a través de los servicios médicos para empleados y familiares que dispensa a los afiliados del Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación (IPASME).

## **Ministerio de Interior y Justicia**

A través de la División de Medicina Integral, presta atención médica a la población penitenciaria. Sin políticas públicas en consonancia a la Atención Integral del MPPS.

Cuenta con el Hospital de la Penitenciaría General de la República (PGV), un "hospitalito" en el "Centro Penitenciario El Rodeo" (estado Miranda), así como uno en el establecimiento penitenciario de "Duaca" (Estado Lara). El resto de los 33 centros penitenciarios que tienen en el ámbito nacional, cuenta con unidades de atención médico - odontológica.

## **Otros Ministerios**

Prácticamente todos los ministerios cuentan con instalaciones de Servicios de Atención Médica para sus empleados y familiares. Aparte de las contrataciones de pólizas de seguros que representan altas inversiones de partidas presupuestarias dirigidas a garantizar el derecho a la salud de sus trabajadores, pero que deslegitima la eficacia del servicio público del propio Estado, por si mismo, como prestador de atención médica.

## **Organismos no gubernamentales**

Fundaciones sin fines de lucro, Asociaciones de grupos vulnerables que se procuran recursos, entre otros. Reciben subsidios directos, manejan recursos del Estado, para la ejecución de proyectos específicos.

## **Sector Privado**

Debe ser fiscalizado y controlado por el MPPS, que aporta permisología y otros requisitos que exige la Ley.

Es sensible de ser regulado en su actividad por el Instituto Nacional Defensa y Educación del Consumidor (INDECU), Ministerio de la Producción y el Comercio, así como Servicio Nacional Integrado de Administración Tributaria (SENIAT) y otros entes del Estado.. Este sector privado recibe aportes del Estado para la resolución de casos puntuales, (exámenes especializados y cirugías complejas), a través de subsidios directos, en formas de ayudas sociales, Pólizas de seguros de empleados y obreros de ministerios, gobernaciones, empresas del estado, además de aportes directos de Ministerio de la Secretaria de la Presidencia, el FUS, PDVSA y otros entes.

## **Clasificación de Barrio Adentro:**

### **Barrio Adentro I:**

- Consultorios Populares
- Puntos de consulta y clínicas odontológicas
- Ópticas Populares

### **Barrio Adentro II:**

- Centros Médicos de Diagnóstico Integral (CDI)
- Salas de Rehabilitación Integral (SRI)
- Centros Médicos de Alta Tecnología (CAT)

### **Barrio Adentro III**

- Clínicas Populares
- Hospitales

### **Barrio Adentro IV**

Centros de Investigación. Ejemplo: Hospital Cardiológico Infantil.

### **Nacimiento**

Los primeros 53 galenos de Barrio Adentro se ubicaron en 10 de las parroquias más pobres de Caracas, entre ellas Catia, San Agustín, La Pastora, Sucre... Los medios de comunicación los calificaban de “agentes castristas”, y reportaban insólitos casos de mala praxis. Eran Especialistas en Medicina General Integral (MGI), con dos años o más de experiencia en el cumplimiento de misiones en África, Centroamérica y Sudamérica, y un promedio de 10 años en el ejercicio de la profesión. Traían, además, el humanismo y la solidaridad de un pueblo que a lo largo de más de cuatro décadas ha compartido con los pobres del mundo el talento y el sacrificio de sus hijos.

Hoy, aquella avanzada de 53 médicos se ha multiplicado en varios miles de profesionales de la Salud, que atienden en las puertas de sus casas

a millones de venezolanos: gente agradecida, noble y sensible, que desde el primer día cooperaron con Barrio Adentro, y abrieron las puertas de sus casas y sus corazones a los galenos cubanos, porque descubrieron en ellos el desinterés y el humanismo de los verdaderos misioneros, que habían subido a los cerros y entraron a los barrios pobres a cambio de nada, porque solo los mueve la solidaridad y el amor por los humildes y desposeídos en cualquier parte del mundo.

### **Consultorios Populares**

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. El trabajo de los galenos y las enfermeras no se circunscribe a los 6 mil 531 Puntos de Consulta y Consultorios Populares, sino que se adentra en el seno de la comunidad y en especial de los hogares para brindar una asistencia médica verdaderamente integral. En los consultorios populares trabaja un equipo de trabajo conformado por el médico de familia la enfermera, comité de salud, estudiantes de medicina que todos en conjunto ayudan a cambiar el modo y estilo de vida de una población realizando actividades de atención primaria de salud, como la promoción de salud a través de charlas educativas, festivales por la salud.

### **Odontología**

Las Clínicas y los Puntos de Consulta de Estomatología (Odontología) son espacios físicos dotados con unidades dentales completamente equipadas y atendidas por profesionales que brindan atención gratuita en salud bucal. Funcionan en una proporción de una por cada cuatro puntos de



consulta o consultorios populares y actualmente se brinda asistencia odontológica en 3 mil 019 sillones agrupados en mil 601 locales de consultas.

### **Ópticas Populares**

Las Ópticas Populares son centros en los que un personal especializado en Optometría y Óptica practica la evaluación de las ametropías del paciente y entregan los lentes de forma gratuita. Actualmente prestan servicios 459 Ópticas Populares distribuidas en toda la geografía venezolana, incluyendo una móvil en el Amazonas.

## **1.4 Marco Metodológico**

La metodología utilizada en este trabajo incluye varios tipos de investigación, las técnicas y procedimientos que serán utilizados para llevar a cabo la indagación. Los tipos de investigación utilizados son: de Campo, Descriptiva y Analítica.

### **1.4.1 Tipo de Investigación**

Según la clase de medios utilizados para obtener los datos, es de campo. Atendiendo al nivel de conocimientos que se adquieren podrá es, descriptiva o Explicativa, acorde con el método utilizado, es analítica.

Investigación Descriptiva: Consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno o grupo con el fin de establecer su estructura o comportamiento.

Descriptivos: Es una investigación inicial y preparatoria que se realiza para recoger datos y precisar la naturaleza; y sirve para describir diversas pautas de comportamientos sociales de una comunidad tales como: origen racial, opiniones, políticas, rango de edad, preferencias, etc..

La investigación descriptiva: Se refiere a la etapa preparatoria del trabajo científico que permite ordenar el resultado de las observaciones de las conductas, las características, los factores, los procedimientos y otras variables de fenómenos y hechos.

La investigación analítica: Es un procedimiento más complejo con respecto a investigación descriptiva, que consiste fundamentalmente en establecer la comparación de variables entre grupos de estudio y el control sin aplicar o manipular las variables, estudiando estas según se dan naturalmente en los grupos.

La investigación de campo realizada a través de encuestas, esta se refiere a aquella investigación que se realiza en el lugar y tiempo en que ocurren los fenómenos objetos de estudio en este caso una muestra de doscientas personas establecidas en la Zona metropolitana del Estado Anzoátegui.

#### **1.4.2 Diseño de Investigación**

Para evaluar el funcionamiento de el sistema de salud, Módulos de Barrio Adentro I, por la naturaleza del estudio se requirió la recopilación

documental, la cual se trata de la recopilación de antecedentes relacionados con la investigación, para tal fin se consultaron documentos escritos: formales e informales, también se realizaron: entrevistas y encuestas con preguntas contundentes acerca del establecimiento de Barrio Adentro I en los diferentes municipios, desde la puesta en marcha del plan de gobierno desde 1999 hasta el año en curso, evaluando, las diferencias entre los módulos de salud anteriores (Ambulatorios), y los módulos de barrio adentro I, estableciendo el análisis entre los mismos, el personal medico que atiende, los medicamentos suministrados , el nivel del servicio prestado, tomando en cuenta en la muestra, el nivel de estudio, la edad, el sexo, la ocupación, el apoyo hacia la misión y su utilización.

### **1.4.3 Población de Estudio**

Las ciudades elegidas como población de una muestra representativa son:

Puerto la Cruz, fundada en 1862 es una ciudad portuaria ubicada en el estado Anzoátegui en Venezuela, capital del municipio Sotillo. Se encuentra unida a la capital del estado, Barcelona, también a su vez con Lechería y Guanta, conformando así el área metropolitana más grande e importante del oriente de Venezuela. Con una Población de 370.000 Habitantes Aproximadamente.

Guanta: Tiene una población de cerca de 27.145 habitantes. Es la capital del municipio homónimo de Guanta.

Lechería es una ciudad venezolana ubicada al noreste del Estado Anzoátegui, capital del Municipio Turístico Licenciado Diego Bautista Urbaneja, con una población de cerca de 35.500 Habitantes Aproximadamente.

La Ciudad de Barcelona está ubicada en el oriente de Venezuela, es capital del estado Anzoátegui con una población de cerca de 359.984 Habitantes Aproximadamente.

#### **1.4.4 Muestra de Estudio**

Se realizó la investigación logrando evaluar una muestra de 200 personas de 792.629 habitantes aproximadamente en la Zona Metropolitana del Estado Anzoátegui, 50 de cada municipio. En zonas adyacentes y no cercanas a los Módulos de Salud de Barrio Adentro I, para obtener resultados los mas acertados posibles.

#### **1.4.5 Recolección de Datos**

El Trabajo de Campo se realizo el Día Martes 20 de Enero hasta el Día Jueves 23 del Año 2009. Los Datos recogidos se utilizaron conjuntamente obteniendo un total de 200 observaciones. Cada aplicación tomo de 10 a 20 minutos, y se realizó de manera personal para evitar errores, y resolver dudas del encuestado, en caso de que existieran.

#### **1.4.6 Instrumento de Recolección de Datos**

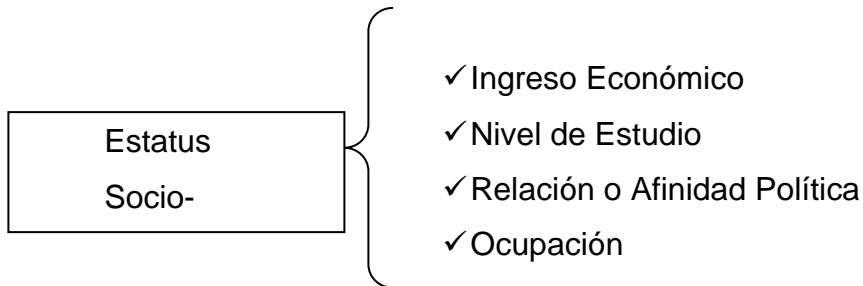
Para este Estudio se utilizó el Sistema SPSS 11.5, *Statistical Package for the Social Sciences*, es un programa estadístico informático muy usado en las ciencias sociales, el cual contiene herramientas valiosas para el análisis estadístico. En nuestra investigación, contribuyó notablemente a la interpretación de los resultados obtenidos, mediante los gráficos originados.

#### **1.4.7 Validación del Instrumento**

El Sistema SPSS 11.5 *Statistical Package for the Social Sciences*, es un programa de altura que nos permite obtener veracidad en la obtención de resultados para el posterior análisis, facilitado por la Ingeniero Daysi Rodríguez, durante los Cursos Especiales de Grado de la Universidad de Oriente(2008,2009), como programa es eficiente debido a la capacidad de trabajar con bases de datos de gran tamaño, lo cual permite la recodificación de las variables y registros según las necesidades del usuario. El programa consiste en un módulo base y módulos anexos que se han ido actualizando constantemente con nuevos procedimientos estadísticos.

#### **1.4.8 Niveles de Medición de Variables**

La variable utilizada en la investigación de de carácter socioeconómica, determinando en la población: su posición social, dada por su condición económica, sociocultural y política.



Midiendo así los indicadores: Edad, Sexo, nivel educativo, ocupación, como el nivel de funcionamiento de Barrio Adentro I, apoyo de la población hacia los Nuevos Módulos de Salud, la calidad de los medicamentos suministrados, la eficiencia del servicio prestado por el personal médico que atiende, analizando su comportamiento. Una vez arrojados los datos a través de la encuesta, vaciados en el instrumento, se arrojaron resultados, que interpretaremos posteriormente.

Modelo de Encuesta, para la Definición de Variables, realizada en el Universo Muestral:

## ENCUESTA

A continuación se le formulan una serie de preguntas, las cuales usted deberá responder con la mayor seriedad y honestidad posible. Instrucciones: Lea con detenimiento antes de apresurarse a responder, cualquier duda, diríjase al encuestador. Escriba en los espacios en blanco los datos siguientes. Marque con equis "x", o seleccione una letra, dependiendo el tipo de pregunta. Datos del Encuestado:

Edad:            A. 18 a 30            B. 31 a 43            C. 44 a 56            D. Más  
de 56

Sexo    M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

3. ¿Cuál es su Nivel de Estudio?

Iletrado o Analfabeto

Primaria

Secundaria

Técnico Medio

Universitario(a)

Profesional

4. ¿Cuál es su Ocupación?

Empleado

Desempleado

5. ¿Cuál es un Ingreso Económico?

Menor que Sueldo Mínimo

Sueldo Mínimo

Mayor que Sueldo Mínimo

6. ¿Usted ha utilizado los servicios que prestan los Módulos de Salud de Atención Primaria Barrio Adentro I, comprendidos por: Consultorios Populares, Puntos de Consulta, Ópticas Populares y Clínicas Odontológicas?

A. Siempre      B. Algunas veces      C. Raras veces      D. Nunca

7. ¿A qué Centro de Salud se dirigía usted antes de que existiera Barrio Adentro I.?

Hospital más cercano

Ambulatorio más cercano

Modulo anterior más cercano

Otros

8. ¿Posee usted algún tipo de Seguro Privado?

SI \_\_\_\_      NO \_\_\_\_

9. ¿Cree usted que con la implementación de los Nuevos Módulos de Barrio Adentro el Sistema de Salud ha mejorado en nuestro País?

SI \_\_\_\_      NO \_\_\_\_

10. ¿Apoya usted a la misión Barrio Adentro (Módulos de salud)?

SI \_\_\_\_      NO \_\_\_\_

11. ¿Usted ha utilizado los Módulos de Salud Barrio Adentro I de Atención Primaria, como emergencia?

SI \_\_\_\_      NO \_\_\_\_

12. A continuación se le presentan a usted varios cuadros, de los cuales deberá señalar las diferencias entre el servicio prestado de los Módulos de Salud Anteriores y los Módulos de Salud de Barrio Adentro Actuales.

### MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS

MODULOS ANTERIORES

MODULOS BARRIO ADENTRO

A. Excelente
B. Bueno
C. Regular

A. Excelente
B. Bueno
C. Regular



SERVICIO PRESTADO

MODULOS ANTERIORES

MODULOS BARRIO ADENTRO

- A. Bueno
- B. Regular
- C. Deficiente
- D. Excelente
- E. Malo

- A. Bueno
- B. Regular
- C. Deficiente
- D. Excelente
- E. Malo

PERSONAL QUE LO ATIENDE

**MODULOS ANTERIORES**

- A. Calificado
- B. No calificado
- C. Servicial

**MODULOS BARRIO ADENTRO**

- A. Calificado
- B. No calificado
- C. Servicial

#### 1.4.9 Análisis e Interpretación de los Resultados

Este análisis lo logramos obtener por medio de un instrumento muy eficaz y veraz como lo es el instrumento *SPSS Statistical Package for the Social Sciences 11.5*, el cual nos arrojó los siguientes resultados por medio de unas encuestas realizadas a diferentes municipios de esta zona anzoatiguense como lo son Bolívar, Urbaneja, Guanta y Sotillo, analizando de la misma manera los cuadros mas resaltantes:

**TABLA 1.1 Variable: ¿Cuál es su Ocupación?**

		Frecuencia	Porcentaje
	Empleado	92	46,0
	Desempleado	107	53,5
	Total	199	99,5
No	Respondieron	1	0,5
Total		200	100,0

**TABLA 1.1 ¿Cuál es su Ocupación? En esta variable** nos muestra cual es la ocupación que presentan estas 200 personas encuestadas en la actualidad, el cual nos indica que 92 personas están empleadas, representando un 46%, mientras que 107 se encuentran desempleadas para un 53.5%, para un total de 199 que respondieron; es decir el 99.5% y solo una (1) persona dejó de hacerlo.

Todo esto hace referencia a que la ocupación en una población es muy fundamental conocerla, para obtener resultados mas efectivos y así de esa manera saber cual es su posición ya que muchas de las personas que laboran poseen seguro privado como medio para cubrir con las necesidades de atención primaria como lo es la salud.

**TABLA 1.2. Variable: ¿Posee usted algún tipo de Seguro Privado?**

		Frecuencia	Porcentaje
	si	93	46,5
	no	104	52,0
	Total	197	98,5
No	Respondieron	3	1,5
Total		200	100,0

**TABLA 1.2. ¿Posee usted algún tipo de Seguro Privado?** Por medio de este cuadro pudimos observar y haciendo una comparación con la de la ocupación, que de estas 200 personas solo 93 si poseen algún tipo de seguro privado; es decir el 46.5%, mientras que 104 no poseen ninguno representando así el 52%, para un total de 197 que respondieron, el 98.5% y el resto no quiso responder.

Notando de esta forma que la mayoría de estas personas encuestadas no poseen ningún tipo de seguro, la cual puede ser consecuencia de que en el cuadro anterior habían mas desempleados que empleados, ya que mayormente las personas que gozan de estos seguros lo hacen por medio de sus empleos, trasladándose de esta manera a los centro de atención primaria de salud mas cercanos al momento de necesitarlos.

**TABLA 1.3 Variable: ¿Apoya usted a la misión Barrio Adentro (Módulos de salud)?**

	Frecuencia	Porcentaje
si	142	70,5
no	57	28,5
Total	199	99,5
No Respondieron	1	0,5
Total	200	100,0

**TABLA 1.3 ¿Apoya usted a la misión Barrio Adentro (Módulos de salud)?** Por medio de estos resultados asentados en este cuadro, podemos observar claramente que estas personas respondieron lo siguiente: 142 personas respondieron que si, que si apoyaban a esta Misión; es decir el 70.5%, mientras que 57 personas dijeron que no la apoyaban, para un total de 28.5% y el resto no quiso responder.

Todo esto hace referencia al apoyo incondicional que estas personas le ofrecen a estas Misiones; ya que como se muestra en el cuadro, la mayoría apoya a esta Misión siendo ésta un programa para el mejoramiento en lo que respecta principalmente al área de atención primaria en lo que concierne al sector salud.

**TABLA 1.4. Variable: ¿Cree usted que con la implementación de los Nuevos Módulos de Barrio Adentro el Sistema de Salud ha mejorado en nuestro País?**

	Frecuencia	Porcentaje
si	112	56,0
no	87	43,5
Total	199	99,5
No Respondieron	1	0,5
Total	200	100,0

TABLA 1.4. ¿Cree usted que con la implementación de los Nuevos Módulos de Barrio Adentro el Sistema de Salud ha mejorado en nuestro País? Como se puede observar claramente en este cuadro y respondiendo a esta pregunta mediante estos resultados arrojados podemos decir que sí, que gracias a la implementación de este nuevo sistema de salud de atención primaria como lo es la “ La Misión Barrio Adentro I” el sistema de salud si ha mejorado en nuestro País, ya que como se muestra, 112 personas respondieron que esta nueva red de atención primaria, si había mejorado el sistema de salud en Venezuela; es decir el 56% de un 100%, mientras que 87 personas dijeron que con esta implementación este sistema no había mejorado para un resultado porcentual del 43.5%, y solo dos (2) personas no respondieron.

Con todo esto podemos deducir que por medio de este programa la salud de nuestro País si ha mejorado, pero cabe destacar, que como todo sistema tiene sus fallas, las cuales el Estado tiene el derecho y el deber de solucionarlas para el beneficio y el bienestar propio de la comunidad en general.

## **CAPITULO II**

### **DIAGNOSTICO DE LA SITUACION ACTUAL: ANALISIS ESTADISTICO**

#### **Introducción**

El sistema de salud de atención primaria barrio adentro I comprendido por consultorios populares, puntos de consultas, ópticas populares y clínicas odontológicas, es un programa que bajo la aceptación correspondiente fue implementado en nuestro país con la única finalidad de buscar el fortalecimiento de la atención primaria de salud desde la base del movimiento social, la cual se concibe como medio práctico para poner al alcance de todos los individuos, familias y comunidades la atención salud, de forma que resulte aceptable y proporcionada a sus recursos y con su plena participación. Para hacer el diagnóstico correspondiente de esta situación recurrimos a realizar unas encuestas como medio de recolección de datos para que mediante esos resultados podamos dar una información sustentable, clara y veraz de esta situación, teniendo como objetivos:

Comparar la Red de Módulos Anteriores (Ambulatorios), con los Módulos de Barrio Adentro I.

Analizar los cuadros de planes estratégicos utilizados en el sistema de salud antes de la existencia del nuevo modelo de módulos de salud barrio adentro I.

## 2.1 Definición de los indicadores o variables de estudio

- ❖ Edad
- ❖ Sexo.
- ❖ Nivel educativo.
- ❖ Ocupación.
- ❖ Ingreso Económico.
- ❖ Utilización de los Módulos Barrio Adentro I.
- ❖ Utilización de centros de salud antes de la existencia de estos módulos.
- ❖ Población que posee Seguro Privado.
- ❖ La implementación de estos módulos ha mejorado el sistema de salud.
- ❖ Apoyo de la población hacia los Nuevos Módulos de Salud.
- ❖ La calidad de los medicamentos suministrados por parte de ambos sistemas de Salud.
- ❖ La eficiencia del servicio prestado por el personal médico que atiende por parte de ambos sistemas de Salud.
- ❖ Aptitud del personal que atiende por parte de ambos sistemas de salud.

La información presentada se obtuvo mediante un método de la investigación muy claro y eficaz como lo son “las encuestas” sirviéndonos como medio para obtener una información específica de una muestra de la población, mediante el uso de un cuestionario estructurado, utilizándolo para obtener datos precisos de estas 200 personas encuestadas específicamente.

## 2.2. Análisis estadístico de los indicadores:

**TABLA 1.5.Variable: ¿A qué Centro de Salud se dirigía usted antes de que existiera Barrio Adentro I?**

		Frecuencia	Porcentaje
Hospital	mas cercano	56	28,0
	Ambulatorio mas cercano	78	39,0
Módulo	Anterior mas cercano	23	11,5
	Otros	42	21,0
	Total	199	99,5
No	Respondieron	1	0,5
Total		200	100,0

Una vez culminado el estudio correspondiente para la realización de la recolección de datos para la cual utilizamos un programa eficiente como lo es El Sistema SPSS 11.5 *Statistical Package for the Social Sciences*, que nos ayudo o nos permitió obtener veracidad en la obtención de los resultados y el cual contiene herramientas valiosas para el análisis que a continuación presentaremos:

Si detallamos los diferentes cuadros que les presentamos observamos si los nuevos modelos de gestión de salud integral como lo son los barrio adentro I están cubriendo con las necesidades de este país específicamente



del estado Anzoátegui, sabiendo que la salud es un derecho social que tenemos todos los venezolanos.

**TABLA 1.5. ¿A qué Centro de Salud se dirigía usted antes de que existiera Barrio Adentro I?**, con respecto a que centro de salud utilizaban antes de que existiera barrio adentro I se obtuvo un total de 199 personas que respondieron y solo 1 dejó de hacerlo siendo el de más frecuencia los ambulatorios más cercanos con un 39% es decir, 78 personas recurrían para ese centro de salud; y si observamos el cuadro que refleja la pregunta que si usted utilizaba los servicios que prestan los módulos de salud de atención primaria barrio adentro I resultó que 198 personas respondieron y solo 2 no quisieron hacerlo; siendo el de más frecuencia en que nunca los utilizaban con un 37.5% es decir, que 75 personas de esas 198 nunca lo han utilizado; con respecto a la ocupación de las 200 personas encuestadas solo 92 si trabajan y 107 están desempleadas para un total de 199 y 1 solo no respondió.

Al llegar al análisis del cuadro que nos muestra si las personas poseían algún tipo de seguro privado notamos que solo 93 personas si tienen mientras que 104 no tenían para un total de 197 y solo 3 no respondieron; esto quizás da respuesta al porque nunca utilizaban barrio adentro I que como se dijo anteriormente obtuvo el mayor porcentaje ya que teniendo un seguro privado las personas prefieren acudir a ellos antes que a los módulos debido a que por ende están pagando para gozar de el; y otra pregunta en la que tenemos que hacer hincapié es en la que si el sistema de salud ha mejorado en nuestro país con la implementación de los nuevos módulos de barrio adentro I notando que 112 dijeron que si y 87 no para un total de 199 personas y solo 1 no respondió, esto significa que según estas 200 personas encuestadas podemos decir que el sistema de salud si ha mejorado en el

estado Anzoátegui por medio de esta nueva estrategia política de contenido social, como lo son los barrio adentro I.

Cuando nos dirigimos a los diferentes cruces realizados y tomando en consideración los mas resaltantes siendo uno de ello el cruce de la ocupación de las personas con que si utilizaban los módulos de barrio adentro I notándose que solo 92 personas están empleadas y el resto esta desempleado y 75 personas de 200 nunca han visitado estos módulos, esto hace referencia al porque nunca las han visitado ya que mayormente las personas que trabajan poseen algún tipo de seguro privado y prefieren el goce de estos.

Y finalmente otro cruce importante y no mas resaltante que el anterior en el cual debemos hacer hincapié es la comparación de los servicios prestados de los módulos anteriores con los de barrio adentro I en donde pudimos observar que los servicios prestados anteriormente eran regulares ya que de 200 personas encuestadas 63 de ellas dijeron que ese servicio era regular mientras que el servicio prestado por los módulos de barrio adentro I son buenos debido a que de ese total de personas encuestadas 58 de ellas dijeron que ese servicio era bueno, dando como resultado que la postura de estos nuevos módulos de salud de atención primaria son considerados como buenos para la población, debido a que ellos de una u otra manera fueron implementados con un solo fin que es el de mejorar los niveles de calidad de vida del país partiendo específicamente del sector salud siendo este un derecho que tenemos todos y cada uno de los venezolanos.

## 2.3 Discusión

### ✓ Estudio Internacional

#### Sector Salud en México (Dr. Alfredo Gómez Castellanos)

Este estudio concentra su propósito en el análisis estratégico como un proceso articulado, para comprender la situación del sector de la salud pública en México, en el ámbito federal de la Secretaría de Salud nacional, y en el ámbito estatal de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México local. Considera los programas de salud elaborados por estas organizaciones.

Por lo tanto, el estudio incluye las dimensiones, en un proceso interactivo, de la teoría de organización en sus categorías normativa, sistémica y cultural-crítica conteniendo sus unidades primarias de análisis, dentro del campo de la administración pública; del objeto de estudio-trabajo de los Programas(enfermedad, salud, proceso salud-enfermedad) y su relación con el tipo de práctica profesional que utilizan para resolver dichos problemas; y por último, el proceso de planeamiento estratégico y Estrategia de Atención Primaria a la Salud utilizado, que darán como resultado los presupuestos teóricos de bien-estar y de calidad formulados en estos Programas.

En este contexto, las dimensiones de la teoría de la organización en la administración pública y del planeamiento y administración estratégica, en que se formulan los Programas, se encuentran diferencias substanciales, aún cuando en la literatura se encuentran con títulos similares.

Como una segunda dimensión de este estudio arbitrado del análisis estratégico, se puede mencionar que en el desarrollo del sector salud existe dos presupuestos básicos a ser perseguidos en el ámbito mundial. El primero corresponde a la categoría de **bien-estar social**, formulada después de la segunda guerra mundial y vigente hasta las décadas de 70-80, y el segundo se refiere a la categoría de **calidad**, iniciada con el proceso de globalización y con las políticas neoliberales, en la década de 80, y aún vigentes en la actualidad. En consecuencia es posible, por medio del proceso de análisis estratégico, obtener una comprensión sobre las características de los presupuestos citados que fueron examinados tomados en cuenta las dimensiones y sus diferentes unidades primarias de análisis de los programas en estudio.

En este orden de ideas, es necesario situar el papel que el Estado asume, para cumplir con los postulados de la Constitución de México, al señalar, en su artículo 4, a la salud como un derecho social, expresados a través de la instrumentación de políticas de salud, y de la organización y aplicación de recursos humanos, financieros e estructurales, que permitan satisfacer las perspectivas de todos los sectores sociales de la población del país.

Se presenta como una tercera dimensión del análisis estratégico, al objeto de estudio proceso salud-enfermedad (Breilh 1987; Almeida Filho 1999) como un problema cuasi estructurado y complejo, con un alto grado de incertidumbre, una vez que afecta al ser humano, integral, individual y colectivamente, con sus contradicciones y complementariedades. Esto permitió verificar en cual de los Programas, nacional o local, hubo una mayor aproximación a esta dimensión. Esta relación es básica en las formulaciones teórico-metodológicas de una tercera vía del planeamiento estratégico

situacional en el sector salud, puesto que sus diferentes escenarios matriciales, permiten establecer alternativas integrales para su solución.

Este planeamiento es considerado como un proceso que permite la distribución del poder y libertad de los individuos y de la colectividad, para definir las bases de la participación activa y democrática de los individuos y de los grupos sociales, en los diferentes momentos que lo conforman y su relación con los elementos de la Estrategia de Atención Primaria a la Salud.

Con lo que respecta a los vectores normativos de esta organización: eficacia, eficiencia, representación e derechos individuales, y el ejercicio de la discrecionalidad, son desarrollados en los Programas con visiones diferentes, de acuerdo con la teoría organizacional correspondiente. Todo esto condujo a evitar el análisis erróneo sobre los principios, valores y contenidos técnico-científicos en que los programas se encuentran situados.

También se establece, como una necesidad crucial, el desarrollo de escenarios matriciales viables, sobre otra dimensión que interviene en el proceso del análisis estratégico: el proceso salud–enfermedad y la práctica profesional integral y su interrelación, sobre todo en lo referente a dos categorías: el sistema de atención (producción de servicios) y de investigación (producción de conocimientos) habiéndose logrado un diseño de tipo matricial (nueve escenarios y 72 sub-escenarios).

En los nueve escenarios se describe las diferentes *variables* que deben comprender los Programas de salud, como por ejemplo: población, recursos y espacios geográficos; particularidades del perfil proceso salud-enfermedad en el campo epidemiológico. También la prevalencia de problemas de este

objeto de estudio en los aspectos de epidemias, endemias e pandemias; el diagnóstico en salud en el sistema de salud; y el gasto social en salud.

Esta relación matricial permitió tener una aproximación a las situaciones coyunturales en las que el sector se desarrolla, de acuerdo a los Programas, proporcionando como resultados posibles escenarios favorables y/o desfavorables de la relación teoría práctica en el sector salud.

Esta formulación matricial entre el planeamiento estratégico situacional y la Estrategia de Atención Primaria a la Salud, debe ser comprendida, como una propuesta para una transformación del sistema de salud en México. Su relación fue analizada dialécticamente en los niveles general, particular y específico con una visión de mayor complejidad, lo que permite una mayor aproximación al proceso de análisis estratégico, para vislumbrar como se encontraban formulados, en los dos Programas en estudio, los elementos de participación social.

✓ Estudio Nacional:

Por medio de la investigación documental, ¿Es Necesario Barrio Adentro? Caracas. Juan Carlos Marcano. Agosto (2008), el Estudio nos muestra las posibilidades para mejorar el Sistema, para su optimización y eficiencia, mostrando que ha solventado la problemática de la salud en una parte, se presentan las posibles adecuaciones para mejorarlo.

## **ADECUACION DE LOS AMBULATORIOS RURALES Y URBANOS.**

Tomando en cuenta que existe una infraestructura ambulatoria de salud, entre los que se cuentan los ambulatorios rurales y urbanos en toda su tipología, que suman en total 4.605 ambulatorios, la Dirección Nacional de la Red Ambulatoria Especializada plantea su adecuación y repotenciación, asumiendo el nuevo patrón de Consultorios Populares, los Centros de Diagnóstico Integrales, las Clínicas Populares, las Salas de Rehabilitación Integrales, los Centros de Alta Tecnología, para el desarrollo de la Atención Primaria de Salud, como plataforma para la construcción del Sistema Público Nacional de Salud., lo que expresa un sentido de trascendencia de los espacios públicos para insertarse en las comunidades., para darle atención a la gente en los espacios de vida donde acontecen los problemas cotidianos.

Bajo esta orientación los Ambulatorios Rurales I pasarían de tener un auxiliar de medicina simplificada a tener un médico general integral de forma permanente, al igual que los Ambulatorios Rurales II y Ambulatorios Urbanos I.

Con la adecuación de los ambulatorios Rurales I y II y los ambulatorios Urbanos I, más los 6.568 Consultorios Populares, que se esperan construir, se daría respuestas al problema de accesibilidad a los servicios de salud a más de trece millones (13.000.000) de personas, los cuales se estiman son los que estaban excluidos del Sistema de Salud, esto sin incluir la infraestructura de Centros de Diagnostico Integrales, Salas de Rehabilitación Integrales, Centros de Alta Tecnología y la actualización tecnológica, unida a la generación de una política de captación de recursos humanos, para los ambulatorios Urbanos II y III, con lo que se complementarían los servicios de

salud, ofertados por el estado en la búsqueda de solucionar el 80 % de los problemas de salud en el nivel ambulatorio.

### **MONITOREO PARA CONTRIBUIR A LA CONSOLIDACIÓN NACIONAL DE BARRIO ADENTRO.**

- ❖ Proceso de negociación con los Gobiernos Regionales y Municipales, para lograr la integración.
- ❖ Ejecución de la Agendas Sociales
- ❖ Desarrollo de Talleres de Evaluación

El Monitoreo es entendido, como la vigilancia periódica del cumplimiento del plan de actividades que permite correcciones de las desviaciones iniciales. Este proceso es desarrollado por un equipo de profesionales y técnicos de diferentes disciplinas, cada una de las personas genera un espíritu común y proactivo, a través de esfuerzos coordinados y orientados hacia un desempeño colectivo, para el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud y el funcionamiento óptimo de los servicios a nivel nacional.

#### **Objetivos del monitoreo**

- ✓ Fortalecer las coordinaciones regionales de la Misión Barrio Adentro, para la implantación, extensión y consolidación de la Misión Barrio Adentro.
- ✓ Diseñar estrategias con los equipos regionales, orientadas a la satisfacción de las necesidades sociales.



- ✓ Garantizar el cumplimiento de la normativa legal vigente, establecido por el Ministerio del Poder Popular para la Salud.
- ✓ Fortalecer el sistema de control mediante la supervisión, monitoreo y evaluación continuos y permanentes.

### **DESARROLLO DEL SISTEMA DE VIGILANCIA Y MONITOREO.**

- ✓ Vigilancia y control mediante indicadores que aporten evidencias de funcionamiento adecuado de las redes de salud.
- ✓ Desarrollo y aplicación de los instrumentos de recolección de información.
- ✓ Articulación con los viceministerios y direcciones generales del Ministerio del Poder Popular para la Salud, para la respuesta oportuna a las necesidades encontradas.
- ✓ Desarrollo tecnológico y conexión en red de todas las instancias que conforman el sistema de información en salud.
- ✓ Instalación de la Sala Situacional.

### **DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS INSTITUCIONALES Y COMUNITARIOS.**

La educación permanente es para Barrio Adentro en el campo de la Salud Pública una estrategia válida, por cuanto centra su atención en los procesos de trabajo del personal de salud a partir de la problematización de sus realidades para favorecer la construcción dinámica e intercambio de nuevos conocimientos.

Educación formal: Mediante los distintos planes de capacitación que establece la Dirección de Investigación y Educación en articulación con las Universidades, el Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldón” y el Ministerio de Educación Superior.

Educación popular: La Educación Popular desde la Misión Barrio Adentro se convierte en un proceso pedagógico de construcción de ciudadanía, que impulsa la participación comunitaria para generar otras formas de ejercer el poder los ciudadanos y ciudadanas, la aplicación de un verdadero principio de justicia que prioriza sobre los grupos poblaciones de mayor exclusión social, un manejo pedagógico de los conflictos en pro de una verdadera democracia, que apuesta al fortalecimiento del poder de los sectores populares.

Con la Educación Popular se busca incidir desde la Misión Barrio Adentro en las políticas públicas para ocupar los espacios de lo público, reconociendo, viviendo e incorporando críticamente la interpretación de la dinámica de los cambios que acontecen en el contexto socio-político, que permita establecer nuevas formas de articulación para dar respuestas a las necesidades sociales en los territorios.

### **CONFORMACION DEL EQUIPO DE TRABAJO**

- Planificación y Asesoría Técnica
- Supervisión y mantenimiento de infraestructuras
- Dotación y Equipamiento
- Monitoreo Nacional
- Informática
- Apoyo Administrativo.

## 2.4 conclusiones

El Sistema SPSS 11.5, Statistical Package for the Social Sciences, ha demostrado ser una herramienta de súper importancia y muy útil al momento de realizar un análisis estadístico y con respecto a nuestra investigación contribuyo notablemente para la interpretación de los resultados obtenidos, mediante los gráficos originados.

De la misma manera pudimos notar por medio de esos resultados que nos arrojaron específicamente estas 200 personas encuestadas, que los servicios prestados que brinda este sistema de salud de atención primaria barrio adentro I son buenos mientras que los servicios prestados por los modelos (ambulatorios) anteriores son regulares, de esta forma se constato que si, que con la implementación de la “Misión Barrio Adentro I” el sistema de salud ha mejorado en nuestro país; obteniendo unos resultados óptimos y que nos dan una clara respuesta a cerca de nuestra pregunta diciendo que si, que el sistema de salud si ha mejorado con un 56% mientras que el 43.5% dijo que el sistema seguía igual.

Teniendo y dejando bien asentado que todo sistema tiene sus ventajas y desventajas e inconvenientes para la realización optima de sus funciones pero para eso se formularan programas o proyectos para las mejoras de estos, los cuales van hacer detallados posteriormente, ya que el derecho a la salud obliga a los estados a generar condiciones en las cuales todos podamos vivir lo mas saludablemente posible y que el goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

## **CAPITULO III**

### **ANALISIS DE LAS POLITICAS PÚBLICAS**

#### **3.1 Marco institucional**

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela en su Art. 83 establece que, la salud es un derecho social fundamental, obligación del estado, que lo garantizara como parte del derecho a la vida.

El derecho a la salud es materia de tratados pactos y convenciones internacionales suscritos por Venezuela, con jerarquía constitucional que prevalecen como normas en el orden interno. En estos instrumentos la salud es un derecho humano fundamental indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos como necesidad inherente a la existencia de las personas y a su condición de ciudadanía.

El derecho a la salud puede analizarse con base en cuatro derechos articulados <sup>6</sup>:

1.- El derecho a la vida, entendido como la básica protección de la vida de las personas por parte del estado y de la sociedad en su conjunto.

2.- 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.

3.- El derecho a la atención, en términos de la atención y prevención de las enfermedades que atentan contra la realización de la vida.

4.- 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 todo lo relacionado con la salud.

Dada su importancia en el desarrollo de la vida de las personas y comunidades, la salud adquiere rango de relevancia pública con supremacía dentro del marco de políticas públicas y sobre toda acción que pueda contribuir a generar capacidades, medios y condiciones para garantizarla, provengan del sector gubernamental o privado lucrativo o no lucrativo. La relevancia pública de la salud, supone que toda acción de salud y de interés para la salud debe funcionar desde la lógica de la regulación pública, quedando el interés particular supeditado al interés superior de todos los ciudadanos y ciudadanas, salvaguardados en las orientaciones y disposiciones que establezca el estado a través de sus instituciones. La aplicación de ese principio implica la participación corresponsable de la sociedad, la familia y las personas de todos los poderes públicos y de las instituciones privadas en la consecución de los objetivos nacionales para ser efectivos el derecho a la salud.

Estas se reflejan en leyes, decretos, resoluciones, reglamentos, ordenanzas, documentos oficiales.

Se considera que existe un problema público cuando se presentan las siguientes características, según Ruiz Sánchez (1999):

- ❖ Es una decisión aplicada a problemas urgentes.

- ❖ Pretende resolver la totalidad de la problemática.
- ❖ Será temporal mientras se observan los primeros resultados.
- ❖ Deberá considerar la participación social y el consenso.
- ❖ Deberá ser congruente con las líneas generales de acción de gobierno.
- ❖ Podrá formalizarse como una ley, un decreto, un programa.
- ❖ El análisis de las políticas públicas se consideran 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".

Dentro de la normativa constitucional tenemos:

**\*Constitución de la Republica Bolivariana de Venezuela**, Capitulo V , De los Derechos Sociales y de las Familias

Art. N° 83, 84, 85 y 86 – N° 226.

**\*Convenio Integral** de Cooperación entre la República de Cuba y la República Bolivariana de Venezuela.

Artículo II, Artículo IV Disposición Especial.

**\*Ley Orgánica de Administración Pública**, Principio de Descentralización Territorial, Art. N° 30, Sección Tercera, De los Consejos Nacionales, las Comisiones y los Comisionados Presidenciales. Art. N° 71

**\*Ley Orgánica de Salud** Titulo I Disposiciones Generales Art. N ° 3, Del Financiamiento de los Establecimientos de Atención Médica Art. N° 45 .

**\*Ley del Ejercicio de la Medicina** Titulo I Del Ejercicio de la Profesión, Capitulo II Art. N° 8 y 9.

**Decreto Ley**, Presidencia de la Republica, Decreto N° 4382.

**\*Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud**, Capítulo II, Del Despacho del Ministerio. Art. N° 6, Capítulo III Del Despacho del Viceministro de Redes de Servicios de Salud, Art. N° 19, 20, 21 y 22.

La constitución introduce una nueva concepción de salud, entendida como expresión de condiciones de vida y resultado de sus determinaciones sociales. En este sentido, la salud revela las oportunidades equitativas que tienen las personas y colectivos a la satisfacción plena de necesidades de calidad de vida entre la que destacan alimentación, trabajo, saneamiento, educación, renta, vivienda, ambiente, transporte, entre otros.

El acceso y la materialización de estas necesidades con equidad, es lo que determina la condición de estar y permanecer sano, desarrollando con autonomía y plenitud todas las capacidades, potenciales para realizarlos y transformar la vida, como seres humanos y ciudadanos sujetos de derecho.

La universalidad del derecho a la salud, reduciendo el déficit de atención e impactando sobre las inequidades, exige dentro de esta nueva definición:

1.- Cambiar la concepción dominante de la salud que tiene como único centro la reparación de daños físicos mentales o la eliminación de procesos patológicos o factores de riesgo. La salud adquiere una dimensión amplia dirigida hacia la conquista y protección de la calidad de vida de todos y todas, que trasciende los espacios de la atención médica, trasladando la acción hacia las formas en las que se desenvuelve la vida de las personas y grupos humanos, en territorios sociales concretos.

2.- Generar otro sentido a la acción, operando sobre el conjunto de las condiciones materiales, sociales, políticas, anímicas, psicológicas y biológicas que caracteriza la realidad de la vida de las personas buscando atacar la complejidad de las causalidades sociales y determinantes que provoca o puede provocar pérdida de autonomía. Esto significa tomar conciencia del imperativo del esfuerzo colectivo, transectorial y participativo, en los espacios de la política en los procesos económicos y sociales y en la articulación de respuestas con impacto en la calidad de vida y salud de todos y todas.

3.- Reorientar el modo en que los servicios de salud se planifican, ordenan y funcionan, de tal forma que el eje de su actuación sea responder a las diferentes configuraciones individuales y colectivas de calidad de vida y salud, articulándose entre ellos y dentro de su territorio de acuerdo a las características y formas de expresión de estas necesidades por género, etapas de la vida, territorios y extractos sociales, y problemas de mayor impacto en la salud de la población. (OMS, 1990).

En el Artículo 84 se ordena la creación de un sistema público nacional de salud, bajo la rectoría del Ministerio de la Salud y Desarrollo Social (MSDS), el cual será 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. En el Artículo 85 se dice que el financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado. Finalmente el Artículo 86 establece que toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud.



El marco legal establecido por la Carta Magna ha permitido la formulación de una propuesta de Ley Orgánica de Salud, pendiente de aprobación por la Asamblea Nacional, la cual recoge las orientaciones de política y establece las normas para su institucionalización.

El sistema adopta una estructura de coordinación intergubernamental, gestión descentralizada y dirección única en cada ámbito de gobierno, y se organiza en espacios de decisión jerárquicos, territoriales y funcionales de manera transectorial y participativa.

Al Estado Nacional también le corresponde constitucionalmente ejercer la rectoría en salud, a través del Ministerio con las competencias en esa materia.

### **3.2 Agencia Encargada De Diseñar Las Políticas Públicas**

El análisis de las políticas públicas lo define Dunn (1994), como el proceso de Creación de conocimiento relevante para la elaboración de Políticas Públicas, los analistas investigan las causas, las consecuencias y el desempeño de las Políticas Públicas y los Programas.

Para Dery (1984), el Análisis de las Políticas Públicas es un proceso, el cual empieza con la definición del problema, la escogencia de políticas, monitoreo o evaluación de los resultados y redefinición del problema.

Mientras que para Mac Rae (1985), el objetivo de toda Política Pública debe ser la resolución de un problema social, definido éste como un contraste entre un estado de cosas observado y una expectativa valorada.

A partir de la aprobación de la Constitución de 1999, se inicia en Venezuela una nueva etapa, lo que permite generar cambios en la estructura del sistema político para transitar hacia un nuevo modelo de sociedad, que pasa por la adecuación legislativa, institucional y de nuevas estrategias, para crear las bases del desarrollo organizativo del sector salud.

El Ministerio del Poder Popular para la Salud, coincide en la necesidad de redimensionar los esfuerzos que en materia de Atención Primaria de Salud se han venido realizando, lo cual se fortalece con la Misión Barrio Adentro mediante la implantación, consolidación y extensión de Consultorios Populares, los Centros de Diagnóstico Integrales, las Clínicas Populares, las Salas de Rehabilitación Integrales, los Centros de Alta Tecnología, a lo que se agrega el fortalecimiento de la red ambulatoria y la red hospitalaria, para que en forma articulada y complementaria permitan atender a los ciudadanos en sus propias comunidades y conduzcan a mejorar su calidad de salud y vida.

MSDS, Ministerio de Salud y Desarrollo Social le corresponde definir las políticas de salud, proveer conjuntamente con los otros entes responsables involucrados, los recursos indispensables para la instrumentación de las políticas; evaluar y controlar la ejecución de las mismas y aplicar los mecanismos correctivos cuando éstas no se ejecuten (MSDS, 1997).

Es el ente rector de las políticas públicas de salud y garante del Derecho a la Salud. Regulador en el ámbito nacional de prestadores regionales y locales de los servicios de atención médica.

El Viceministerio de Redes de Salud desarrolla los lineamientos generales, a través de la Dirección General de la Red Ambulatoria Especializada, Dirección General del Primer Nivel de Atención y Dirección General de Hospitales.

Se comporta como prestador en los estados con los servicios públicos de salud no transferidos.

El Ministerio del Poder Popular para la Salud, continúa un proceso político hacia el desarrollo de una nueva direccionalidad en las políticas sociales del Estado venezolano, en plena correspondencia con la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, los Lineamientos Generales del Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social 2001-2007 y el Plan Estratégico 2001-2007 del Ministerio.

Las principales finalidades políticas, según el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, apuntan hacia el reordenamiento de las estructuras institucionales de gestión y las redes de atención de carácter gubernamental para:

- Hacer de los Derechos Sociales y la Equidad las bases de un nuevo orden social, de justicia y bienestar para todos y todas.
- Combatir las inequidades, reduciendo los déficit de atención y las brechas entre grupos humanos y territorios.
- Rescatar lo público en función del interés colectivo, potenciando ciudadanía con capacidad en el diseño y ejecución de políticas que impacten en el desarrollo social del país.

La Coordinación Nacional de Atención Primaria de Salud del Ministerio de Salud, es la Instancia responsable de la Implementación de la Política de Barrio Adentro I a Nivel Nacional

Bajo estos lineamientos, Salud y Calidad de Vida se convierten en principal eje político integrador de esta nueva direccionalidad, como derecho humano y social inherente a la vida, por consiguiente un bien de relevancia pública superior y un espacio de articulación intersectorial, sustentado en un compromiso de corresponsabilidad entre todos los sectores públicos.

Este cambio de paradigma se materializa en un modo de gestión y atención orientado a responder, como imperativo ético-político, a las necesidades sociales de todas las personas y colectivos en sus expresiones diferenciales de condiciones de vida, formas de producción, reproducción económica y social, y dinámica de apropiación territorial, haciendo posible la universalización de los derechos y la materialización de oportunidades equitativas a mejores condiciones de calidad de vida, como requisito indispensable para el logro de la justicia social.

## **Ministerio de Salud y Desarrollo Social**

### **MISIÓN**

Establecer la rectoría del Sistema Público Nacional de Salud, a través del diseño implementación y supervisión de las políticas y estrategias que contribuyan al fortalecimiento e integración de los diversos entes

prestarios del servicio y atención en salud con la finalidad de mejorar la calidad de vida y salud de la población.

## **VISION**

Sistema Público Nacional de Salud interrelacionado con otras instituciones corresponsales, dinamizador del proceso de cambios incentivando e integrando la participación social para garantizar el ejercicio del derecho a la salud como un derecho fundamental a la vida, cumpliendo con las mas estrictas normas técnicas nacionales e internacionales con oportunidad, eficacia, eficiencia y transparencia.

## **OBJETIVOS**

Los objetivos estratégicos que orientan el alcance de la universalidad con equidad en materia de salud y calidad de vida se fundamentan en las siguientes directrices:

1.- Orientar objetivos y procesos por el imperativo ético y político de dar respuestas a las necesidades de calidad de vida y salud y sus determinantes, sobre la base de la garantía universal de los derechos y el combate a las inequidades sociales.

2.- Adoptar la estrategia de promoción de calidad de vida y salud como el eje común de políticas, acciones y sistemas en el marco de agendas y estrategias de intervención transectoriales para responder a las necesidades de calidad de vida y salud en territorios sociales concretos que propicien la

participación.

3.- Desarrollar un nuevo modo de atención que reordene el conjunto de servicios y trabajadores; constituyendo sistemas de redes públicas de calidad de vida en ámbitos nacionales, estatales, locales y comunitarios que generen respuestas regulares suficientes, equitativas, oportunas e integrales a necesidades de calidad de vida, preservando el desarrollo y potencialidad de autonomía de personas y colectivos a los largo de la vida.

4.- Construir una nueva institucionalidad pública de gestión social en función del interés colectivo, con capacidad de rectoría, sostenimiento e impacto a través de un modo de atención sustentado estrategias de promoción en respuestas a las necesidades de calidad de vida y alrededor de metas de cambios de la calidad de vida del venezolano.

### **3.3 Análisis de los Programas**

- ❖ Barrio adentro, se origina en la actuación del personal médico cubano, durante la tragedia del Estado Vargas en Diciembre de 1999, a partir de esta experiencia, la Alcaldía del Municipio Libertador suscribe un Convenio con la República de Cuba en el mes de abril de 2.003, para implementar un plan que ofreciera atención médica en los Barrios de Caracas, donde se viven y se desarrollan los venezolanos que fueron excluidos de las políticas de estado de los gobiernos que habían ejercido el poder en Venezuela.

De allí surge la idea de Barrio Adentro como alternativa válida para satisfacer las necesidades reales y sentidas de la población caraqueña, que más tarde se convierte en un Plan Integral de Desarrollo Local que conjuga un conjunto de políticas sociales orientadas a mejorar la calidad de vida, promoviendo la organización y participación social de los sectores populares. Como iniciativa local, se creó el Instituto para el Desarrollo Local (IDEL) adscrito a la Alcaldía del Municipio Libertador, con el objetivo general fue el de: *"fomentar el desarrollo local mediante el diseño, evaluación, impulso y ejecución de políticas públicas dirigidas al mejoramiento de la calidad de vida de los pobladores del Municipio."*

Este Plan se extiende al Municipio Sucre del Estado Miranda y al Estado Zulia y luego al resto de los Municipios de Miranda, los Estados Barinas, Lara, Trujillo y Vargas donde se inicia la experiencia.

En septiembre de 2003, la Coordinación Nacional de Atención Primaria del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, asume conjuntamente con la Comisión Médica Cubana en Venezuela, la implantación de Barrio Adentro en los Estados restantes. Quedando constituidas las Coordinaciones Regionales de Barrio Adentro con la participación de diferentes organismos, coordinada por el representante del entonces Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

En Diciembre de ese mismo año, el Presidente de la República Bolivariana de Venezuela, crea la Comisión Presidencial "Misión Barrio Adentro", de conformidad con lo previsto en el Artículo 226 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y en ejercicio de la atribución que le confiere el Artículo 71 de la Ley Orgánica de la

Administración Pública, publicada en Gaceta Oficial No. 37.865, de fecha 26 de Enero de 2004, Decreto Presidencial No. 2.745, que establece:

*"La Comisión Presidencial "Misión Barrio Adentro" tendría como objetivo la implementación y coordinación institucional del Programa Integral de prestación 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 bajo un nuevo modelo de gestión basado en principios de interdependencia, coordinación, corresponsabilidad, cooperación y de participación activa y protagónica de las comunidades organizadas.*

*Estará conformada por los Ministros de Salud y Desarrollo Social, Trabajo, Energía y Minas, Presidente de Petróleos de Venezuela (PDVSA), Jefe del Estado Mayor Conjunto, Presidente de la Asociación Civil Barrio Adentro, Presidente del Fondo Único Social (FUS), Alcaldes de los Municipios Libertador y Sucre, y Representantes del Frente Francisco de Miranda Luchadores Sociales".*

Con este compromiso se pretendió dar un viraje profundo a las políticas sociales, brindando atención de calidad a los sectores más desposeídos de la población en todo el territorio venezolano.

En este mismo sentido el 12 de diciembre de 2003, el Presidente de la Republica Bolivariana de Venezuela Hugo Rafael Chávez Frías, inaugura desde el barrio El Onoto en la parroquia Caricuao, Caracas, los primeros 12 Consultorios Populares de forma de octágono, figura icono de estas infraestructuras de salud, diseñadas para su construcción en la accidentada geografía de las barriadas caraqueñas.



El 26 de Marzo de 2.006, se crea la Fundación Misión Barrio Adentro, mediante decreto N° 4.382, publicado en Gaceta Oficial de la Republica Bolivariana de Venezuela N° 38.404, la cual tendría entre sus atribuciones la administración de los recursos financieros para el funcionamiento de la Misión Barrio Adentro.

### **3.4 Conclusiones**

- ❖ La Política Pública empleada para dar solución a la problemática de salud, en la Red de Atención Primaria es: *Barrio Adentro, una Política Pública de Salud Emergente*.
- ❖ Las políticas de salud desarrolladas en Venezuela, en los últimos dos años responden a la nueva concepción de la salud consagrada en la Constitución Bolivariana de Venezuela.
- ❖ Es un Novedoso modelo de salud que ha implantado el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, para dar solución a la problemática de Salud, logrando alcanzar la incorporación progresiva de la población excluida, de los sectores más desposeídos del país.
- ❖ Como prioridad para dar respuestas a las necesidades sociales de la población, especialmente la excluida, bajo los principios de equidad, universalidad, accesibilidad, gratuidad, pertenencia cultural, participación y corresponsabilidad social.

De esta forma, la Misión Barrio Adentro a nivel nacional se ha convertido, en el gran acontecimiento de dimensiones y consecuencias para la construcción del nuevo modelo de atención y gestión como eje articulador de las políticas sociales.

## **CAPITULO IV**

### **PLANIFICACION**

#### **4.1 Marco Legal**

Esta Misión depende del ejecutivo Nacional y constituye una política de salud basada en la atención medica y la prevención de enfermedades como principal objetivo; garantizando la salud como un derecho social fundamental, sin excluir a ninguna persona y sin distinción de razas, religión o toda política, implantado en la Parroquias y los Municipios de cada Estado del país.

Basándose en un marco jurídico y cumpliendo 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; en el que la participación protagónica del pueblo cumple un papel fundamental, especialmente permite materializar los artículos de la constitución que hacen referencia a la salud y a la participación ciudadana.

#### **Con relación a la Salud**

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. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. 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 85. El financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria. En coordinación con las universidades y los centros de investigación, se promoverá y desarrollará una política nacional de formación de profesionales, técnicos y técnicas y una industria nacional de producción de insumos para la salud. El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud.

Artículo 86. Toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en contingencias de maternidad, paternidad, enfermedad, invalidez, enfermedades Catastróficas, discapacidad, necesidades especiales, riesgos laborales, pérdida de empleo, desempleo, vejez, viudedad, orfandad, vivienda, cargas derivadas de la vida familiar y cualquier otra circunstancia de previsión social.

### **Con relación a la Participación Ciudadana**

Artículo 62. Todos los ciudadanos y ciudadanas tienen el derecho de participar libremente en los asuntos públicos, directamente o por medio de sus representantes elegidos o elegidas. La participación del pueblo en la formación, ejecución y control de la gestión pública es el medio necesario para lograr el protagonismo que garantice su completo desarrollo, tanto individual como colectivo. Es obligación del Estado y deber de la sociedad facilitar la generación de las condiciones más favorables para su práctica.

Artículo 70. Son medios de participación y protagonismo del pueblo en ejercicio de su soberanía, en lo político: la elección de cargos públicos, el referendo, la consulta popular, la revocación del mandato, las iniciativas legislativa, constitucional y constituyente, el cabildo abierto y la asamblea de ciudadanos y ciudadanas cuyas decisiones serán de carácter vinculante, entre otros; y en lo social y económico: las instancias de atención ciudadana, la autogestión, la cogestión, las cooperativas en todas sus formas incluyendo las de carácter financiero, las cajas de ahorro, la empresa comunitaria y demás formas asociativas guiadas por los valores de la mutua cooperación y

la solidaridad. La ley establecerá las condiciones para el efectivo funcionamiento de los medios de participación previstos en este artículo.

Artículo 158. La descentralización, como política nacional, debe profundizar la democracia, acercando el poder a la población y creando las mejores condiciones, tanto para el ejercicio de la democracia como para la prestación eficaz y eficiente de los cometidos estatales.

Artículo 166. En cada Estado se creará un Consejo de Planificación y Coordinación de Políticas Públicas, presidido por el Gobernador o Gobernadora e integrado por los Alcaldes o Alcaldesas, los directores o directoras estatales de los ministerios; y una representación de los legisladores elegidos o legisladoras elegidas por el Estado a la Asamblea Nacional, del Consejo Legislativo, de los concejales o concejalas y de las comunidades organizadas, incluyendo las indígenas donde las hubiere. El mismo funcionará y se organizará de acuerdo con lo que determine la ley.

Artículo 182. Se crea el Consejo Local de Planificación Pública, presidido por el Alcalde o Alcaldesa e integrado por los concejales y concejalas, los Presidentes o Presidentas de las juntas parroquiales y representantes de organizaciones vecinales y otras de la sociedad organizada, de conformidad con las disposiciones que establezca la ley.

Artículo 185. El Consejo Federal de Gobierno es el órgano encargado de la planificación y coordinación de políticas y acciones para el desarrollo del proceso de descentralización y transferencia de competencias del Poder Nacional a los Estados y Municipios. Estará presidido por el Vicepresidente Ejecutivo o Vicepresidenta Ejecutiva e integrado por los Ministros o Ministras,

los Gobernadores o Gobernadoras, un Alcalde o Alcaldesa por cada Estado y representantes de la sociedad organizada, de acuerdo con la ley.

El Consejo Federal de Gobierno contará con una Secretaría, integrada por el Vicepresidente Ejecutivo o Vicepresidenta Ejecutiva, dos Ministros o Ministras, tres Gobernadores o Gobernadoras y tres Alcaldes o Alcaldesas. Del Consejo Federal de Gobierno dependerá el Fondo de Compensación Interterritorial, destinado al financiamiento de inversiones públicas para promover el desarrollo equilibrado de las regiones, la cooperación y complementación de las políticas e iniciativas de desarrollo de las distintas entidades públicas territoriales, y a apoyar especialmente la dotación de obras y servicios esenciales en las regiones y comunidades de menor desarrollo relativo.

El Consejo Federal de Gobierno, con base en los desequilibrios regionales, discutirá y aprobará anualmente los recursos que se destinarán al Fondo de Compensación Interterritorial y las áreas de inversión prioritaria a las cuales se aplicarán dichos recursos

Artículo 315. En los presupuestos públicos anuales de gastos, en todos los niveles de gobierno, se establecerá de manera clara, para cada crédito presupuestario, el objetivo específico a que esta dirigido, los resultados concretos que se espera obtener y los funcionarios públicos o funcionarias publicas responsable para el logro de tales resultados.

Con la aprobación de la constitución de la Republica Bolivariana de Venezuela (CRBV), en referéndum consultivo el 15 de diciembre de 1999, se establecieron los principios fundamentales de la democracia participativa y

protagónica sustentados en la corresponsabilidad entre los órganos del poder público y la sociedad.

Posteriormente, en lo relativo sobre planificación se ha ido ajustando el ordenamiento jurídico a lo previsto en la Carta Magna, con las siguientes leyes:

- Decreto con fuerza de Ley Orgánica de Planificación, de fecha 13 de noviembre de 2001 (Lineamientos generales para la formulación y articulación de los planes).
- Ley Orgánica de la Administración Pública, de fecha 17 de octubre de 2001 (Principios de coordinación y cooperación interinstitucional, descentralización y corresponsabilidad)
- Ley Orgánica de Administración Financiera del Sector Público, creada en fecha 5 de septiembre de 2000 y reformada en fecha 9 de enero de 2003
- Ley de los Consejos Estadales de Planificación y coordinación de políticas Públicas, de fecha 20 de agosto de 2002 (Organización y funcionamiento de los CEPCPP)
- Ley de los consejos Locales de Planificación Pública, de fecha 12 de junio de 2002 (Organización y funcionamiento de los CLPP)

La ley orgánica de planificación establece los mecanismos institucionales del Estado para lograr que los recursos y acciones públicas



asociados con el proceso del país, se asignen y realicen de manera planificada y se encausen hacia los fines objetivos políticos, sociales, culturales y económicos, sustentados en nuestra Carta Magna. De la misma forma, establece el marco normativo que será desarrollado en las leyes que instauran la organización y funcionamiento de los consejos locales de planificación y el Consejo Federal de Gobierno.

De la misma manera, de conformidad con el **artículo 299 de la Constitución de la República**, promueve mediante mecanismos efectivos la participación social, a fin de asegurar una planificación estratégica, democrática, participativa y de consulta abierta.

Igualmente, este Decreto Ley permite superar la práctica meramente formal y ritual de formular un plan de desarrollo cada período constitucional de gobierno, estableciendo y fortaleciendo los mecanismos institucionales que hacen posible mantener, tanto la continuidad de los programas y sus inversiones, como las demás decisiones públicas relacionadas con el desarrollo sustentable del país.

Además, se hacen explícitas referencias a los planes y horizontes temporales de la planificación, asociadas al desarrollo nacional, regional y local y se fortalecen las capacidades rectoras y estratégicas del Estado. Se establecen y definen los propósitos y alcances básicos de la planificación, en apego a los principios de la Constitución.

De la misma manera, se definen los conceptos, se sientan las bases operacionales para orientar la práctica de la planificación, y se establecen los mecanismos institucionales de los distintos niveles de gobierno, para lograr que los recursos y acciones públicas, asociados con el desarrollo del país, se

asignen y realicen de manera planificada y se encausen hacia los fines y objetivos políticos, sociales, culturales y económicos consagrados en la Constitución.

La ley Orgánica de Planificación se vincula con los siguientes instrumentos normativos:

- La Constitución de la Republica Bolivariana de Venezuela: artículos 156, 161, 164, 166, 182, 185 y 299.
- Ley Orgánica de la Administración Publica: artículos 1, 18, 21, 135, 136, 137, 138 y 139.
- Ley Orgánica de la administración Financiera del Sector Publico: artículos 10, 20, 21, 22 y 23.
- Ley de los Consejos Estadales de Planificación y coordinación de políticas Publicas: se concatenan con todos los artículos de la misma, especialmente con los artículos 1, 3, 4, 9, 14, 16, 17, 18, y 19.
- Ley de la Consejos locales de Planificación Publica: se concatenan con todos los artículos de la misma, especialmente con los artículos 2, 5 y 8.

De igual forma debemos hacer hincapié en la: LEY ORGANICA DE SALUD.

Artículo 1°.- Esta Ley regirá todo lo relacionado con la salud en el territorio de la República. Establecerá las directrices y bases de salud como proceso integral, determinará la organización, funcionamiento, financiamiento y control de la prestación de los servicios de salud de acuerdo con los principios de adaptación científico-tecnológica, de conformidad y de gratuidad, este último en los términos establecidos en la Constitución de la República.

De la Organización Pública en Salud.

Artículo 4°.- La organización pública en salud estará integrada por los organismos de salud de la República, del Distrito Federal, los estados y los municipios.

Artículo 5°.- El Ministerio de la Salud será el órgano rector y planificador de la administración pública nacional de la salud. Ejercerá la dirección técnica y establecerá las normas administrativas, así como la coordinación y supervisión de los servicios destinados a la defensa de la salud, de conformidad con lo previsto en la Ley Orgánica de la Administración Central y demás leyes referidas a la materia.

Artículo 9°.- Las administraciones públicas en salud del Distrito Federal, de los estados y los Municipios ejercerán la función administrativa de la organización pública en salud en sus respectivos territorios, de conformidad con lo establecido en esta Ley.

*De la Administración Nacional de Salud*

Artículo 11.- El Ministerio de la Salud tendrá las siguientes atribuciones:

Establecer la política del Estado en materia de salud

Fijar anualmente los objetivos de la organización pública en salud, de conformidad con el Plan Nacional de Salud.

Ejercer la supervisión y evaluación continua de los servicios públicos para la salud.

Planificar, ejecutar, coordinadamente y supervisar en el territorio nacional todos los programas de saneamiento ambiental y asistencia social para la salud.

Conducir las relaciones con los organismos internacionales en materia de salud.

Coordinar la política de educación para la salud de la población en general. Y todas aquellas materias contempladas en la Ley Orgánica de Administración.

Artículo 12.- Para el desarrollo de las disposiciones contenidas en esta Ley, se dictarán entre otros, los reglamentos relativos a las siguientes actividades:

- Los lineamientos para la elaboración del Plan Nacional de Salud y su seguimiento.
- La organización, funcionamiento y financiamiento de los establecimientos de atención médica.
- La ejecución y coordinación de los procesos de descentralización administrativa de los servicios para la salud.
- La organización del sistema de información del Registro Nacional de Salud.
- El Ejecutivo Nacional podrá dictar cualesquiera otras normas de carácter reglamentario que desarrollen los principios establecidos en esta Ley.

De las Administraciones Estadales en Salud

Artículo 14.- El Gobernador del Distrito Federal y los gobernadores de los estados serán responsables del cumplimiento de la Política Nacional de Salud y de la programación, organización, dirección, ejecución y coordinación de la Organización Pública en Salud en su respectiva entidad, de conformidad con las disposiciones contenidas en esta Ley.

Artículo 15.- En el ejercicio de sus funciones los gobernadores tendrán las siguientes atribuciones:

- Elaborar el Plan Estatal de Salud, de conformidad con las políticas del Ministerio de la Salud.
- Coordinar a nivel local la ejecución de los programas de la organización pública en salud.
- Organizar el Registro Estatal de la Salud bajo la dirección del Ministerio de la Salud y en coordinación con el Registro Nacional de la Salud.

*De las Administraciones Municipales de Salud*

Artículo 16.- Los alcaldes serán responsables en sus respectivos municipios de la gestión de los servicios de promoción de la salud, saneamiento ambiental, atención médica del nivel primario y contraloría sanitaria. En el ejercicio de las funciones antes señaladas los alcaldes actuarán de acuerdo con las políticas del Ministerio de Salud, el Plan Estatal de la Salud y los Programas de la Organización Pública de la Salud.

Artículo 17.- Los municipios podrán, de conformidad con la normativa vigente, asumir en mancomunidad los servicios de salud para su mejor administración y promoverán la descentralización de estos servicios, según los casos, a las parroquias.

## De la Atención Médica

Artículo 28.- 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. A tal efecto y de acuerdo con el grado de complejidad de las enfermedades y de los medios de diagnóstico y tratamiento, estos servicios se clasifican en tres niveles de atención.

### **4.2 Relación de la Planificación de Barrio Adentro I, con el Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación.**

Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación (PDESN 2001-2007)

*“El objetivo principal de este plan es el de garantizar el disfrute de los derechos sociales de forma universal y equitativa a nivel nacional y en los diferentes estados del país”.*

El concepto de salud parte de un enfoque social que lo concibe como un derecho fundamental y universal y una necesidad vital para las personas. Su protección y defensa representa la conquista de la calidad de vida. Este concepto rompe con el tradicional e intenta ir más allá de los servicios de atención de enfermedades. Se concibe la promoción de la calidad de vida como el desarrollo de intervenciones que se orienten a la transformación de las determinantes y causalidades (económicas, sociales, culturales, geográficas) que influyen en el proceso salud-enfermedad. Se construye

partiendo de que la salud es el indicador de la síntesis de los resultados del desarrollo económico y social.

Por ser una necesidad humana y un derecho fundamental, en primer lugar la salud tiene que ser considerada como un bien de interés público, es decir, garantizado por el Estado y la sociedad en forma conjunta donde el público integra lo privado; en segundo lugar promover la salud como desarrollo de las capacidades para el ejercicio de la autonomía de los individuos y del colectivo incluyendo las políticas y acciones educativas para la calidad de vida, la promoción de la vida, la prevención de enfermedades, la asistencia curativas en tiempos oportunos y adecuados, y el acceso universal a los servicios básicos.

- **Garantizar el derecho a la salud a toda la población como necesidad humana y bien de interés público, en todos los ámbitos de la acción público nacional:** Este objetivo implica que el derecho a la salud se garantiza en forma corresponsable entre el Estado-la sociedad y la familia debido a que es un bien de interés público, donde lo público no es exclusivo del Estado y donde se incorpora al sector privado bajo el concepto de la salud como un derecho a la vida. Esta forma corresponsable equivale también para las asociaciones entre las diferentes niveles de gobierno (nacional, estatal, y municipal) entre los poderes públicos y entre el estado y las organizaciones comunitarios en el desarrollo de acciones que mejoren las condiciones de vida de la población.
- **Promover la salud privilegiando la calidad de vida y la superación de las inequidades:** la promoción de la salud entendida como la creación de oportunidades para generar capacidades y condiciones de



vida óptimas. Esto supera el concepto tradicional de la promoción que dirige su atención hacia la intervención de las determinantes a fin de configurar soluciones posibles.

- **Desarrollar un sistema público nacional de salud, único, descentralizado, intergubernamental, intersectorial y participativo:** Este objetivo supone el rescate del carácter público de la salud y postula la integración de todos los entes públicos prestadores de servicios en un sistema público nacional, cuyo objetivo es “garantizar la efectividad del derecho a la protección de la salud de forma universal y equitativa”.

La construcción de este sistema implica recuperar procesos colectivos de interacción donde Estado-la sociedad y la familia de forma corresponsable confluyan a garantizar la calidad de vida y la salud. Esto implica generar nuevos mecanismos de coordinación intergubernamental que permitan la negociación y concertación de políticas, programas y proyectos entre el gobierno nacional, gobierno estatal y municipal. La participación ciudadana en la conformación de este sistema será de vital importancia para la incorporación en el diseño gestión de los puntos que integran la agenda pública de salud y por último el fortalecimiento del Ministerio de salud y desarrollo social como rector de lo político de salud.

- **Universalizar el acceso a la salud en función de las necesidades sociales y espacios territoriales:** El gran desafío que se nos presenta en los primeros años, es” universalizar con equidad”. Lo anterior supone reconocer que todos tienen derecho y que en un primer momento se establezcan prioridades para atender y garantizar los derechos a necesidades sociales más urgentes. Esto implica

organizar la estructura organizativa y los recursos para que de forma progresiva extender los servicios y ampliar las acciones de salud y protección social, así como también las asignaciones presupuestarias.

El plan bolívar 2000 ha establecido mercados populares, prestando atención medica. En salud y desarrollo social se ha fortalecido la red de ambulatorios y se esta introduciendo una reorganización profunda del sistema de salud publica con énfasis en la atención primaria, apoyado en la organización comunitaria de la población objeto de su atención.

El estado enfrentara un aspecto crítico de la pobreza con la estrategia de atención integral para la promoción de salud. Sin embargo por las particularidades individuales y contextuales que asume la pobreza se realizaran intervenciones dirigidas a los individuos y se ejecutaran programas que actúen sobre el contexto sociocultural y económico de las espacios locales y regionales en que residen los pobres.

Cumpliendo con el mandato presidencial de construir un sistema publico nacional de salud; surge la idea de **“La Misión Barrio Adentro”** como alternativa valida para satisfacer las necesidades de la población caraqueña, que mas tarde se convirtió en un Plan Integral de Desarrollo Local que conjuga un conjunto de políticas sociales orientadas a mejorar la calidad de vida, promoviendo la organización y participación social de los sectores populares. Por lo tanto, surge tomando en cuenta, la condición de pobreza y exclusión de las redes de atención social para una gran cantidad

de la población en Venezuela que se encuentra en situación de vulnerabilidad social y económica.

Teniendo como objetivo principal *“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 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 resolutive mediante la implementación, 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.

Esta red de atención integral en salud comprende: los consultorios populares, las clínicas populares, centros diagnósticos integrales, servicios de rehabilitación y los hospitales del pueblo, los cuales van a ofrecer:

- ✓ Atención medica gratuita domiciliaria las 24 horas.

- ✓ Distribución gratuita de medicamentos.
- ✓ Articulación con las comunidades organizadas para la resolución de problemas y dificultades de índole principalmente logística, mediante contraloría social.

### **Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación (PDES 2007-2013)**

Este documento define los Lineamientos Generales del Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación para el período 2007 – 2013.

A partir del 2 de febrero de 1999, se inició un proceso de cambio en Venezuela orientado hacia la construcción del Proyecto Nacional Simón Bolívar, el cual continúa en esta nueva fase de gobierno para profundizar los logros alcanzados por los lineamientos del Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación 2001 – 2007.”*Siendo su único objetivo el de Garantizar el disfrute de los derechos sociales de forma universal y equitativa.*”

Este periodo 2007- 2013, se orienta por las siguientes directrices:

1. Nueva Ética Socialista
- 2. Suprema Felicidad Social**
3. Democracia Protagónica Revolucionaria
4. Modelo Productivo Socialista
5. Nueva Geopolítica Nacional
6. Venezuela: Potencia Energética Mundial
7. Nueva Geopolítica Internacional.

Enfocándonos en La suprema felicidad social: Es la visión de largo plazo que tiene como punto de partida la construcción de una estructura social incluyente, formando una nueva sociedad de incluidos, un nuevo modelo social, productivo, socialista, humanista, endógeno, donde todos vivamos en similares condiciones rumbo a lo que decía Simón Bolívar: “La Suprema Felicidad Social”.

Este plan hace hincapié en lo que respecta al sector salud, teniendo como principales planes para el periodo 2007-2013 los siguientes:

1. Fortalecer la prevención y el control de enfermedades a nivel nacional en los diferentes estados del país.
2. En esta etapa y bajo los lineamientos respectivos mejorar las condiciones de salud sean de pequeñas, medianas o de gran escala.
3. Brindar atención integral a la población con discapacidades
4. Garantizar las condiciones materiales para el ejercicio real de los derechos a la salud, “aunque el ciudadano no tenga dinero con que pagarlos” para garantizar de la misma forma el bienestar de todos los venezolanos.

La estructura social de Venezuela está en proceso de transición hacia Una formación económica social más incluyente, porque el Gobierno está Ejecutando, un proceso de inclusión social masivo y acelerado, financiado por la nueva forma de utilizar la renta petrolera, lo que ha permitido avanzar en la cobertura y la universalización en la satisfacción de necesidades principalmente en el área de salud.

### **Plan de desarrollo regional:**

Las coordinaciones regionales de Barrio Adentro, se definen como las representaciones designadas por el Ministerio del Poder Popular para la Salud para la institucionalización de la Misión Barrio Adentro como política de salud del estado venezolano.

En la actualidad esta responsabilidad recae en las direcciones regionales de salud, quienes tienen bajo su responsabilidad la implementación, extensión y consolidación de la Misión Barrio Adentro, como estrategia fundamental de la Atención Primaria de Salud en el ámbito regional y local.

Dentro de los planes a nivel regional se encuentran:

Establecer alianzas estratégicas con los diferentes sectores para:

- Atender las necesidades sociales de los grupos específicos a través de Barrio Adentro, definiendo los servicios sobre la base del perfil epidemiológico y perfil de conocimientos del territorio-población
- Promover la participación de las comunidades organizadas en la planificación, ejecución y control en las actividades de salud.
- Desarrollar un modelo de vigilancia integral de salud, que incluya aspectos epidemiológicos, ambientales, ecológicos y socio-económicos.
- Diseñar y ejecutar planes de capacitación para el equipo de salud y las comunidades.
- Evaluar la problemática de la salud a través del diagnóstico.

- Proporcionar atención integral de salud, mediante acciones de promoción, prevención, restitución y rehabilitación adecuadas, oportunas, con calidad y capacidad resolutoria para la extensión de la Misión Barrio Adentro
- Monitorear y evaluar las acciones de salud desarrolladas por el equipo de salud y la comunidad usuaria de los CONSULTORIOS POPULARES

### **PLAN ESTRATEGICO DE LA MISION BARRIO ADENTRO I**

Barrio Adentro I busca con este plan estructurar el Sistema Integrado de Salud Pública 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; en el que la Participación Protagónica del pueblo cumple un papel fundamental. Especialmente permite materializar los artículos de la constitución que hacen referencia a la salud y a la participación ciudadana.

Con la aprobación por referéndum de la Constitución Nacional de la República Bolivariana de Venezuela en el año 1.999, en el país se abre un espacio a nuestro pueblo al ideal democrático de Participación Colectiva, dejando claro que la salud como derecho social es un compromiso del Estado Venezolano, construida con estrategias que parten de las propias comunidades en función de lograr alternativas válidas en la resolución de sus problemas, vivienda digna, alimentación adecuada, educación, control ambiental, recreación, cultura, deporte, empleo, entre otros, para alcanzar mejores niveles de calidad de vida. Bajo esta perspectiva BARRIO

ADENTRO, es la estrategia política de contenido social donde Gobierno y Pueblo se unen para promover el ejercicio de la Democracia Participativa.

El principio de organización que ha marcado el trabajo en Barrio Adentro sigue el modelo de la planificación estratégica de los servicios de salud. Se trata de una planificación intencionada de intervenciones que diferentes actores o fuerzas sociales realizan sobre un proceso considerado como un objeto de transformación determinado por la sociedad.

La Misión Barrio Adentro se construye a través de la transformación social e institucional que apunta a la configuración del nuevo Sistema Público Nacional de Salud.

La llegada de los médicos y médicas a las comunidades en el mes de abril de 2.003, dinamizó la organización de los comités de salud. En la medida en que el personal médico, vecinas y vecinos fueron realizando los censos familiares en las comunidades, se hicieron visibles un conjunto de carencias sociales y de necesidades de atención en salud, que produjeron nuevas decisiones, planes y acciones en materia de políticas sociales por parte del ejecutivo nacional.

Es por ello que Barrio adentro se constituyo desde un principio como base fundamental para la articulación de políticas publicas en todos los niveles de gobierno, a fin de responder a las deudas de orden social, que habían venido acumulándose en la población venezolana y que mas afectaban a la población históricamente excluida de los beneficios del estado capitalista que se instauro en Venezuela desde el inicio de su historia como republica.



Bajo esta perspectiva BARRIO ADENTRO, es la estrategia política de contenido social donde Gobierno y Pueblo se unen para promover el ejercicio de la Democracia Participativa.

De allí, que el Ministerio del Poder Popular para la Salud, mediante la Dirección Nacional de la Red Ambulatoria Especializada, elabora este documento como una aproximación actualizada en el marco de la estructuración del Sistema Público Nacional de Salud, de manera tal, que permita el conocimiento de la estructura organizativa del sistema, definiendo sus objetivos, enmarcando las actividades que se desarrollen en los centros en los distintos niveles de atención, sin que esto signifique que el proceso de construcción del modelo no requiera de la revisión permanente, con la participación activa y protagónica de las comunidades organizadas, para direccionar la Misión Barrio Adentro desde el enfoque de salud como base fundamental para la consecución de la meta de mejor calidad de vida y como eje articulador de políticas públicas del gobierno nacional, para garantizar el acceso a las comunidades a los beneficios que ofrece el estado socialista impulsado por la República Bolivariana de Venezuela

Este nuevo sistema tiene como propósito dignificar a las comunidades para garantizar un acceso digno y gratuito a la salud pública, desarrollando un grupo de estrategias encaminadas a fortalecer el trabajo comunitario en la solución de los problemas de salud. Teniendo como plan oficial la construcción de establecimientos de salud, contemplándose la construcción de consultorios populares para el primer nivel de atención con una capacidad para atender una población aproximada de 1.200 habitantes o 250 familias, en módulos de 100 m<sup>2</sup> con residencia para un médico, con atención de 24 horas y ubicados en los barrios de alta concentración de habitantes de bajos ingresos económicos,

incorporando a la red de atención de salud nacional los Consultorios Populares, puntos de consultas, las ópticas Populares y clínicas odontológicas, enfatizando en la estrategia los Consultorios Populares, que incidirán fundamentalmente sobre la promoción de calidad de vida y salud.

### **4.3 Evaluación del Sistema de Planificación**

#### **Plan estratégico actual**

Partiendo del “Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social 2007-2013” y basándonos en la “Suprema Felicidad Social” podemos citar los diferentes planes estratégicos que el Estado tiene actualmente en lo concerniente al sector salud:

- Superar la pobreza y atender integralmente a la población en situación de extrema pobreza y máxima exclusión social.
- Prestar atención integral en lo que respecta al sector salud a niños, niñas y adolescentes e igualmente a adultos y adultas mayores.
- Profundizar la atención integral en salud de forma universal.
- Expandir y consolidar los servicios de salud de forma oportuna y gratuita.
- Formación de profesionales en el nivel de atención primaria.

- Formación de profesionales en el nivel de especialidades.
- Fortalecimiento de la red de atención primaria.
- Fortalecimiento de los centros de diagnóstico.
- Fortalecer la prevención y el control de enfermedades.
- Consolidar la Misión barrio adentro ( Sector salud)
- Garantizar condiciones de igualdad y equidad entre hombres y mujeres particularmente aquellos dirigidos a atender las áreas de salud.
- Reimpulsar el programa, orientado a fortalecer los equipos de trabajo y mejorar el control de gestión.

### **Planes Operativos**

Su formulación corresponde todos los órganos y entes de la Administración Pública y están establecidos en los artículos 50 y 51 de la Ley Orgánica de Planificación.

Estos planes definen los programas, proyectos y acciones a ser desarrollados por los órganos y ente de la Administración Pública, en el año fiscal correspondiente.

Del mismo modo estos deben responder a las directrices contenidas en el Plan Nacional de Desarrollo, así como a las orientaciones financieras y de disciplina fiscal establecidas por el Ejecutivo Nacional en el marco plurianual del presupuesto y en la Ley Orgánica de la Administración Financiera del Sector Público.

### **Distribución presupuestaria**

El sistema Nacional de Salud entrará en vigencia este 2009, para el cual hay una asignación de Bs.F 9.2 millones, cantidad que será destinada al cumplimiento de planes y proyectos en materia de salud a la población venezolana.

### **Estado Anzoátegui:**

Organismo responsable: MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD.

Número de proyectos: 66

Monto total Bs.F: 6.294.642.792

“Tendrán alta prioridad aquellos proyectos ya iniciados y/o que finalizan en el presente año (2009) y los nuevos proyectos estratégicos que tengan alto impacto en la consecución de los objetivos estratégicos”

En el Plan Operativo Anual diseñado por el Ministerio de Planificación se estableció que la prioridad del gasto del próximo año 2009 son los

proyectos vinculados a la economía social, y esos programas en gran medida son ejecutados por los consejos comunales y las misiones.

Con lo que respecta a los planes operativos que se tienen actualmente y teniendo alta prioridad se encuentran:

- Reforzar las redes de atención primaria( Módulos de Barrio Adentro I y Módulos anteriores (ambulatorios))
- Dotar de insumos médicos-quirúrgicos periódicamente a las medicaturas, barrio adentro y centros ambulatorios.
- Dotación y conservación de las edificaciones de salud pública.
- Repotenciar cada uno de los módulos de Barrio Adentro I ya existentes con la colaboración primordial de los consejos comunales.

## CAPITULO V

### 5.1 Proyectos y Propuestas para mejorar o solucionar el problema planteado

La Misión Barrio Adentro se encuentra dentro de un conjunto de misiones que apuntan a la abolición de la pobreza.

En la medida que se identifique más el Gobierno con su responsabilidad en pro de un buen servicio de la salud, habrá más confianza, en su gestión, y desde luego, los ciudadanos estarán garantizados de un derecho que le correspondes.

Téngase presente, que la a administración de la salud, es la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos, de personas, organismos o instituciones, destinados a promover, prevenir, proteger, y restaurar la salud de los habitantes de una comunidad. Se le suele restringir al ejercicio de la medicina en sus dos vertientes, preventiva y asistencial, sin embargo, su alcance va mas allá y plantea la participación de prácticamente todos los sectores gubernamentales, a saber: Educación, finanzas, ambiente, trabajo, agricultura, salud, transporte, comunicación, turismo, infraestructura, planificación, ciencia y tecnología y justicia, así como de múltiples instituciones gubernamentales y privadas.

Esta plantea un objetivo esencial, que todos los habitantes del país tengan un nivel de salud que les permita desarrollar una vida social y económicamente productiva.

A través del estudio realizado en el Sistema de Salud de Atención Primaria, Barrio Adentro I como Política Pública de Salud Emergente, se puede observar que el Nuevo Modelo de Gestión Barrio Adentro I, ha solventado en gran proporción la problemática de Salud en el País, teniendo fallas como todo sistema, según los resultados obtenidos en el diagnóstico ya estudiado en el Capítulo II. Para realizar las propuestas pertinentes y corregir dichas fallas. Analizaremos ¿qué tenemos? ¿en dónde estamos? para darle solución al problema. Para ello utilizaremos el análisis FODA y plantearemos algunas estrategias, que sirvan de base para corregir las deficiencias.

## **Barrio Adentro I**

### **1. Misión Actual**

Construir un Sistema Público Nacional de Salud regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad, que garantice Atención Primaria de Calidad, donde la participación protagónica del pueblo cumpla un papel fundamental. Art. N° 3 de la Ley Orgánica de Salud.

#### **1. A. Objetivos**

El objetivo general es 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, mediante la creación de Consultorios y Clínicas Populares, además de los hospitales del pueblo, dentro de las comunidades de poco acceso a los ya existentes.

## **1. B. Estrategias**

Este plan hace hincapié en lo que respecta al sector salud, teniendo como principales planes para el periodo 2007-2013 los siguientes:

5. Fortalecer la prevención y el control de enfermedades a nivel nacional en los diferentes estados del país.
6. En esta etapa y bajo los lineamientos respectivos mejorar las condiciones de salud sean de pequeñas, medianas o de gran escala.
7. Brindar atención integral a la población con discapacidades
8. Garantizar las condiciones materiales para el ejercicio real de los derechos a la salud, “aunque el ciudadano no tenga dinero con que pagarlos” para garantizar de la misma forma el bienestar de todos los venezolanos.

## **2. Análisis Externo: Oportunidades y Amenazas**

### **Oportunidades**

- ✓ *Posibilidad de complementar la Red Ambulatoria* existente aumentando su capacidad resolutive mediante la implantación, consolidación y extensión de consultorios populares, haciendo un Modelo de Salud eficiente ejemplo para otros países Latinoamericanos.



- ✓ Posibilidad de Universalizar el acceso a la salud en función de las necesidades sociales y espacios territoriales; universalizar con equidad, de acuerdo a lo establecido en los Artículos N 83,84,85 y 86 de la Constitución Bolivariana de Venezuela.

#### **Amenazas:**

- ✓ Imposibilidad de obtener los recursos financieros, por ser un proyecto de Estado, para el mantenimiento de Sistema de Salud Publico de Atención Primaria.
- ✓ Sustentabilidad a través del tiempo de la Política de Salud empleada por el Estado, Barrio Adentro I.

### **3. Análisis Interno: Fortalezas y Debilidades.**

#### **Fortalezas**

- ✓ Disponibilidad de un equipo profesional de Paramédicos Cubanos y Venezolanos para la población excluida del País.
- ✓ Existencia de un Plan metodológico para transferencia de tecnología mediante el Convenio Cuba-Venezuela.
- ✓ Atención Integral de la Población más allá de la Atención Médica.

## **Debilidades**

- ✓ Falta de Control hacia el funcionamiento de los Módulos y cumplimiento del horario de trabajo.
  
- ✓ Falta de programas y campañas de concientización a la comunidad para proyectar confiabilidad hacia el Sistema Barrio Adentro.
  
- ✓ Deserción al Sistema de Salud Barrio Adentro, por parte de los Paramédicos y Médicos Cubanos, en busca de mejores campos de trabajo, en otros países.
  
- ✓ Extralimitación de los servicios que prestan, falta de conducción de los pacientes hacia otros Centros de Atención Secundaria.

A continuación Presentamos el Análisis de la Matriz FODA, para generar las posibles estrategias.

	<b>FORTALEZAS (Análisis Interno)</b>	<b>DEBILIDADES (Análisis Interno)</b>
<p><b>OPORTUNIDADES (Análisis Externo)</b></p> <p><i>*Posibilidad de complementar la Red Ambulatoria existente aumentando su capacidad resolutive mediante la implantación, consolidación y extensión de consultorios populares, haciendo un Modelo de Salud eficiente ejemplo para otros países Latinoamericanos.</i></p> <p><i>*Posibilidad de Universalizar el acceso a la salud en función de las necesidades sociales y espacios territoriales; "universalizar con equidad", de acuerdo a lo establecido en los Artículos N 83,84,85 y 86 de la Constitución de la Republica Bolivariana de Venezuela.</i></p>	<p><i>*Disponibilidad de un equipo profesional de Paramédicos Cubanos y Venezolanos para la población excluida del País.</i></p> <p><i>*Existencia de un Plan metodológico para transferencia de tecnología mediante el Convenio Cuba-Venezuela.</i></p> <p><i>*Atención Integral de la Población más allá de la Atención Médica.</i></p>	<p><i>*Falta de Control hacia el funcionamiento de los Módulos y cumplimiento del horario de trabajo.</i></p> <p><i>*Falta de programas y campañas de concientización a la comunidad para proyectar confiabilidad hacia el Sistema Barrio Adentro.</i></p> <p><i>*Deserción al Sistema de Salud Barrio Adentro, por parte de los Paramédicos y Médicos Cubanos, en busca de mejores campos de trabajo, en otros países.</i></p> <p><i>*Extralimitación de los servicios que prestan, falta de conducción de los pacientes hacia otros Centros de Atención Secundaria.</i></p>
<p><b>AMENAZAS (Análisis Externo)</b></p> <p><i>*Imposibilidad de obtener los recursos financieros, por ser un proyecto de Estado, para el mantenimiento de Sistema de Salud Publico de Atención Primaria.</i></p> <p><i>*Sustentabilidad a través del tiempo de la Política de Salud empleada por el Estado, Barrio Adentro I.</i></p>	<p><b>FO</b></p> <p><i>*Garantizar el acceso a toda la población excluida al servicio de Atención Primaria de calidad, aumentando la capacidad de respuesta frente a la problemática de salud en el país.</i></p> <p><i>*Ofrecer atención médica eficiente y confiable de manera gratuita para toda la población, aprovechando el plan de Metodológico de transferencia de tecnología, del Convenio entre países.</i></p> <p><i>*Garantizar un sistema público nacional de salud, con derecho a la</i></p>	<p><b>DO</b></p> <p><i>*Por estar orientado a ser un Modelo de Salud pionero en al Atención Primaria, debe ser controlado, midiendo el desempeño para obtener el cumplimiento de objetivos.</i></p> <p><i>*Garantizar la capacidad de resolución de problemas internos, como la deserción de Médicos Galenos hacia otros países, por medio de la implementación un sistema de control eficiente.</i></p> <p><i>*Ofrecer el mejor salario para los médicos que operan en la Atención Primaria, por ser un programa de Estado, garantizando a la salud como derecho social fundamental.</i></p>

seguridad social, otorgando prioridad a la promoción de la salud y prevención de enfermedades, ofreciendo tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad.

**FA**

\*Otorgar al Sistema de Salud de Atención Primaria, los recursos y partidas, teniendo las previsiones necesarias para hacerle frente a la problemática de Salud, cualquiera que sea el nivel de desarrollo económico del país, aprovechando la disponibilidad de médicos emergentes abocados a solventar el problema de salud.

\*Dictaminar mediante Decreto Ley la sustentabilidad del Nuevo Modelo de Gestión de la Salud, en la Atención Primaria Integral, a través del tiempo, en los diferentes gobiernos entrantes y salientes.

\*Por estar orientado a ser un Modelo Eficiente de Atención Primaria, realizar campañas de concientización, explicando a que se refiere la Atención Básica, refiriendo a los pacientes a otros centros.

**DA**

\*Debe ejecutar un proceso de control y medición de resultados, por ser un Modelo de Salud Emergente, para darle solución al problema de estado, al planificar y ejecutar las primeras estrategias redefiniendo el problema, abordando las deficiencias, preparado para enfrentar los cambios y ajustarse a los mismos.

\*Proporcionar al Sistema de Atención Primaria, los recursos necesarios para la dotación de los Ambulatorios existentes, en cuanto a infraestructura y el recurso humano.

## **PROYECTO**

### **Nueva Misión**

Ser un Sistema Público Nacional de Salud, Regidos por todos los principios establecidos en el Art. N° 3 de la Ley Orgánica de Salud, dotado en su totalidad, en cuanto a: Médicos, Medicamentos, infraestructura, para abarcar toda la población.

### **Nueva Visión**

Consolidar el Sistema de Salud de Atención Primaria como el mejor servicio de salud, ofrecer cobertura de excelente calidad a todos los venezolanos, Desarrollar un modelo de salud que logre mejorar la calidad de vida, contribuyendo al descongestionamiento de la población que goza de la Red Pública de Salud.

### **Objetivos Generales Propuestos:**

- ✓ Garantizar el acceso a los servicios de salud de Atención Primaria de calidad y confiabilidad para toda la población.
- ✓ Fortalecer el Sistema de Atención primaria, mediante la dotación de los centros (Ambulatorios Existentes y Módulos Barrio Adentro I).

## **Estrategias**

- ✓ Establecer alianzas estratégicas con diferentes sectores y organizaciones sociales para aunar esfuerzos que garanticen los resultados esperados en la Misión Barrio Adentro.
  
- ✓ Rendir cuenta mensualmente, ejecutándose el control del cumplimiento de las actividades de la Misión Barrio Adentro al Ministerio del Poder Popular para la salud, a través de las Direcciones Generales de la Red Ambulatoria Especializada y Primer Nivel de Atención.
  
- ✓ Mejorar el control, mediante el seguimiento de los proyectos a ejecutarse, dentro de los cuales tenemos los siguientes: Contrato de Médicos Cubanos en el País, Absorción de Médicos Venezolanos, con mejoramiento del sueldo, control de entradas y salidas de medicinas cubanas, y módulos de salud en construcción.
  
- ✓ Concientizar a la población mediante campañas, por medio los Consejos Locales de Planificación Pública, que propaguen la credibilidad y confiabilidad de los médicos Cubanos.
  
- ✓ Ejercer el control de la Misión Barrio Adentro en su ámbito de competencia, utilizando criterios consensuados el Viceministerio de Redes de Salud.

- ✓ Garantizar que los lineamientos políticos y estratégicos dictados por el Ministerio del Poder Popular para la Salud para Barrio Adentro, se ejecuten siguiendo las directrices establecidas.
- ✓ Garantizar la existencia de la igualdad en el acceso de todos y todas los ciudadanos y ciudadanas a la atención de Barrio Adentro.
- ✓ Elaborar la programación regional de Barrio Adentro, conjuntamente con los entes involucrados, garantizando que las actividades se realicen con eficiencia y eficacia.
- ✓ Hacer un inventario de los recursos disponibles: mano de obra y materiales de construcción para la edificación de los módulos, medicamentos, prestación del servicio de los médicos: venezolanos y cubanos para estimar las necesidades de la población.
- ✓ Definir las prioridades de salud con las comunidades para la extensión de Barrio Adentro
- ✓ Identificar los problemas y riesgos por grupos y movilizar los recursos necesarios para darles solución.

## **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

El problema de la salud en Venezuela, es un problema social, el cual el Estado de Gobierno trata de atacar, este emplea estrategias para solventar el problema, de allí surge Barrio Adentro, como política pública emergente, en esta investigación, se pudo estudiar Barrio Adentro I conformado por Consultorios Populares, Puntos de Consulta y Clínicas Odontológicas y Ópticas Populares, podemos concluir que este Nuevo Sistema de Salud de Atención Primaria, es aceptado por gran parte de la Población excluida, este sistema es bueno en su planificación estratégica, es de notar el gran trabajo realizado por el Estado, para llegar a los estratos más bajos de la Población y ubicar Módulos de Salud de Atención Primaria en dichas zonas.

Sin embargo este nuevo modelo presenta fallas innumerables en el proceso de control, este sistema necesita asegurar confiabilidad, promover eficiencia, estimular y velar por el cumplimiento de las políticas públicas.

En su control de gestión debe redefinir o reformular sus objetivos, programas de acción, medición de resultados y correcciones del desempeño.

Por otra parte El Sistema de salud Barrio Adentro I estará orientado al éxito, cuando estén interconectadas tanto la Red Pública como la privada, ofreciendo servicios médicos óptimos para toda la población tanto rica como pobre.

A lo largo de este estudio se observaron fallas y deficiencias, las cuales deben ser corregidas, por lo tanto, podemos destacar las siguientes recomendaciones:



- ✓ Evaluación a nivel detallado del estado de las infraestructuras de los hospitales y ambulatorios generando a partir de ésta un plan de trabajo para la repotenciación de las mismas donde se de prioridad a las que se encuentren en estado más crítico.
- ✓ La Optimización del uso de los Recursos e Insumos requeridos.
- ✓ Generar e Internalizar en el Recurso Humano de la Organización (Ambulatorios) el concepto de Servicio al Cliente, donde el personal involucrado (médicos, enfermeros y trabajadores en general) estén convencidos que se encuentran allí para cumplir con una exigencia y/o expectativa bastante delicada, mucho más aún cuando este mecanismo (Salud Pública) es empleado por la gran mayoría de la población.
- ✓ Creación de un mecanismo de manejo de la logística de Inventario, que permita detectar la necesidad de un recurso antes de que este se agote sobre todo en el caso de insumos críticos (medicinas) que en algún momento pueden resultar vitales.
- ✓ Generar Alianzas Estratégicas para la Interconexión de la Red de Salud Pública (Barrio Adentro) con la Privada entre los Hospitales y Ambulatorios y los Laboratorios Médicos donde trabajando en conjunto se logren obtener beneficios en todas las partes interesadas.
- ✓ Mejorar la equidad en cuanto al acceso a los servicios de salud: por ejemplo, a través de programas de salud dirigidos a las personas pobres con mayores necesidades.
- ✓ Mejorar la eficiencia y efectividad en cuanto a la prestación de los servicios de salud: es decir, incrementar la eficiencia y efectividad en la prestación de estos servicios desarrollando, por ejemplo, la capacidad institucional a niveles centrales y estatales, particularmente a la hora de diseñar políticas, planificar estrategias, asignar recursos,

monitorear y evaluar el uso de los recursos y consiguientes resultados.

- ✓ Mejorar el financiamiento de los servicios de salud: es decir, mejorar la asignación y eficiencia del financiamiento de los servicios de salud, dándole prioridad, por ejemplo, a los programas de alto impacto como los de atención materno-infantil y control de enfermedades endémicas, haciendo énfasis en las intervenciones de costo efectivo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial Gaceta Oficial No. 5.453, de fecha 24 de marzo de 2000. Caracas.
2. Baldó JI, Curiel J, Lobo Castellanos O (1965) La tuberculosis rural en Venezuela. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 58: 66-82.
3. "Barrio Adentro. Políticas Transversales para el Desarrollo Socio-Político de la Barriadas Caraqueñas" Caracas, S13. Ministerio de Salud (2006)
4. Barrio Adentro. Derecho a la Salud e Inclusión Social en Venezuela. OPS, Julio 2.006.
5. Barrio Adentro: Combatir la exclusión Profundizando la Democracia, Rubén Alayon Monserat, 2005.
6. BIANCO, F. (2003) "Barrio Adentro atendió a más de 700 mil personas en menos de seis meses" En Radio Nacional Venezolana, fecha de consulta 13-05-2004.
7. BAPTISTA, A.; MOMMER, B. (1987) El petróleo en el pensamiento económico de Venezuela: un ensayo. IESA. Caracas, Venezuela.
8. BRICEÑO-LEÓN, Roberto (1992) "Salud y Reformas de la sociedad y el Estado". En Ciencia y Tecnología en Venezuela: un reto una esperanza. COPRE, Caracas, Venezuela.
9. CAPRILES, E.; DÍAZ POLANCO, J.; FERNÁNDEZ, Y.; PEREIRA, C. (2001) La reforma del Sistema de salud de Venezuela: opciones y perspectivas. Papel de trabajo preparado por el equipo del proyecto RESVEN, presentado a la Comisión de Asesoría Económica y Financiera de la Asamblea Nacional el 05-02-2001, Caracas, Venezuela.

10. CARDOZO B., M. (2003) "Evaluación de Políticas de Desarrollo social". En Revista Política y Cultura. No. 20. Universidad Autónoma de Metropolitana Xochimilco. México. Pp. 139-154.
11. Castellanos PL (1982) Notas sobre el Estado y la salud en Venezuela.
12. Centro de Investigaciones y Estudios Laborales y de Disciplinas afines (CIELDA). Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas. Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela. pp. 165-189.
13. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela 1999. Caracas: Imprenta Nacional. Art. Números 83,84,85 y 86
14. CORPOSALUD – ARAGUA 17. "Programas de la Dirección de Desarrollo Social en el Marco de Atención Integral." Junio, (2002).
15. Decreto Ley, Presidencia de la Republica, Decreto N° 4382.
16. ¿Es necesario Barrio Adentro?, Dr. Juan Carlos Marcano, Agosto de 2008.
17. FEO, O.; CURCIO, P. (2004) "La salud en el proceso constituyente venezolano" En Revista Cubana Salud Pública. Vol.30, No.2. Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php>
18. García Maldonado L (1972) Historia de la sanidad en Venezuela. Educación y Salud Pública. Caracas: Ediciones del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.
19. GIL LA CRUZ, M. (2000) Salud y fuentes de apoyo social: análisis de una comunidad. Centros de Investigaciones Sociológicas, Siglo XXI, España.
20. GONZÁLEZ, M. (2004) El género un enfoque transversal en las políticas de salud del estado venezolano En Revista Venezolana de Gerencia. Año 9. No. 27 FACES. LUZ. Maracaibo, Venezuela. Pp. 395-413.
21. Grossi R (1972) Acción sanitaria en Venezuela y presupuestos 1936-1971. Caracas: Ministerio de Salud y Asistencia Social. 190 p.

22. GONZALEZ R. ESPERANZA "Manual sobre participación y Organización para la gestión local" Capítulo 1. La participación Ciudadana en la Gestión Local. (2005)
23. GONZALEZ R. ESPERANZA "Manual sobre participación y organización para la gestión local" Capítulo 1. La Participación Ciudadana en la Gestión Local.
24. GUTIÉRREZ B., T. (2002) "La Política Social en situaciones de Crisis Generalizada e Incertidumbre en Venezuela": En Revista Venezolana de Gerencia. Año 7. Nº 18. LUZ Maracaibo Venezuela. Pp.220-236.
25. HARDELY, E.; JIMÉNEZ, A.L. (2000) Masculinidad y género en salud y equidad: una mirada desde las Ciencias Sociales.
26. Instituto Nacional de Estadística (2004) Reporte sociodemográfico. Censo de Población y Vivienda 2001. Situación, Dinámica y Perspectivas de la Población. Caracas: Ministerio de Planificación y Desarrollo.
27. Instituto Nacional de Estadística (2004) Reporte sociodemográfico. Censo de Población y Vivienda 2001. Situación, Dinámica y Perspectivas de la Población. Caracas: Ministerio de Planificación y Desarrollo.
28. *Informe Realizado por El Observatorio Comunitario por el Derecho a la Salud (2007).*
29. Informe sobre el Derecho a la Salud en Venezuela 2007. Situación del Derecho a la Atención Sanitaria. Observatorio Comunitario por el Derecho a la Salud.
30. Intercambio III.2-1-2007 Fortalecimiento de la Integración de la Atención Primaria con otros Niveles de Atención.
31. KLIKSBURG, B. (2003) Hacia una nueva visión de la política social en América Latina: desmantelando mitos. En Revista Venezolana de Gerencia Año 8 No. 21. LUIZ. FCES. Maracaibo, Venezuela. Pp. 9-37.

32. LANDER, E. (1992) "Los Aprendices de Brujo: Retos Tecnológicos a Política Venezolana". En Revista Nueva Sociedad N° 121. Caracas, Venezuela. Pp. 124-133.
33. Ley Orgánica de Administración Pública, Principio de Descentralización Territorial, Art. N° 30, Sección Tercera, De los Consejos Nacionales, las Comisiones y los Comisionados Presidenciales. Art. N° 71.
34. Ley Orgánica de Salud Título I Disposiciones Generales Art. N° 3, Del Financiamiento de los Establecimientos de Atención Médica Art. N° 45.
35. Ley del Ejercicio de la Medicina Título I Del Ejercicio de la Profesión, Capítulo II Art. N° 8 y 9.
36. LÓPEZ MAYA, M. (2004) "Democracia Participativa y Políticas Sociales en el Gobierno de Hugo Chávez Frías": En Revista Venezolana de Gerencia. Año 9, N° 28. LUZ. Maracaibo, Venezuela. Pp. 585-603.
37. LÓPEZ MAYA, M. (2004b) "Venezuela 2001-2004: actores y estrategias". En Revista Cuadernos del CENDES. No. 56. Centro de Estudios del Desarrollo. Universidad Central de Venezuela. Pp.105-128.
38. MACHADO, C. (2003) "Política y programas sociales (1989-2002)". En Gaceta Laboral Vol. 9, No. 2.
39. MÁRQUEZ, E. (2005) "Reglamento que centralizará el Sistema Público de Salud no es legal". En La Verdad. 01 de Septiembre Cuerpo C1. Maracaibo, Venezuela.
40. MARTÍN, A.; CANO, J. (1998) "Contenido de la Atención Primaria de Salud". En Elementos conceptuales de la Atención Primaria de Salud. España.

41. MASCAREÑO, C. (2000) Balance de la Descentralización en Venezuela: Logros, Limitaciones y Perspectivas. PNUD, ILDIS, Nueva Sociedad. Caracas, Venezuela.
42. MUJICA, N. (2002) "Estado y Política Social en Venezuela ¿La Quinta República o el Regreso al Pasado?". En Revista Venezolana de Gerencia. Año 7. Nº 18. LUZ, Maracaibo, Venezuela. Pp. 237-266.
43. Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud, Capítulo II, Del Despacho del Ministerio. Art. Nº 6, Capítulo III Del Despacho del Viceministro de Redes de Servicios de Salud, Art. Nº 19, 20, 21 y 22.
44. RODRÍGUEZ, I.; PÉREZ, J. (1996) "Descentralización, participación y democratización: el marco político para el fortalecimiento de los sistemas locales de salud". En Cuestiones Políticas, No. 17. Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela. Pp. 61-83.
45. RINCÓN, M.T. (2004) Modelos de Gestión de los Servicios de Salud promovidos por las gobernaciones venezolanas (1989-2003). Trabajo final del programa de investigador Novel. CEE-LUZ –FONACIT. Maracaibo, Venezuela.
46. Secretaría de Organización del Congreso Bolivariano de los Pueblos, editor (2005) Construyendo el ALBA desde los Pueblos. Una propuesta de unidad para los pueblos de Nuestra América. Buenos Aires: Ediciones Emancipación.
47. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Instituto de Altos Estudios Dr. Arnaldo Gabaldón "Redes de Atención del Sistema Público", Septiembre (2003).
48. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Instituto de Altos Estudios Dr. Arnaldo Gabaldón "Redes de Atención del Sistema Público Nacional de Salud, en el marco de las Redes de Promoción de Calidad de Vida" Caracas, Septiembre 2003.
49. Observatorio de Coyuntura Económica Internacional OCEI (1997).

50. OPS/OMS "Atención Primaria de Salud" Ginebra, Nueva York. 1.978.
51. Organización Panamericana de la Salud (2003) Origen y evolución de la salud pública en Venezuela. Caracas: Organización Panamericana de la Salud.
52. Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en *Alma-Ata*, Kazajistán, en 1978
53. "Programas de la Dirección de Desarrollo Social en el Marco de Atención Integral." Junio, 2002
- 54.** Proyecto Nacional Simón Bolívar. Desarrollo Económico y Social de la Nación 2.007 - 2.013. Ministerio del Poder Popular para la Planificación y Desarrollo.
55. Urdaneta M, editores. Guía práctica de salud para Barrio Adentro I en la zona metropolitana de Caracas. Ministerio de Salud (2006).



**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y  
ASCENSO:**

<b>TÍTULO</b>	<b>SISTEMA DE SALUD DE ATENCION PRIMARIA MISION BARRIO ADENTRO I (MODULOS), COMO NUEVO MODELO DE GESTIÓN DE SALUD INTEGRAL ORIENTADO AL LOGRO DE UNA MEJOR CALIDAD DE VIDA, EN LA ZONA METROPOLITANA DEL ESTADO ANZOATEGUI.</b>
<b>SUBTÍTULO</b>	

**AUTOR (ES):**

<b>APELLIDOS Y NOMBRES</b>	<b>CÓDIGO CULAC / E MAIL</b>
<b>Romero R., Yeneris Del V.</b>	<b>CVLAC: 17.444.423 E MAIL: yene_goly@hotmail.com</b>
<b>Sinkia F., Adriana C.</b>	<b>CVLAC: 16180289 E MAIL: sinkiavi@hotmail.com</b>

**PALÁBRAS O FRASES CLAVES:**

Sistema,  
Salud,  
Modelo de Gestión,  
Módulos,  
Calidad de vida.

## METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ÁREA	SUBÁREA
<u>Ciencias Administrativas</u>	<u>Administración</u>

### RESUMEN (ABSTRACT):

La presente investigación plantea verificar la eficiencia del Nuevo Modelo de Gestión de Atención Primaria, Barrio Adentro I, orientado hacia una mejor calidad de vida, Para lograr este objetivo es necesario estudiar la capacidad de resolutive del Estado, frente al problema de la salud. Utilizaremos el Programa de Aplicación hacia las Ciencias Sociales SPSS 11.5, Evaluando variables socio económicas en el Área Metropolitana del Estado Anzoátegui, obteniendo resultados para el diagnóstico de su funcionamiento. Conoceremos los planes estratégicos utilizados en el Modelo de Atención Primaria, Red de Ambulatorios, antes de la existencia de Barrio Adentro I y las Políticas Publicas empleadas en el mismo. Los resultados de este trabajo permitirán demostrar los cambios efectuados. En este trabajo se presentan los resultados obtenidos, donde se llegó a la conclusión que el nuevo modelo de Sistema de Salud de Atención Primaria Barrio Adentro I, como todo sistema presenta fallas, en su mayoría por falta de control, en la investigación realizada, utilizaremos como herramienta la matriz FODA, y plantearnos las posibles estrategias para mejorar su funcionamiento a corto plazo, por ser una política publica de salud emergente.

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**

**CONTRIBUIDORES:**

<b>APELLIDOS Y NOMBRES</b>	<b>ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL</b>				
<b>Núñez Linda</b>	<b>ROL</b>	<b>CA</b>	<b>AS</b>	<b>TU(X)</b>	<b>JU(X)</b>
	<b>CVLAC:</b>	<b>5.614.169</b>			
	<b>E_MAIL</b>	<b>lync61@hotmail.com</b>			
	<b>E_MAIL</b>	<b>lync61@gmail.com</b>			
<b>Rodríguez Daysi</b>	<b>ROL</b>	<b>CA</b>	<b>AS</b>	<b>TU(X)</b>	<b>JU(X)</b>
	<b>CVLAC:</b>	<b>8.304.444</b>			
	<b>E_MAIL</b>	<b>daysi_c_rodriguez@hotmail.com</b>			
	<b>E_MAIL</b>				
<b>Castro Bethzaida</b>	<b>ROL</b>	<b>CA</b>	<b>AS</b>	<b>TU(X)</b>	<b>JU(X)</b>
	<b>CVLAC:</b>	<b>5.997.239</b>			
	<b>E_MAIL</b>	<b>bcastrod@hotmail.com</b>			
	<b>E_MAIL</b>				

**FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:**

<b>2009</b>	<b>03</b>	<b>17</b>
-------------	-----------	-----------

**LENGUAJE. ESPAÑOL**

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**

**ARCHIVO (S):**

<b>NOMBRE DE ARCHIVO</b>	<b>TIPO MIME</b>
Tesis. Barrio Adentro I.Doc	Application/ms word

**CARACTERES EN LOS NOMBRES DE LOS ARCHIVOS:** A B  
C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z. a b c d e f g h i j  
k l m n o p q r s t u v w x y z. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9.

**ALCANCE**

**ESPACIAL:** SISTEMA DE SALUD DE ATENCION PRIMARIA MISION BARRIO ADENTRO I (MODULOS),COMO NUEVO MODELO DE GESTIÓN DE SALUD INTEGRAL ORIENTADO AL LOGRO DE UNA MEJOR CALIDAD DE VIDA, EN LA ZONA METROPOLITANA DEL ESTADO ANZOATEGUI.

**TEMPORAL:** 6 Meses

**TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:**

Licenciado en Administración.

**NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:**

Pre- grado

**ÁREA DE ESTUDIO:**

Departamento de Administración

**INSTITUCIÓN:**

Universidad De Oriente-Núcleo Anzoátequi

**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:**

**DERECHOS**

Art. 44: Los trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad De Oriente y solo podrán ser utilizados a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo quién lo participará al consejo.

**Romero R., Yeneris Del V.**

**AUTOR**

**Sinkia F. Adriana C.**

**AUTOR**

**Dra. Nuñez Linda**

**JURADO**

**Msc. Rodriguez Daysi**

**JURADO**

**Msc. Castro Bethzaida**

**JURADO**

**Prof. Rodríguez Daysi**

**POR LA SUBCOMISION DE CURSOS ESPECIALES DE  
GRADO**