



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE SUCRE
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA

**ESTUDIO EVALUATIVO DEL PROGRAMA DE APOYO
FARMACOLÓGICO DE LA GERENCIA DE PROMOCIÓN PARA LA
SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DE FUNDASALUD, EN LA
COMUNIDAD DE CASCAJAL, PARROQUIA ALTAGRACIA DEL
MUNICIPIO SUCRE, ESTADO SUCRE. AÑO 2007”**

AUTORA
BITTAR YANNELYS

ASESOR
DIONI SALAS

Trabajo de Grado (Modalidad Tesis) Presentado como requisito parcial para Optar al
Título de LICENCIADA EN SOCIOLOGÍA.

CUMANÁ, ABRIL DE 2009.

INDICE GENERAL

DEDICATORIA -----	i
AGRADECIMIENTO -----	ii
INDICE DE GRÁFICOS -----	iii
RESUMEN -----	vi
INTRODUCCIÓN-----	1
CAPÍTULO I-----	6
NATURALEZA DEL PROBLEMA-----	6
1.1. Planteamiento del Problema-----	6
1.2. Objetivos de la Investigación -----	15
1.2.1 Objetivo general-----	15
1.2.2 Objetivos Específicos -----	15
1.3. Justificación -----	16
1.4. Metodología -----	17
1.4.1. Nivel o Tipo de Investigación -----	17
1.4.2. Diseño de Investigación -----	17
1.4.3. Universo Población y Muestra-----	17
1.4.4. Técnicas e Instrumentos Para la Recolección de Datos-----	18
1.4.5. Fuentes Para la Recolección de Datos -----	20
1.4.6. Análisis y Procesamientos de Datos -----	20
1.4.7. Validación del Instrumento -----	20
CAPÍTULO II-----	22
MARCO TEÓRICO REFERENCIAL-----	22
2.1. Antecedentes: -----	22
2.1.1. Internacional: -----	22
2.1.2. Locales-----	23
2.2. Fundamentos teóricos-----	24
2.2.1. Salud en Venezuela -----	24

2.2.2. Estado y políticas públicas -----	26
2.2.3. Descentralización de los servicios de salud en Venezuela -----	35
2.2.4. Evaluación de programas sociales -----	39
CAPÍTULO III -----	45
PROGRAMA DE APOYO FARMACOLÓGICO -----	45
3.1. Descripción del Programa de Apoyo Farmacológico -----	45
3.2. La Gerencia de Promoción Social para la Salud y Enfermedades (GPSPE): --	46
3.3. Objetivo del programa de Apoyo Farmacológico -----	48
3.4. Normas de funcionamiento del programa de Apoyo Farmacológico -----	48
3.5. Elementos técnicos- operativos del programa -----	51
3.6. Datos de interés sobre de las OCS.-----	52
3.7. Promoción social -----	54
CAPITULO IV -----	55
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS -----	55
4.1. Presentación y Análisis de los Resultados -----	55
4.2. Análisis Cualitativo de la Información obtenida del Coordinador del Programa de Apoyo Farmacológico. -----	57
4.3. Resultados de los instrumentos aplicados al el Equipo de Promoción Social. 61	
4.4. Resultados de los instrumentos aplicados a las Organizaciones Comunitarias de Salud. -----	76
4.5. Resultados de los instrumentos aplicados a los Beneficiarios del Programa.--	85
CONCLUSIONES-----	97
RECOMENDACIONES-----	100
BIBLIOGRAFÍAS-----	101
Revistas -----	102
Informes técnicos y documentos legales-----	103
Sitios Web -----	105
Tesis y trabajos de Ascenso -----	106

DEDICATORIA

Al ser que ésta conmigo en todo momento y que me enseñó a tener paciencia y fortaleza frente a las adversidades. Esa mágica ausencia que es invisible ante mis ojos pero que siempre está presente en mi mente y corazón. Esa existencia que me ha demostrado que sólo cuando llegamos al fondo de las cosas podemos encontrar los matices y colores que puede tener la oscuridad, donde el único obstáculo que tenemos para triunfar somos nosotros mismos. A mi compañero de tesis **DIOS**.

A la persona más incondicional, entregada y humana que he conocido en mi corta vida. Quien me dio la dicha de ser parte de su carne y de su ser, una mujer de la que me siento orgullosa y a la que quiero más allá del entendimiento, a Esperanza **MI MADRE**.

A una personita que llegó de imprevisto a mi vida para cambiarla por completo, a ella le debo lo que soy hoy en día, pues con su llegada me hizo ser más humana, ya que comencé a conocer un mundo que antes no existía para mí, es mi inspiración y el motivo que no me deja decaer frente a los obstáculos y no existen barreras para mí mientras sepa que ella está ahí, Dubvraska **MI HIJA**.

A los seres que escoge el destino por nosotros para que compartamos nuestras vivencias, esos que siempre están allí en las buenas y en las malas. A quienes amo desinteresadamente a Glory, Elianmis y Elias **MIS HERMANOS**.

A un hombre que se cruzó en mi camino, para demostrarme que el único sentimiento que puede vencer el rencor y el odio es el amor, a él le debo tantas cosas, que no me alcanzaría la vida para pagarle, no sé que nos depare el futuro, solo sé que a su lado encontré más de lo que siempre espere en una pareja, a Javier **MI AMOR**.

AGRADECIMIENTO

El agradecimiento para mí es un sentimiento genuino que siempre vivirá en nosotros, existen personas que de forma incondicional nos brindan ayuda de una u otra forma, algunos comparten sus conocimientos y otros simplemente nos dan una palabra de aliento para continuar. Para la realización de este trabajo conté con la suerte de tener a mi lado ese apoyo tan importante. No me alcanzará una hoja para nombrarlos a todos pero hare un esfuerzo.

Al profesor Dioni Salas, por haber asumido la responsabilidad de asesorarme en tan importante etapa y brindarme desinteresadamente su conocimiento.

A la profesora Alicia, por haberme orientado en algunos detalles de mi trabajo, así como por haber aceptado validarme los instrumentos de recolección de datos.

A los funcionarios de promoción social de la comunidad de Cascajal en especial a Mayira y Moraima por el apoyo y la atención prestada.

A los miembros de la OCS quienes fueron guías clave para poder aplicar los instrumentos a los beneficiarios de igual forma por ser tan colaboradores.

A los beneficiarios del programa por haber facilitado la información necesaria para la realización de este trabajo.

A la señora Carmen quien con sus palabras y consejos me ayudo a tener confianza.

A mis amigos incondicionales que siempre tenían un palabra positiva para mi ello son: Rosneidys, Rosa, Rosbelys, Adriana, Anne, Manuel, Esther, Oswaldo, Damelis, Angélica, Ángel.

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1: Distribución porcentual según el nivel de Instrucción de los funcionarios de promoción social.-----	61
Gráfico N° 2: Distribución porcentual del tiempo en que se desempeñan en el cargo los funcionarios de promoción social. -----	62
Gráfico N° 3: Distribución Porcentual de los Materiales y Equipos utilizados en el Programa. -----	64
Gráfico N° 4: Distribución porcentual de la capacitación en el manejo de los recursos asistenciales que recibe promoción social para atender a los beneficiarios del programa -----	65
Gráfico N° 5: Distribución porcentual acerca de la capacitación recibida por promoción social en el área de prevención integral. -----	67
Gráfico N° 6: Distribución porcentual según la opinión de los promotores sociales, en relación al tipo de conocimiento que poseen sobre la Hipertensión. -----	69
Gráfico N° 7: Distribución porcentual según la opinión de los promotores sociales, en relación al tipo de conocimiento que poseen sobre la Diabetes. -----	69
Gráfico N° 8: Distribución porcentual según la opinión de los promotores sociales, en relación al tipo de conocimiento que poseen sobre la Epilepsia -----	70
Gráfico N° 9: Distribución porcentual según la opinión de los promotores sobre el espacio físico donde se realizan las actividades del programa-----	72
Gráfico N° 10: Distribución porcentual según la opinión de promoción social sobre los efectos producidos por el programa en los beneficiarios. -----	73
Gráfico N° 11: Distribución porcentual según la opinión de promoción en relación a los logros alcanzados por el programa -----	74
Gráfico N° 12: Distribución porcentual acerca del tiempo que tienen los integrantes de la OCS en esta Organización.-----	76
Gráfico N° 13: Distribución porcentual en relación a la Participación de las OCS en	

las orientaciones mensuales a los beneficiarios del programa. -----	78
Gráfico N° 14: Distribución porcentual acerca de la Participación de las OCS en la Captación de Hipertensos, Diabéticos y Epilépticos en el programa -----	79
Gráfico N° 15: Distribución porcentual acerca del tipo de apoyo que brindan las OCS a los beneficiarios del programa de Apoyo Farmacológico. -----	81
Gráfico N° 16: Distribución porcentual según la opinión de la OCS, en relación a si han recibido capacitación en Prevención de Hipertensión, Diabetes, Epilepsia y trato de estas patologías por parte de la Gerencia de Promoción para la salud y prevención de enfermedades -----	82
Gráfico N° 17: Distribución porcentual de la opinión expresada por la OCS acerca de la participación más común que tienen dentro del programa de Apoyo Farmacológico.-----	84
Gráfico N° 18: Distribución porcentual según la opinión de los beneficiarios del programa de Apoyo Farmacológico, en relación a la frecuencia con la que reciben los medicamentos. -----	85
Gráfico N° 19: Distribución porcentual según la opinión de los beneficiarios en relación a si el personal cumple con sus expectativas. -----	87
Gráfico N° 20: Distribución porcentual según la opinan de los beneficiarios en relación a si reciben orientación sobre algún tema asociado a su enfermedad. -----	88
Gráfico N° 21: Distribución porcentual según la opinión de los beneficiarios en relación a si en el programa se cumple con dictar mensualmente los talleres por parte del personal. -----	89
Gráfico N° 22: Distribución porcentual de la opinión emitida por los usuarios sobre su reacción ante una posible recaída.-----	90
Gráfico N° 23: Distribución porcentual sobre la opinión de los usuarios en relación a si se cumple el proceso de medición de la Presión Arterial-----	92
Gráfico N° 24: Distribución porcentual de la opinión expresada por los beneficiarios en relación a si reciben visitas por parte de promoción social y las OCS cuando no asisten a la entrega del medicamento.-----	93

Gráfico N° 25: Distribución porcentual de la opinión expresada por los beneficiarios en relación a los efectos que ha traído su participación en el programa Apoyo Farmacológico.-----94

Gráfico N° 26: Distribución porcentual según la opinión de los usuarios acerca de como cataloga el programa de Apoyo Farmacológico-----96



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE SUCRE
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE APOYO FARMACOLÓGICO DE LA GERENCIA DE PROMOCIÓN PARA LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DE FUNDASALUD EN LA COMUNIDAD DE CASCAJAL, PARROQUIA ALTAGRACIA DEL MUNICIPIO SUCRE, ESTADO SUCRE. AÑO 2007.

AUTORA: BITTAR YANNELYS
ASESOR ACADEMICO: DIONI SALAS

RESUMEN

La crisis económica por la que atraviesan los países de América Latina y específicamente Venezuela desde la década de los años 80, ha repercutido de manera decisiva en el nivel de la calidad de vida de la población, afectando uno de los sectores más importantes de una sociedad como lo es el de la salud, ya que en esta área se ha presentado fuertes problemas con la deficiente prestación de servicios sanitarios, así como políticas públicas y programas sociales que no han contado con la debida continuidad, seguimiento y evaluación, lo que ha contribuido al desgaste de los sistemas de salud. A través del proceso de la descentralización muchos de estos programas fueron transferidos a las gobernaciones y alcaldías lo que alivio muchos de los problemas en este sector debido a la centralización política administrativa. En el marco de estas políticas se presenta este trabajo de investigación que tiene como objetivo Evaluar el Programa de Apoyo Farmacológico de la G.P.S.P.E de FUNDASALUD en la comunidad de Cascajal, parroquia Altagracia del Municipio Sucre, Estado Sucre. El estudio se llevó a cabo bajo una metodología cuantitativa con aspectos cualitativos de tipo descriptiva con carácter evaluativo, con un universo de 58 entrevistados el cual estuvo constituido por los promotores sociales, la OCS, los beneficiarios y el coordinador del programa. Asimismo, el estudio permitió profundizar el concepto de la salud en Venezuela, las políticas sociales en salud, la descentralización en los servicios de salud y la evaluación de los programas sociales. Palabras claves: programas sociales, descentralización, evaluación

INTRODUCCIÓN

La década de los noventa se caracterizó por una redefinición de las políticas públicas, ya que estas fueron reducidas a planes específicos dirigidos a combatir a la pobreza y las desigualdades sociales; el énfasis del Estado se enmarcó en la legitimación de la estrategia de focalización, que tenía como criterio alcanzar una mayor eficiencia del gasto social y una mejor identificación de los sectores en situación de exclusión y más vulnerables, que sin duda se convertirían en los beneficiarios de los diferentes programas sociales.

El resultado de esas políticas sociales fue la generación de estructuras sociales desiguales, las cuales profundizaron las deformaciones estructurales en los niveles de atención que el Estado debía garantizar a los sectores en situación de exclusión, imposibilitándose la superación de los problemas orgánicos de la sociedad.

En relación con el sector salud estas políticas públicas se concentran en programas de subsidios directos que llegarían a los más desprotegidos y la atención se centraba en la parte sanitaria. Esta estrategia de igual forma fracaso y acentuó los problemas existentes ya que se concentró en el tratamiento de las enfermedades, y no en la solución de los factores productores de las patologías.

Sin embargo, a los efectos del análisis es importante de destacar que en la década de los años noventa del siglo pasado se presentó la experiencia histórica de la descentralización político administrativo en el país, lo que conlleva a que una parte de los programas sociales que eran ejecutados por el poder ejecutivo central fueran transferidos a las Gobernaciones y Alcaldías, iniciándose a partir de ese momento la incorporación de las comunidades organizadas de la sociedad civil como agentes

activos en esos procesos. En consecuencia, hubo esfuerzos dirigidos hacia la conformación y consolidación de diferentes redes de atención, servicios, prevención, infraestructura, con el fin de cubrir el déficit de atención que presentaba gran parte de la población.

En el marco del proceso de descentralización del sector salud, que es entendido en esta investigación como la transferencia de competencias, servicios y funciones entre distintos niveles de gobierno, se realizó este estudio ya que el “Programa de Apoyo Farmacológico” nace, por una parte como una decisión política en el marco de la descentralización Regional, y por otra parte como una propuesta de transferencia de poder a la comunidad organizada para solventar los problemas relacionados con la salud, específicamente en enfermedades como Hipertensión, Diabetes y Epilepsia.

Este programa social es aplicado por la Gerencia de Promoción para la Salud y Prevención de Enfermedades de FUNDASALUD, (G.P.S.P.E), la cual fue creada en 1996 convirtiéndose en la instancia encargada de promover la organización, participación, formación y adiestramiento de las comunidades proporcionando actividades para fomentar la calidad de vida.

El programa nace dos años después de creada la G.P.S.P.E, ello como parte de la estrategia de atención a grupos de personas que sufren las patologías antes mencionadas; en ese sentido, se tomó la decisión de activarlo en el marco de las políticas de promoción para la salud y prevención de enfermedades; este cuenta con la participación de las Organizaciones Comunitarias de Salud (OCS), concebidas como organizaciones no gubernamentales encargadas de gestionar la solución de los problemas de salud a partir de procesos educativos preventivos dirigido a la comunidad.

Es por ello que el proceso de atención de hipertensos, diabéticos y epilépticos se

incorpora como un nuevo factor dentro del bloque de poder existente en el estado Sucre, que si bien aún no es determinante, juega un papel fundamental en la legitimación de las políticas de salud que despliega el gobierno regional a través de FUNDASALUD.

En vista de lo mencionado, esta investigación estuvo orientada a evaluar el Programa de Apoyo Farmacológico. Para ello se tomaron los siguientes aspectos: el funcionamiento del programa, objetivos, recursos, efectos producidos en los usuarios, logros alcanzados, opinión de los beneficiarios sobre a la calidad de los servicios y el tipo de formación que estos por parte del programa.

Desde esta perspectiva, la investigación se inserta dentro de una metodología cuantitativa con elementos muy resaltantes de orden cualitativos, es de tipo descriptiva con carácter evaluativo cuya finalidad estuvo basada en conocer y describir el programa, opiniones de los actores sociales que llevan a cabo su ejecución, y al mismo tiempo los usuarios de dicho programa, para a partir de allí tener un conocimiento claro de los logros y metas alcanzadas en la implementación de este.

Por consiguiente, se escogió como área geográfica la ciudad de Cumaná y específicamente, a la comunidad de Cascajal, que representa una de las zonas donde se aplica el programa de Apoyo Farmacológico.

A continuación se pasara a describir la manera como se encuentra estructurado este trabajo:

- **Un primer capítulo** donde está contenida toda la información referente a la naturaleza del estudio y aspectos metodológicos de la investigación. Se inicia

explicando el problema, luego los objetivos a alcanzar a través de la elaboración de este trabajo, la justificación del mismo, continuando con la metodología bajo la cual se desarrolló el trabajo con la finalidad de conocer la naturaleza del contenido, el carácter que tiene el estudio, área geográfica, población a estudiar, técnicas de recolección de información y las fuentes utilizadas.

Además, se reflexiona sobre los planteamientos teóricos que han sido considerados como los más pertinentes para enmarcar el análisis propuesto para el desarrollo de la investigación.

En este capítulo también se plasma un análisis sobre la forma como se ha concebido: a) la salud en Venezuela; b) el Estado y las políticas públicas ante la aplicación de programas sociales en el área de salud; y c) la descentralización en los servicios de salud.

Igualmente se reflexionará sobre los planteamientos de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela con respecto a varios artículos de salud, los cuales describen el marco legal venezolano en lo que concierne a esta área y la evaluación de programas sociales como estrategia dentro del análisis de las políticas públicas.

- **El segundo capítulo** contentivo de la información de la descripción del programa Apoyo Farmacológico en lo que respecta a: datos de la Gerencia de Promoción para la Salud y Prevención de Enfermedades de FUNDASALUD, objetivos del programa, funcionamiento, organización de los beneficiarios, elementos técnicos operativos, información de las OCS y promoción social.
- **En el tercer capítulo** se presentan los resultados obtenidos de la aplicación de

los instrumentos de recolección de datos a los funcionarios de Promoción Social, las Organizaciones Comunitarias de Salud , los beneficiarios y la entrevista dirigida al Coordinador del Programa, asimismo, las conclusiones alcanzadas y las recomendación que se consideraron pertinentes de acuerdo a los datos arrojados por la evaluación, a fin de que sean utilizadas como herramientas efectivas para canalizar los logros y las fallas presentes en pro del mejoramiento y el cumplimiento de los objetivos que están establecidos.

CAPÍTULO I

NATURALEZA DEL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema

La salud constituye un elemento fundamental en una sociedad, ya que el hombre, al sentirse pleno de salud, tendrá más oportunidades que lo conduzcan al cumplimiento de sus metas; asimismo, una población en buen estado de salud será una condición necesaria para el cumplimiento de las expectativas sociales; en ese sentido la Organización Mundial de la Salud (OMS: 2003) expresa que: **“La salud no es sólo la ausencia de enfermedad, es un estado completo de bienestar físico, mental y social”**.

Por tanto, la salud no depende solamente de la ausencia de la enfermedad, sino también de factores que se encuentran en la realidad societal donde ella esta, debido a que el individuo es una unidad bio-psico-social. Por ende, el concepto de la salud tiene un amplio sentido, puesto que una población está condicionada por el ambiente donde se desenvuelve, ya que el ser humano no se encuentra aislado, sino que es un ser social y todo tiene influencia sobre su estado de salud.

De allí que la salud y la enfermedad estén estrechamente relacionadas, pues representan dos fases del proceso vital, condicionadas por determinantes sociales, económicas, políticas y culturales que hacen de las enfermedades y su tratamiento un componente de la diferenciación social.

En relación con lo mencionado (Briceño, 2005:17) señala que:

Las enfermedades son el espejo doloroso de la sociedad. La máxima que dice “Dime de que te enfermas y te diré en cual sociedad vives”, es cada día más verdadera. La salud y las enfermedades nos muestran las sociedades sus avances y sus debilidades (sic).

Es por ello, que las enfermedades se consideran la expresión de un desequilibrio básico en la adaptación del hombre a las múltiples tensiones físicas y emocionales dentro de su entorno social y, en cierto sentido, son una expresión de inestabilidad de una población.

Por esta razón la salud es un factor importante para determinar el grado de bienestar de un pueblo, por cuanto las condiciones individuales y colectivas de los habitantes de una sociedad dependen de la manera como desarrolla su equilibrio vital. Por ende, la salud es entendida como una necesidad fundamental de los individuos; su funcionamiento eficaz permite en el hombre desarrollar su rol social (OMS, 2003).

La salud se manifiesta, en términos generales como bienestar de una sociedad, debido a que el disfrute de la misma sería un logro social. El bienestar depende de la acción política de los gobierno porque, como entes responsables de la estructuración y ejecución de las políticas en salud, están en el deber de ofrecer los servicios sociales y/o sistema sanitario para elevar la calidad de vida de los ciudadanos.

De allí que el acceso a los servicios gratuitos de la salud es un componente central de los derechos económicos y sociales, pues en la medida en que el Estado pueda garantizar a todos sus miembros la atención pertinente ante las vicisitudes en materia

de salud, se avanza en la materialización efectiva de estos derechos y en su exigibilidad. Con ello se fortalece en la ciudadanía el sentimiento de protección y pertenencia a la comunidad (Comisión Económica Para América Latina y el Caribe, 2006: 78).

Por consiguiente, la salud es un tema multidimensional que requiere de intervenciones intersectoriales, integradas en estrategias amplias de desarrollo que permitan, en consecuencia, mejorar la calidad de vida de los ciudadanos.

Sin embargo, las políticas erradas en salud inciden de manera negativa en un país; en el caso de Venezuela, entre de los años 90-92 del siglo pasado las políticas de ajuste implantadas por el gobierno contribuyeron a agravar la crisis del sector. En realidad, expresaron un retroceso en las políticas sociales instrumentadas en décadas anteriores, ya que se restringió el carácter universalista de la política social. (D' Elia, 2002: 11).

Las consecuencias no se hicieron esperar: Se asistió a un deterioro del desempeño institucional, financiero y valorativo de lo público; la disminución del gasto social, producto de los ajustes macroeconómicos cuyo formato eran consecuencia de las “recomendaciones” del Fondo Monetario internacional (FMI) estos convenios generaron la atomización y fragmentación marcada de la sociedad, así como el derrumbe de las debilitadas capacidades de respuesta de las políticas públicas.

Los efectos se reflejaron en las tendencias negativas de los indicadores de salud; para estos años los indicadores presentaban cifras alarmantes que se manifestaban en la tasa de mortalidad infantil neonatal, ubicada en un 13,6%, y las postnatal que para el año 1991 asilaban a 11,4%; las muertes por enfermedades del corazón presentaban una tasa del 80,5%, siendo para 1992 la principal causa de muerte del país, seguida de cáncer que presentaba una tasa de 53,7%, asimismo, las enfermedades infecciosas

para el año 1992 permanecían con una tasa de 30,7% (INE: 1990-1993).

De igual forma, se hacían sentir los innumerables problemas de falta de eficiencia, eficacia, cobertura, accesibilidad y legitimidad que han confrontado las instituciones que prestan los servicios de salud.

La débil infraestructuras hospitalarias y el manejo ineficiente de estas han sido causas de malestar social, pues las instituciones que existían presentaban un notable deterioro y no podían cubrir toda la demanda de la población que acudían a sus instalaciones; a esto se sumaba la poca dotación de material médico y quirúrgicos para responder a las emergencias, déficit de personal especializado, equipos obsoletos, personal técnico con deficiencias, entre otros. (Pérez y Suárez, 2006: 43).

Esto se evidenció en el desmejoramiento de la atención, calidad y cobertura de los servicios médico asistenciales, donde se destaca la disminución del acceso a los servicios de atención médica, debido a la carencia de los materiales médico-quirúrgicos y de suministro oportuno y regular de los mismos, ello incide en las condiciones inadecuadas de la red de servicios.

Estas fallas han estado relacionadas con la forma y manera como se han formulado e implantado las políticas, programas asistenciales y sociales que, en la generalidad de los casos, no han tomado en cuenta las necesidades particulares en materia de salud, saneamiento ambiental y control de los factores de riesgo asociados. (Pérez y Suárez, 2006: 51).

En tal sentido los programas sociales en el sector salud se han implementado para resolver, en parte, las distintas problemáticas, pero numerosas veces no se han aplicado los mecanismos correctos de seguimiento y evaluación de los mismos, lo que ha permitido que muchos estos fracasen y no cumplan con las metas establecidas

para mejorar la calidad de vida de las personas.

En relación con las fallas que se han presentado en las políticas aplicadas (Mago, 2002:34) plantea que:

La praxis revela que en Venezuela uno de los problemas existentes en el proceso de formulación de políticas sociales y de otra índole, es la ausencia de evaluaciones, procesos y controles de procesos, lo que impide regular o corregir deficiencias en proyectos y programas implementados, incidiendo en su funcionamiento.

De allí que el deterioro progresivo de la salud se ha intentado combatir con políticas sociales que den respuestas y logren la eficacia, eficiencia y efectividad en este sector, y pongan en marcha un nuevo modelo de desarrollo en el sistema de salud que sea más democrático.

Enmarcados en este ideal, se consagró en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999: 68) en su Artículo 83 que: **“la salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida”**..() .Con este propósito, en el Artículo 84 se ordena la creación de un sistema público nacional de salud **“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...”**.

De esta manera, el antiguo MSAS planteó la aplicación de un modelo de atención integral a la población y la creación de un sistema público nacional de salud. Al mismo tiempo que se buscaba trascender la parte médica de la salud, orientando las acciones en el ámbito nacional hacia la profundización de la participación como una relación corresponsable entre el Estado y la sociedad, es decir, se plantea a la

comunidad como un socio. Esto implica el criterio de horizontalidad en tanto que comunidad y gobierno cuenta con recursos propios, ambos necesarios para el alcance de objetivos, donde uno y otro agente deben, en forma responsable, asegurarse de lograr la transferencia mutua de dichos recursos sin que ello genere relaciones jerárquicas entre ambos.

Este proceso se inicia con la reforma y modernización del Estado, con el objeto de implementar nuevas formas de organización y gestión de la administración pública para la superación de la crisis en el país en las áreas de vivienda, educación y salud, destacando el proceso de descentralización, ya que buena parte de los problemas del sector (salud) se ha relacionado con el modelo de gestión centralizado.

Debido a esto, a partir del año 2002 el gobierno nacional, para contrarrestar esta problemática, generó innovaciones en los programas sociales poniendo en funcionamiento las llamadas *Misiones*, las cuales constituyen estructuras paralelas a los Ministerios. La Misión “Barrio Adentro” surge en el año 2003 como respuesta a los problemas de salud y con un claro nivel de autonomía con respecto al Ministerio de Salud. Ella tiene entre sus ejes principales el de consolidar la atención primaria como prioridad de la política nacional de salud, en el marco de los principios de universalidad, equidad, gratuidad, gestión participativa y corresponsabilidad social, con el fin de lograr el acceso a los servicios sanitarios de la población excluida.

Según el Instituto Nacional de Estadística en noviembre del 2005 la Misión contaba con más de 28.000 profesionales, con un promedio de más de 17 consultas médicas por día y un total acumulado de más de 150 millones de consultas en el área médica.

Esta estrategia ha presentado resultados parciales y no es suficiente para solventar la gran problemática en el sistema de salud.

En relación a las debilidades en las políticas sociales del país (Maingon, 2004:65) expresa:

La política social actual muestra fallas en cuanto a la capacidad institucional diseñada para su ejecución administrativa y al logro de una articulación integral con el conjunto de las políticas públicas, por lo que presenta dificultades caracterizadas por la ineficiencia y la ineficacia en ofrecer respuestas a las diferentes demandas sociales de grandes sectores de la población.

Esto se evidencia en la permanencia de las dificultades; en la actualidad están presentes tres tipos de problemas en el país relacionados a esta área:

- 1) **Enfermedades y muertes asociadas con la pobreza:** En este grupo se encuentra el conjunto de causas de enfermedad y muerte en las cuales la pobreza es un factor condicionante y muchas veces desencadenante. Este es el caso de la tasa de mortalidad infantil donde se ha experimentado un aumento de 5% entre los años 2001 y 2003, colocándose en 18,49% las muertes infantiles por cada 1000 nacidos vivos. Esta última cifra es la más alta desde 1999. En números absolutos en el año 2003 ocurrieron 1.327 muertes infantiles. En el caso de la tasa de mortalidad postneonatal el aumento entre 2001 y 2003 alcanzó un 16% (de 6,25 muertes por 1000 nacidos vivos registrados a 7,26). (MSDS, anuario de mortalidad 2003).
- 2) **Las Enfermedades endémicas:** Incluye el grupo de enfermedades vinculadas con la presencia de vectores específicos (tal es el caso de la malaria o el dengue) o factores climáticos (parasitosis intestinales, por ejemplo). Algunas de estas enfermedades se encuentran en fase epidémica, como es el caso de la malaria con 20.003 casos hasta la semana 17 del año 2005 (5), lo cual significa un aumento de 41% con respecto al período equivalente del año 2004. Persiste la importancia como problema de salud pública del dengue. (MSDS, boletín de epidemiología 2005).

3) **Las Enfermedades crónicas:** Este grupo representa más del 80% de las causas de mortalidad del país. Estas enfermedades requerirán cuidados por largos períodos de tiempo. En 2003 las enfermedades cardiovasculares y el cáncer representaron respectivamente el 21,3% y 15% de las causas de mortalidad reportada. La diabetes representó para ese mismo año la sexta causa de mortalidad. (OPS, 2005)

Si hacemos una comparación entre las cifras expuestas en los años 90 y las actuales, podremos afirmar que todavía existen muchas deficiencias en las políticas aplicadas por el gobierno para contrarrestar la problemática presente en el sector salud, ya que los indicadores de salud son el reflejo de la situación en la que se encuentra la sociedad venezolana.

El estado Sucre no escapa de esta realidad; por ende, el gobierno regional creó una serie de programas sociales para solventar los estragos de esta situación, esto con la finalidad de dar respuesta a las constantes demandas de la población, uno de ellos es el Programa de Apoyo Farmacológico de FUNDASALUD que se ejecuta a través de la Gerencia de Promoción para la Salud y Prevención de Enfermedades, el cual le facilita a los pacientes que sufren de Hipertensión, Diabetes y Epilepsia los medicamentos de forma gratuita cada mes, la entrega de los mismo viene acompañada de un taller educativo sobre temas relacionados a estas enfermedades, con el fin de que los usuarios pueda utilizar la información en su beneficio y poder mejorar su estilo de vida.

El proceso de orientación e información que se despliega tiene como uno de sus objetivos principales formar a los usuarios o beneficiarios del programa, como iniciativa que busca impulsar su fortalecimiento personal y social, utilizándose como principal estrategia metodológica la de capacitar y desarrollar estrategias y buenos hábitos individuales en los pacientes, que los conduzcan al conocimiento total de su

enfermedad y contribuya a reducir los efectos negativos que implican padecerla; esta noción de capacitación se encuentra vinculada a la educación sanitaria.

Este programa, se fundó como resultado de la descentralización en el Estado, y que se despliega como respuesta política en el área de la salud pública a nivel regional (FUNDASALUD, 2006).

Por tanto, el programa de Apoyo Farmacológico forma parte de la estrategia de atención a grupos de personas que sufren estas patologías que se seleccionaron, debido que presentan una alta incidencia en nuestro país, como lo demuestran los datos mencionados. En el Estado Sucre estas enfermedades están vinculadas, de forma directa e indirecta a las 5 primeras de causas de muerte en la región por ser crónicas degenerativas.

Este programa intenta dar respuestas a las personas más vulnerables que no cuentan con recursos económicos para costearse estos tratamientos. Los cuales deben ser suministrados de por vida. El proceso de apoyo farmacológico, se maneja teniendo como prerrequisito la existencia de organizaciones de base; en este programa participan, como lo mencionamos anteriormente las Organizaciones Comunitarias de Salud (OCS) que se definen según (FUNDASALUD, 2006) como:

Organizaciones no gubernamentales, sin fines de lucro, encargadas de gestionar la solución de los problemas relacionados con la calidad de vida y la salud, sustentándose en un proceso educativo – preventivo dirigido a la comunidad de su área de influencia.

Esta corresponsabilidad debiese, por un lado, posibilitar oportunidades para aumentar las capacidades de desarrollo de la organización social y, por otro lado,

ampliar la cobertura, calidad y eficiencia en la prestación de los servicios.

Según Epidemiología Regional del Estado Sucre (2007) en la última década han fallecido en el Estado 5740 personas por Hipertensión, 1811 por Diabetes y 79 por causa de Epilepsia; estas enfermedades han presentado un aumento progresivo en los últimos años, lo que generó algunas interrogantes a investigar sobre el programa. Por esta razón, la investigación se centro en evaluar la eficacia y los resultados del programa de apoyo farmacológico en la ciudad de Cumaná específicamente en la comunidad de Cascajal para el año 2007. Por lo antes expuesto la evaluación representa un método eficaz para determinar la eficiencia y efectividad de un programa social. Para aproximarnos a esta realidad se formularon las siguientes interrogantes: ¿Cuáles son los efectos producidos por el programa en los usuarios? ¿Cuenta el programa con los recursos suficientes para funcionar? Cuáles son los logros obtenidos por el programa? El tipo de formación que reciben los beneficiarios es el más acertado? ¿Cuál es la opinión que tienen los usuarios acerca del programa?

1.2. Objetivos de la Investigación

1.2.1 Objetivo general

Evaluar la efectividad y los resultados del Programa de Apoyo Farmacológico de la Gerencia de Promoción para la Salud y Prevención de Enfermedades de FUNDASALUD en la comunidad de Cascajal, parroquia Altagracia del Municipio Sucre, Estado Sucre. Año 2007

1.2.2 Objetivos Específicos

- Describir los recursos con que cuenta el Programa de Apoyo Farmacológico.

- Indagar los efectos producidos por el Programa en los usuarios.
- Establecer los logros alcanzados por el Programa.
- Conocer la opinión de los beneficiarios sobre la calidad de los servicios del programa.
- Determinar el tipo de formación que reciben los usuarios por parte del programa

1.3. Justificación

La presente investigación tiene relevancia debido a que es un estudio novedoso, pues no se encontraron trabajos realizados en la carrera de Sociología sobre evaluación de programas sociales que se desarrollen en el área de la Salud; aunado a esto, la experiencia de Apoyo Farmacológico es única a nivel nacional.

Por tanto, este estudio evaluativo será un aporte valioso y positivo para la G.P.S.P.E, ya que los resultados pueden ser un aporte a la optimización y corrección de las fallas o errores del mismo.

De igual forma, puede contribuir a implementar una nueva visión sobre el abordaje de la investigación de un programa social en el área de Salud; en tal sentido, puede ser un aporte teórico y metodológico para futuras investigaciones destinadas a evaluar programas desplegados en FUNDASALUD.

Se espera que este análisis sea útil como marco de referencia para estudios futuros sobre la evaluación, inspirado en la convicción de que éstas políticas sociales, operacionalizadas en programas, no pueden seguir siendo vistas como gastos generosos de los gobiernos, sino como métodos de inversión social en el desarrollo

positivo de la Salud, el bienestar y la calidad de vida de la población venezolana.

Por otro lado, esta investigación es importante porque se están agregando elementos que se consideran pocas veces abordados en el estudio de programas sociales, como lo es identificar la participación de la sociedad civil organizada en la ejecución y control de los programas, su vinculación con los organismos regionales como la GPSPE, y por ende su influencia en los resultados arrojados.

1.4. Metodología

1.4.1. Nivel o Tipo de Investigación

La investigación se realizó de manera descriptiva-evaluativa; la descripción permitió valorar y caracterizar diferentes aspectos del programa, y se reseñó de forma organizada y secuencial el funcionamiento del mismo; el carácter evaluativo permitió conocer los resultados obtenidos por el programa de apoyo farmacológico en su ejecución, con el propósito de establecer hasta qué punto ha logrado cumplir los objetivos trazados.

1.4.2. Diseño de Investigación

Es una investigación de campo, por cuanto la mayor parte de la información que se utilizó fue extraída de los datos recabados de la realidad objeto de estudio.

1.4.3. Universo Población y Muestra

Población

El total del universo objeto de estudio estuvo constituido por 58 entrevistados que

se distribuyeron de la siguiente manera: 9 integrantes de la OCS de la comunidad de Cascajal; el total del equipo operativo de promoción social que labora en esta comunidad, que está comprendido por 6 integrantes, el coordinador del programa y los beneficiarios que están constituidos por 110 usuarios, de los cuales se extrajo una muestra representativa.

Muestra

Se procedió a trabajar con 3 tipos de población:

- Los Funcionarios de promoción social y el coordinador del programa adscritos a la GPSPE.
- La Organización Comunitaria de Salud.
- Los Beneficiarios del programa.

Para la determinación de la muestra de los beneficiarios, se utilizó la técnica de muestreo aleatorio simple, que arrojó como resultado 42 usuarios a estudiar.

1.4.4. Técnicas e Instrumentos Para la Recolección de Datos

- **Entrevistas Estructuradas:** se realizó una serie de preguntas, de manera articulada y específica, que permitió obtener la información sobre el programa de apoyo farmacológico; se entrevistaron informantes claves como: el equipo operativo de promoción social, integrantes de la organización comunitaria de salud. El instrumento que se implementó fue el cuestionario.
- **Entrevista no Estructurada:** se le aplicó al coordinador del programa una entrevista no estructurada, con la finalidad de complementar la información

pertinente a la investigación.

1.4.5. Fuentes Para la Recolección de Datos

Primarias: Se utilizó fuentes primarias provenientes de la población objeto de estudio.

Secundarias: estuvo conformada por materiales de tipo documental, bibliográfico, específicamente libros, tesis, internet, folletos, etc.; con el propósito complementar la información relacionada con el tópico a estudiar, los cuales facilitaron el análisis y la recolección de los datos

Área de Estudio

Fue la comunidad de Cascajal, Parroquia Altagracia del Municipio Sucre, Estado Sucre.

1.4.6. Análisis y Procesamientos de Datos

Los análisis están presentados en gráficos de distribución porcentual, para la tabulación de los datos se utilizó el programa SPSS 13.0, este programa informático permitió a la investigadora procesar los datos cuantitativos de una forma más confiable y segura; debido a que es uno de los programas más utilizados en Ciencias Sociales. Una vez vaciados todos los cuestionarios, se obtuvo una tabla general de los resultados con todos los ítems y respuestas aportadas en términos de frecuencias absolutas y porcentuales, permitiendo a su vez la construcción de los gráficos, que posteriormente fueron analizados e interpretados.

1.4.7. Validación del Instrumento

El instrumento utilizado se sometió a una revisión exhaustiva y sistemática por

parte de un profesional del área. Este fue revisado por la profesora Alicia Latouche Trabajadora Social, MsC. Investigación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.1. Antecedentes:

En la revisión preliminar hecha a estudios relacionados con este trabajo, se encontraron una diversidad de investigaciones evaluativas de programas sociales, pero ninguno se enfocaba hacia las evaluaciones de programas en el área de salud; sin embargo, los estudios presentados a continuación fueron de utilidad porque el enfoque metodológico y los elementos que estos contienen constituyen un sustento para este estudio, ya que toman como referencia la opinión de los beneficiarios, del personal y otros factores de interés.

2.1.1. Internacional:

Liliana Raggio, (1997). Presentó su trabajo de investigación donde se planteó como objetivo principal: Abordar el tema de la evaluación de programas desde una perspectiva que incorpora las percepciones que tienen los “beneficiarios”, acerca de los programas cuyas prestaciones reciben y problematizan, a partir de esas percepciones. Concluyendo de la siguiente manera:

A través de la incorporación de las percepciones los beneficiarios en la evaluación de los programas se puede advertir, que las necesidades que ellos están expresando, no son de modo alguno sólo materiales. En algunos casos, su satisfacción aparece como efecto no previsto de la implementación del programa y en otros, en cambio como demanda insatisfecha.

2.1.2. Locales

Grabini, (2000). los objetivos de su investigación fueron indagar la opinión del personal respecto a la ejecución del programa, así como evaluar el nivel de información que tiene el personal sobre la implementación de los programas de bienestar social ejecutados por la División de Desarrollo Social del Ministerio de Relaciones Exteriores; entre algunas de las conclusiones se señalan:

Que el personal en gran medida conocía los programas; a su vez, se refleja un regular nivel de satisfacción; es un personal muy crítico, participativo, el cual se interesa por procurar el mejoramiento de los programas.

La división de Desarrollo debe informar, elaborar, modificar ampliar y mejorar la política de bienestar social y económico; también se debe estimular motivar a los trabajadores, brindándoles a todos los mismos derechos, teniendo como énfasis las satisfacciones humanas.

Acuña y Cedeño, (2006). Su investigación tuvo como objetivo: Evaluar la gestión de FUNSASOES en el programa de alimentación escolar (PAE) entre las conclusiones de su se señalo lo siguiente:

El programa careció de un diagnóstico integral previo para formular los objetivos de manera precisa, para así poderlos adaptar a la realidad y, de igual manera, obtener elementos para la acción de ejecución y gestión, ya que el diagnóstico es un elemento que no puede subestimarse dentro de la planificación.

El diagnóstico presentado por FUNDESOES sobre el programa es insuficiente e incompleto para poder realizar una planificación lógica y racional planteada, que en algún sentido permita una gestión eficiente y la obtención de resultados

cuantificables, medibles y evaluables y, siendo más ambiciosos, para saber el impacto del programa en el Estado.

En torno a la gestión de los recursos, hay serios problemas de rendición de cuentas de la Asociación Civil FUNDESOES, acarreado estos retrasos importantes y evidenciando una marcada ineficiencia en la gestión de las asociaciones civiles; esto afecta a los beneficiarios de forma directa, porque mientras no se haga la rendición de cuentas la escuela no percibe otro aporte para la ejecución del programa.

2.2. Fundamentos teóricos

2.2.1. Salud en Venezuela

La salud en Venezuela se concibe como expresión individual y colectiva que busca el bienestar de la sociedad y pretende mejorar la calidad de vida de la población; esta comprende un conjunto de condiciones biológicas, psicológicas, sociales y culturales, que está condicionado por determinantes económicas, políticas, sociales y culturales (Ministerio de Salud y Desarrollo Social , 2003: 38).

De esta manera, aparece la salud como una red de relaciones donde convergen variables como saneamiento, vivienda, alimentación, transporte, renta, empleo, seguridad ciudadana, entre otras, las cuales son necesidades esenciales para los seres humanos y, por lo tanto, son vitales para la realización de la vida en cada una de sus etapas (De Negri y otros , 2002).

En coherencia con lo anteriormente mencionado, en el proyecto de Ley Orgánica de Salud (2001), la salud se define como:

El estado de completo bienestar físico, social y mental, y no sólo la

ausencia de enfermedad o invalidez, que le permita a las personas ejercer a plenitud sus capacidades potenciales a lo largo de cada etapa de la vida; es el resultado de condiciones biológicas, materiales, psicológicas, sociales, culturales y de la organización y funcionamiento del sistema de salud; se manifiesta como expresión individual y colectiva de calidad de vida y bienestar, y se alcanza a través del esfuerzo. Colectivo, intersectorial y participativo de todos y todas. (Sic)

Bajo esta connotación, se observa: a) en primer lugar, la concepción globalizante de la salud, a partir de un enfoque totalizante del hombre como unidad biológica, psicológica y social; asimismo, se hace alusión a la cultura, ya que valores y costumbres determinan de forma explícita o implícita los aspectos de salud y la enfermedad; y b) en segundo lugar, existe una vinculación de la noción salud con la de bienestar; en este supuesto la salud es causa, factor y resultado al mismo tiempo del desarrollo socio-económico de los pueblos.

De acuerdo al criterio de la Organización Mundial de la Salud, alcanzar la salud y salvaguardarla constituye una situación de permanente lucha por mantener la vida y resarcir necesidades relacionadas con la naturaleza, física, mental y social del ser humano, que conlleva a hacer hincapié, en el hecho de que la salud está condicionada por causas específicas y múltiples, como sucede con la enfermedad (OMS, 2003).

Es por ello que en el proyecto de Ley Orgánica de Salud, la salud se pretende alcanzar a través del esfuerzo colectivo, intersectorial y participativo de todos y todas, orientado hacia la conquista y defensa de oportunidades equitativas, materiales y sociales, de vida, para mejorar el bienestar social toda la población.

Sin duda que el concepto de salud en el país, visto desde esta perspectiva integral, trasciende el modelo biomédico centrado en el individuo y su enfermedad, y parte de

que las condiciones de vida y, por ende, la pobreza y los estilos de vida, son factores determinantes en el proceso salud-enfermedad. Es por ello que esto plantea un nuevo reto para las políticas públicas y exige un cambio en sus concepciones y prácticas. Se plantea que las mismas deben estar formuladas en función del interés colectivo, con perspectivas de largo alcance y ejercidas en forma democrática, plural y con justicia. (MINCI, 2006).

2.2.2. Estado y políticas públicas

El Estado asume la responsabilidad de actuar frente a los hechos y fenómenos que causan los problemas sociales. En este sentido, el cumplimiento de su función debe abocarse a orientar a la sociedad; de esta manera entre las funciones del Estado según (Méndez: 1992). Esta:

... la intervención a través de las políticas públicas, entendidas como aquellas acciones instrumentadas por el Estado en un conjunto de decisiones programáticas, legislativas adoptadas por el Estado para mejorar las condiciones de vida de la población y promover el desarrollo y bienestar de los individuos y sociedad globalmente considerada.

Es por ello que toda política pública es circunstancial a un modelo estatal específico, donde convergen; las necesidades y aspiraciones de la sociedad que anhela un bienestar general; es decir, el fin de la política pública es el bienestar social; este se mide por el grado en que los pobladores satisfacen sus necesidades.

En tal sentido, el estado del bienestar se interpreta como una forma concreta e histórica de intervención económica del Estado, que apareció en la economía capitalista tras la segunda guerra mundial.

De acuerdo a (Mishra, *cit.* por Ochando, 2002: 56) una aproximación del concepto sería:

Un sistema social desarrollado en las democracias capitalista industrializadas como Gran Bretaña, después de la segunda guerra mundial y que permaneció más o menos intacto hasta mediados de los años setenta).

Es por ello que el estado de bienestar, tal como lo plantea esta autora, es uno de los fundamentos de la civilización europea que se ha proyectado en el mundo, puesto que ha denotado la forma de intervención legítima del Estado como protector y garante de la vida social; asimismo, para numerosos teóricos de la política social, esta tesis ha contribuido a defender, consolidar y extender los derechos de la ciudadanía, teniendo como principal garante a el estado del bienestar (Ochando, 2002: 67).

Cabe considerar, por otra parte, la conceptualización del estado de Bienestar según (Rosas y Fernández, 1984: 28).que lo conciben como:

..Aquel que satisface las necesidades primordiales de la sociedad a través de sus medidas sociales y cuya idea consiste en llegar a la sociedad de bienestar, en la que todos los grupos sociales encontrarían plenamente satisfechas todas sus necesidades primordiales.

De allí que, el estado de bienestar se concebirá en esta investigación como un proceso en cual el Estado es el garante del orden público y será la figura y el encargado de crear, conservar y materializar los derechos para satisfacer las demandas y necesidades de sus habitantes y así lograr el bienestar general a través de

la justicia, educación, salud, seguridad social, de esta forma alcanzar el desarrollo integral de la sociedad.

De igual modo, se le atribuye al Estado, entre una de sus principales funciones la intervención a través de las políticas públicas, las cuales tienen la finalidad de solventar o aminorar los problemas que se presentan en una sociedad y dar soluciones a aquellos que por su naturaleza la población, por sí sola, no puede resolver.

Por tanto, las políticas públicas se instrumentan a través de políticas sociales que, a su vez, se operacionalizan en programas, proyectos y normativas. Por ello, es importante acotar que las políticas sociales **“se refieren mucho más claramente a un determinado proyecto de sociedad y las segundas poseen más bien un carácter instrumentalizador del futuro trazado para la colectividad”**. (Maingón, 1992: 85).

Es por ello que la política está relacionada con el Estado, pues a través de su práctica se inician las distintas gestiones de resolución de los conflictos colectivos para crear coherencia social. Se puede afirmar que las políticas sociales constituyen una determinada oferta de desarrollo económico - humano y, por añadidura, determinarán la percepción que se tenga de la atención a componentes sociales como la salud; es por ello que: **“La política de salud es parte integrante de la política social y está a su vez debe integrarse a los objetivos generales de la política económica”**. (Estrada, 2006: 58).

En Venezuela, las políticas de salud pública integran las políticas sociales del Estado; por esta razón las políticas de salud según (Méndez, 1992:156) se definen como: **“El conjunto de desiciones del Estado orientadas a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud.”**

De allí que para el año 1992 el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social estableció como política del sector, la siguiente:

Optimizar el estado físico, mental y social de la población; entre algunos de los lineamientos generales estuvo:

- La Descentralización administrativa con centralización normativa.
- La Integración de todos los subsectores de salud en un ente único.
- La Reorganización del sector de atención primaria de salud.
- El énfasis en los programas de promoción y prevención de salud (MSAS, 1992:17).

Por su parte, el IX Plan de la Nación para el año (1995), considerado como expresión de una voluntad de Estado y plan de gobierno y, por tanto, definición de una estrategia en materia de salud, traza una serie de lineamientos. Entre ellos está la estrategia en el campo de la salud que se define como “el mejoramiento de la salud”, la cual se fundamenta en el siguiente postulado: la salud es un proceso que está determinado por las condiciones de vida y trabajo de la población y por el acceso y calidad de los servicios que se les ofrecen; para hacer este postulado posible la política de salud se enfoca hacia la recuperación del papel del Estado, así como del derecho a la salud de la población, De igual forma, se plantea recuperar el liderazgo del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social como organismo rector de la salud en el país; además , se pretende mejorar la eficiencia y eficacia de los servicios de salud (Oficina de Coordinación y Planificación 1995:36).

Si hacemos una comparación entre las políticas en materia de salud expuestas en el año 1992 por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, y las de 1995 expresada

en el Plan de la Nación, encontraremos que ambas son concordantes; por consiguiente, estamos ante una situación de continuidad administrativa y esto obedece, entre otras razones, a la coincidencia diagnóstica del sector ya que después de los logros alcanzados en el campo de la salud (1936-1960) se inicia un proceso de deterioro que se mantiene hasta nuestros días.

Es por ello que en las políticas públicas en el sector salud, se pretendió concentrar los recursos del Estado en programas de subsidio directo que llegarían a las poblaciones desprotegidas, siguiendo maniobras políticas basadas en la reducción del gasto público y el crecimiento del gasto privado en la atención de demandas sanitarias. El resultado de este proceso se refleja en altos índices de exclusión social y en una atención de baja calidad (González, 1996).

Existe un deterioro en las actividades preventivas de la salud, observándose un incremento en enfermedades transmisibles y prevenibles, como la tuberculosis, malaria, dengue, así también se observa una disminución en las actividades de consulta y seguimientos de casos, evidenciándose una pérdida en la capacidad de respuesta por parte del Estado, hasta estos momentos obligando a dar respuestas, con programas o acciones compensatorias, coyunturales que no logran frenar el deterioro en la salud. (OMS: 1996).

Aunado a esto, en el país sólo existía una cantidad de mecanismos y servicios públicos y privados que se manejaban de manera aislada y según sus propios procedimientos. De allí que (MSAS: 1992) expresa que:

El sistema de servicios de salud se caracteriza por una organización fragmentada y un funcionamiento muy complejo,

integrado por los subsectores público y privado y conformado por múltiples actores que cumplen las funciones de regulación, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios: Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.

Si bien es cierto este modelo de gestión privilegiaba la atención hospitalaria y curativa, ya que el escaso presupuesto asignado para el sector salud se concentra en grandes hospitales con equipos muy sofisticados, al mismo tiempo que buena parte de la población no tiene acceso a esta. (González, 1996: 26).

Dentro de este orden de ideas, a partir de 1999 la Constitución de la República Bolivariana presenta entre sus principios fundamentales la construcción de una sociedad democrática, participativa y protagónica; es por esto que las políticas sociales actuales obedecen a un modelo equitativo, democrático y universal, que no se desliga de sus postulados de igualdad de derechos, pero sí cambia su centro de atención sobre la promoción del crecimiento económico como principal mecanismo de bienestar y de integración social(Constitución de la República Bolivariano de Venezuela ,1999).

De allí pues, se pretende ubicar a la política social del país dentro de una lógica integrada y coherente de la acción humana, donde tomen forma los intereses o necesidades concretas de los integrantes de la sociedad.

Es por ello que las políticas sociales en el área de salud en la actualidad presentan un enfoque social que concibe a la salud como un derecho humano fundamental y universal.

Cabe considerar que este proceso de redimensionamiento del sector salud se constituye sobre la base de un modelo de desarrollo que se orienta, hacia la

universalización de los derechos sociales, un nuevo orden de justicia social fundamentada en la equidad, el rescate del servicio público, el poder ciudadano y la corresponsabilidad (MSDS, 2003). Esto se refleja en la articulación lógica que va desde el cambio en la concepción de la salud hasta una nueva vinculación Estado-sociedad civil, pasando por una revalorización de la extensa variedad de decisiones, programas, estrategias y demás actividades del Estado, respecto a la salud, en los diferentes niveles de gobierno.

Bajo este contexto, se contempla una reforma bidireccional donde se concibe elevar el desempeño del aparato público; asimismo, se plantea una nueva visión ante la pérdida de legitimidad de las instituciones tradicionales, consideradas poco efectivas e inoperantes en cuanto a las capacidades de gestión y a la alta ineficiencia que han mostrado en la ejecución de los distintos programas (MSDS, 2003).

En este orden de ideas, en los lineamientos del Plan de Desarrollo Económico y Social de la Nación en el área de salud (PDESDN) 2001- 2007 se plantean lo siguiente:

Primero:

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 pública nacional. Este objetivo implica que el derecho a la salud se garantiza en forma corresponsable entre el estado la sociedad civil y la familia debido a que es un bien de interés público, donde lo público no es exclusivo del estado y donde se incorpora el sector privado bajo el concepto de la salud como un derecho a la vida. Esta forma corresponsable equivale también para la asociación entre los diferentes niveles del gobierno (nacional, estatal y municipal), entre los poderes públicos y entre el estado y las organizaciones comunitarias en las condiciones de la vida de la población.

Debe señalarse que bajo este enfoque se muestra una política social de salud inclusiva, donde los problemas de salud son de interés colectivo y se persigue la plena satisfacción de las necesidades sanitarias en todos sus sentidos; es decir, no se busca combatir las enfermedades sino que se pretende trascender hacia el bienestar general de la población. Esta concepción es globalizante, se asumen los diferentes procesos sociales de los sectores encargados de la salud, bien sea por parte del Estado, instituciones privadas, o diferentes grupos sociales, con la intención de modificar las condiciones de vida de la sociedad.

Segundo:

Promover la salud privilegiando la calidad de vida y la superación de inequidades. La promoción de la salud es entendida como la creación de oportunidades para generar condiciones de vida óptimas. Esto supera el concepto tradicional de la promoción, dirige su atención hacia la intervención de la determinante, a fin de configurar las soluciones posibles.

Por consiguiente, la calidad de vida bajo estos lineamientos pasa a ser un eje político integrador de esta nueva direccionalidad como derecho humano y social inseparable de la vida; en consecuencia, un bien de relevancia pública y un espacio de articulación intersectorial, basado en la corresponsabilidad de los sectores públicos.

En este nuevo enfoque, en el cual se enmarca la visión de la sociedad venezolana, se materializa la gestión y atención orientadas a responder a las necesidades sociales de todos los individuos y el colectivo en sus expresiones diferenciales de calidad de vida, formas de producción, reproducción económica y social, todo esto para lograr la universalidad de oportunidades y mejorar las condiciones de calidad de vida, como requisito fundamental para alcanzar la justicia.

De este modo, cuando el concepto de salud adquiere un valor para cada individuo,

se le llama calidad de vida; esta es considerada como un macro indicador o indicador integral que registra tanto los aspectos cuantitativos como cualitativos de vida de una población determinada y comprende según (Mendez, 1992:19):

.... tanto las condiciones, materiales que producen bienestar (satisfactores de necesidades biológicas de las poblaciones), como las poblaciones inmateriales (satisfacciones de necesidades sociales y espirituales de la población).

De igual forma, se hace énfasis en la promoción de la salud para crear buenas conductas, hábitos y prevención de enfermedades.

La promoción de la salud ha sido definida por la OMS (2003) como:

Un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.

De acuerdo a esta definición, se muestra que a través de la promoción de la salud se pretende intervenir, en forma integral, a la sociedad mediante las mejoras sociales y ambientales, que sin duda repercutirán de forma positiva en las condiciones de salud de la población. Además, se busca generar cambios a nivel comunitario; donde se incorpora la prevención de enfermedades. En esta se destacan la prevención primaria y la secundaria. La primaria pretende prevenir la aparición inicial de una enfermedad o dolencia. Y la secundaria detener o retardar una enfermedad ya existente mediante la captación, diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado; o

reducir la frecuencia de los episodios graves y el establecimiento de situaciones crónicas.

2.2.3. Descentralización de los servicios de salud en Venezuela

En el campo de la salud, la descentralización juega un papel fundamental debido a que las instituciones médico-asistenciales necesitan una enorme cantidad de recursos y personal especializado, lo cual resulta muy complicado de gerenciar y administrar para los organismos de la administración central.

A partir del comienzo del proceso de descentralización, en el año 1989, se han venido dando numerosos convenios de transferencia de competencias en el área de la salud, en el ámbito de los estados.

La descentralización en los servicios de la salud en Venezuela ha sido fundamental para el avance de esta área; las instituciones que prestan servicios de salud son numerosas, en su mayoría independientes y desligadas entre sí.

Con respecto a lo expresado (Maingon, 1995: 52) opina lo siguiente:

La estrategia más importante adoptada por la mayoría de los países es la descentralización político-administrativa y la desconcentración de la acción estatal en el área social y especialmente en los sectores de salud.

En este contexto, se perfila la descentralización de la salud del país, iniciada en 1989 con la aprobación de la Ley Orgánica de Delimitación y Transferencia del Poder Público (en adelante LOD); es en este momento cuando las nuevas autoridades

regionales, prescriben el ejecútese de la transferencia de los servicios públicos (Casanova, 1993: 258).

En este sentido, se comprende la descentralización del servicio de salud como un replanteamiento del Estado para enfrentar la crisis institucional del sector, haciendo énfasis en dos vertientes primero; en lo que se refiere a dar una mayor participación a los ciudadanos y segundo; a la modernización de las estructuras administrativas para hacerlas más eficientes. Asimismo, iría en conexión, con un cambio de enfoque del curativo por el preventivo. Por esta razón, ante el colapso de la atención sanitaria, las perspectivas en las campañas para la prevención de enfermedades y la educación para la salud representaron el fundamento de la visión sobre la salud fijada para entonces.

Por ende, la descentralización ha conllevado a que tanto los gobiernos regionales como locales puedan aplicar políticas y ejecutar programas para mejorar las condiciones de salud en la población. Aunado a esto existe una situación particular de la descentralización en el sector salud que permite afirmar que esta incidió en el mejoramiento de un grupo importante de servicios públicos.

Es por ello que en el estado Sucre, a partir del año 1993, comienzan las gestiones para emprender el proceso de descentralización administrativa del sector salud. Con la finalidad de dar participación a las comunidades, en este estado se crea FUNDASALUD como ente encargado de recibir las competencias del servicio y como organismo adscrito a la Gobernación del Estado Sucre, con personalidad jurídica propia.

A través de una serie de negociaciones y acuerdos entre las autoridades del estado Sucre, el Ministerio de Relaciones Interiores (MRI) y los extintos Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSAS), es firmado el Convenio de Transferencia de Servicios de

Salud el 3 de febrero de 1995. Desde ese momento se transfieren a FUNDASALUD los servicios de salud pertenecientes a su jurisdicción, los recursos humanos, bienes muebles e inmuebles y los recursos financieros de la Dirección Regional del Sistema Nacional de Salud y los Subsistemas que lo conforman (Mago, 2002).

En 1996, como mecanismo institucional para propiciar la participación de las comunidades, FUNDASALUD crea la Gerencia de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades, cuya finalidad es:

Promover la organización, participación, formación y adiestramiento de las comunidades proporcionando actividades para fomentar la calidad de vida que se fundó de la mano con la descentralización en el Estado, esto como una respuesta política que se ha venido desplegando a nivel regional, para generar una relación de coparticipación y corresponsabilidad en la toma de decisiones del estado y la sociedad civil, a través de la transferencia de poderes reales a las comunidades sustentados en la organización, participación ciudadana y capacitación permanente y estimulando los procesos autogestionarios, dirigidos a mejorar la calidad de vida de la población.

Para el año 1998 se realiza un trabajo sobre la descentralización en Venezuela y destacan las experiencias favorables de estados pioneros, como la del estado Sucre, en la creación de Fundaciones para la Salud y en el trabajo comunitario de base (Mascareño, 2000: 110).

Por consiguiente, esta institución, de manera paulatina, fue propiciando transformaciones en la concepción de la participación, superando el criterio tradicional, sustentándose en la redefinición de roles para la prestación de servicios públicos de salud con un trabajo comunitario de base.

En lo que respecta a los logros de la descentralización en el área de salud (Maingón, 1996) opina que este proceso trajo consigo:

El aumento de la cobertura y calidad de la atención médica, recuperación y acondicionamiento de un alto porcentaje de infraestructuras sanitarias, incorporación de la comunidad en todas las actividades de instrumentación de programas de capacitación para los trabajadores en salud.

Dentro de este orden de ideas en diciembre del 99 se aprobó en el texto constitucional la concepción de la salud como derecho, así como los deberes y obligaciones del Estado y de la población en su reconocimiento y ejercicio (Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, 1999). Igualmente, se asegura en el informe anual de PROVEA en Venezuela, que la Constitución de 1999 reconoce a la salud como un derecho social integral, garantizado como parte del derecho a la vida y a un nivel digno de bienestar, donde es superada la concepción de la salud sólo como enfermedad. El artículo 83 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, (1999: 63) establece que:

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 deben participar activamente en su promoción y defensa.

De igual forma, en el artículo 84 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, (1999: 64) se expresa que:

El Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo (...), el sistema público de salud dará la prioridad a la promoción de la salud y prevención de enfermedades (...), 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...

De este modo, el Estado reconoce en la Constitución Nacional la salud como un derecho y, por tanto, se ve obligado a responder por la salud de la sociedad. Al ser la salud pública un acto político, se va más allá de la responsabilidad individual de la salud para considerar una acción colectiva organizada, igualitaria y equitativa.

Sin duda que la CRBV plantea un proceso de adecuación legislativa, institucional y de nuevas estrategias para realizar los cambios necesarios, estableciendo las bases para desarrollar la naturaleza jurídica y el modelo organizativo del sector salud venezolano. El Artículo 83 establece que la salud es un derecho social fundamental, parte integral del derecho a la vida, y una obligación del Estado. Para garantizar el derecho a la salud el Artículo 84 ordena la creación de un sistema público nacional de salud, bajo la rectoría del MPPS; de la misma forma, el Artículo 85 establece que su financiamiento es obligación del Estado. El Artículo 86 plantea que toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en diferentes contingencias.

2.2.4. Evaluación de programas sociales

A lo largo de la última década en Venezuela se ha presentado grandes problemas de orden económico y sobre todo social, que han hecho indispensable que el Estado diseñe políticas que estén dirigidas a crear programas sociales que satisfagan las

necesidades de los grupos más vulnerables, dichos programas deben estar dirigidos a solventar los problemas presentados por la población demandante; ya que mediante estos se busca mejorar las condiciones de vida de la población.

En este sentido, Álvarez (1999:147), señala que en los programas sociales:

Se han instrumentado diversas evaluaciones de desempeño, en distinto orden, para examinar el funcionamiento de muchos programas sociales para proporcionar recomendaciones para su reorientación; así como hacer inferencias evaluativas en relación con dimensiones parciales del impacto de otros programas.

Es por eso, que mediante la evaluación se podrá verificar si las metas y objetivos establecidos en el programa han alcanzado los resultados esperados, y así determinar posibles fallas que se presentan.

Por consiguiente la evaluación de los programas sociales debe ser constante, debido a que a través de ésta se obtendrá un adecuado manejo de los criterios establecidos para poder así atender las necesidades surgidas en la sociedad, dándole total cumplimiento y abarcando a todos los sectores de ésta, de la misma manera impide que se cometan errores durante su implementación.

Es importante mencionar que muchos programas sociales se ven afectados durante su aplicación, debido a que las instituciones encargadas de llevarlos a cabo no aplican un proceso de evaluación en los mismos.

Al respecto Kliskberg (1992:38) afirma que: **“la evaluación hoy en día tal como en los últimos años es de extrema gravedad, la gran mayoría de las políticas y**

programas sociales no reciben ninguna evaluación.”

Por otro parte, existe una diversidad de enfoques que definen lo teórico y lo metodológico de una evaluación. En las ciencias sociales podemos apreciar una diversidad de corrientes y autores que dan su propio concepto y método sobre ésta. La diversidad de concepciones se presenta debido a que la evaluación, como proceso, persigue diferentes propósitos o fines y dispone de diversos métodos para alcanzarlos.

Para ésta investigación se tomó la teoría de evaluación de (Aguilar y Ander-Egg ,1994: 18) que según estos autores, se define como:

una forma de investigación social aplicada, sistemática, planificada y dirigida; encaminada a identificar, obtener y proporcionar de manera válida y fiable, datos e información suficiente y relevante en que apoyar un juicio acerca del mérito y el valor de los diferentes componentes de un programa (tanto en la fase de diagnóstico, programación o ejecución), o de un conjunto de actividades específicas que se realizan, han realizado o realizarán, con el propósito de producir efectos y resultados concretos. (Sic)

De acuerdo a esta concepción, la evaluación es una forma de investigación aplicada, por ende su procedimiento general se basa en los requisitos del método científico. Se trata, entonces, de un proceso centrado en el enjuiciamiento de procesos y de resultados de lo que se ha hecho, se está realizando o se va a realizar, valorándolo y apreciándolo (cuantitativa y/o cualitativamente).

Así como existen diversidad de conceptos, también se presentan varios tipos de evaluación; de acuerdo al criterio de los aspectos a evaluar, estos se centran en una triple distinción: evaluación del diseño y conceptualización del programa, evaluación

de la instrumentación y seguimiento del programa (evaluación de proceso) y evaluación de eficacia y eficiencia del programa (evaluación de resultados). Estos tipos de evaluación coinciden con las tres fases o momentos de la intervención social señalados por los mismos autores, es decir, antes de iniciar la ejecución del programa y durante la ejecución.

Los objetivos que se quieren alcanzar, se diferencian en la práctica, toda evaluación va a depender de las necesidades e interés del desarrollo de la investigación. Por ende, el tipo de evaluación en la que se enmarcó esta investigación fue:

La evaluación de la eficacia y eficiencia (que es la evaluación de resultados) consiste en analizar en qué medida se están alcanzando los resultados previstos, aunque en algunos casos sería oportuno evaluar resultados o efectos no previstos. Esta evaluación de resultados se establece en relación a los usuarios/beneficiarios del programa.

La evaluación de resultados y eficiencia presenta una gran relevancia y centralidad indiscutible, debido a que implica la indagación y la valoración de los resultados finales y del impacto del programa; su propósito es conocer la eficacia que es entendida por estos autores como **“el grado en el que se han conseguido las metas y los objetivos propuestos mediante la realización de actividades programadas”** y la efectividad que **“se trata de establecer los esfuerzos e insumos empleados y los resultados obtenidos”** así como saber si el programa modificó las condiciones de vida de la población beneficiaria.

Es por ello que la evaluación de programas sociales analiza cuestiones sociológicas tan básicas como las demandas sociales de los beneficiarios, los actores

sociales, el entorno del programa tanto (interno como externo, la capacidad institucional).

De allí pues es conveniente implicar a los usuarios en el trabajo evaluativo porque sus perspectivas y concepciones enriquecerán las dimensiones del mismo, aportando nuevos aspectos de utilidad, además, estos actores sociales son tanto más relevantes cuanto mayor sea la importancia que se le otorga a la participación de la gente en un programa que utilice una metodología de intervención social participativa (Aguilar y Ander-Egg, 1994:65).

Asimismo se deben tomar en cuenta los recursos tanto humano como financieros, ya que todo programa social para ser ejecutado debe contar con un personal calificado, el cual va a permitir que se cumplan los objetivos trazados , por esta razón es importante conocer si cuenta con un personal capacitado y si los recursos materiales y financieros son suficiente para llevar a cabo la realización de las actividades, así como constatar si el espacio físico es el más idóneo para el desarrollo del mismo. Aunado a esto la participación de la comunidad organizada es un recurso muy valioso para cualquier programa social y sobre todo los desplegados en el área de salud (Aguilar y Ander-Egg, 1994:146) definen esta participación como:

un proceso social en el que grupos específicos, que comparten ciertas necesidades y viven en una zona geográfica definida, tratan activamente de identificar esas necesidades y adoptan decisiones y establecen mecanismos para entenderla.

De allí que el apoyo comunitario es de vital importancia para lograr el éxito de un programa, pues su participación en el mismo permite una interacción más estrecha entre el estado y la sociedad civil, para efecto de la evaluación estos aportan una

valiosa información que sirve para contrastar la opinión de los funcionarios con estos actores sociales y por ende incorporarle elementos novedosos a este trabajo.

Cabe considerar, por otra parte, que la evaluación puede emitir información válida, conocimiento y aprendizaje que sirven de apoyo para la toma de decisiones oportunas y pertinentes para garantizar la eficiencia, eficacia y calidad de los procesos, los resultados, todo ello en función del mejoramiento de las condiciones de vida de sus poblaciones beneficiarias.

CAPÍTULO III

PROGRAMA DE APOYO FARMACOLÓGICO

3.1. Descripción del Programa de Apoyo Farmacológico

El Programa de Apoyo Farmacológico se inscribe en el despliegue de iniciativas en políticas de salud pública que benefician directamente a personas hipertensas, diabéticas y epilépticas. Este proceso es desarrollado desde la **Gerencia de Promoción para la Salud y Prevención de Enfermedades**, como instancia gerencial que forma parte de la estructura de FUNDASALUD, la cual analizaremos más adelante.

En 1998 se activan los mecanismos de decisión que conllevaron a que en un principio 20 comunidades (18 en el Municipio Sucre y 2 en el Municipio Bermúdez) se beneficiaran del programa, en ese momento se inició con 57 beneficiarios. Ello se transforma en:

1. Un mecanismo de inclusión de grupos vulnerable que por su situación socioeconómica tenían reducidas posibilidades de adquirir los fármacos necesarios para el tratamiento de sus patologías. De allí que uno de los factores que le da relevancia al programa es el otorgamiento del tratamiento gratuito.
2. Una forma de reducir las brechas de inequidad entre aquellos con posibilidad de tratamiento, y los que estructuralmente estaban desasistidos por el sistema de salud existente antes de la descentralización del sector producida en 1996.
3. Una iniciativa de atención integral ya que se rompe con la acción de apoyo individual al enfermo y, se incorporan las comunidades organizadas y

familiares de las personas que sufren éstas patologías al proceso de planificación, control, orientación, prevención y tratamiento.

El Programa de Apoyo Farmacológico, según FUNDASALUD, tiene la pretensión manifiesta de transferir competencias y generar corresponsabilidades en las comunidades amparados en los artículos 83 y 84 de la Constitución Bolivariana de Venezuela. Lo cual le da sustento jurídico y político al proceso o iniciativa que facilita que los actores comunales puedan coparticipar en cada una de las etapas de atención integral a los enfermos.

Cada una de las personas que sufren hipertensión, diabetes o epilepsia forman parte de un club en el cual reciben las orientaciones, los fármacos y apoyo asistencial integral. En los actuales momentos están creados 215 clubes con un total de 11.457 beneficiarios.

3.2. La Gerencia de Promoción Social para la Salud y Enfermedades (GPSPE):

Es un componente de FUNDASALUD, encargada de promover la organización, participación, formación y adiestramiento de las comunidades proporcionando el desarrollo de actividades para el fomento de la calidad de vida

- **Visión de la GPSPE**

Impulsar y desarrollar procesos permanentes de organización, formación, adiestramiento y participación comunitaria, generando cambios en los estilos de vida de la población.

- **Misión de la GPSPE**

Transferir poder a las comunidades promoviendo la salud a través de un proceso de organización, capacitación y participación permanente que generen cambios de conducta, para mejorar la calidad de vida.

- **En que se fundamenta el trabajo de la GPSPE**

Es un sistema filosófico-político donde se genera una relación de coparticipación y de corresponsabilidad en la toma de decisiones entre el Estado y la Sociedad civil organizada.

- **Característica del modelo filosófico de Democracia Horizontal**

Es un modelo filosófico –político porque:

- Otorga responsabilidad a las comunidades.
- Estimula los procesos de organización y participación comunitaria.
- Revaloriza el rol protagónico de la Sociedad Civil Organizada.
- Vincula al Estado y a la Sociedad Civil organizada en un mismo plano.
- Genera un cambio en el modelo y las políticas de salud.
- Estimula la autogestión de la organización y capacitación de la Sociedad Civil.

Principios

- Participación comunitaria en la gestión y toma de decisiones en una relación

horizontalizada entre el Estado y la sociedad.

- Participación efectiva de la Sociedad Civil en la promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- Organización y autogestión como vía para la formalización y concreción de las relaciones del Estado.
- Transferencia de poder a las comunidades a través de la capacitación y estimulación de procesos autogestionarios.
- Revalorización del principio de Organización Comunitaria.

3.3. Objetivo del programa de Apoyo Farmacológico

Desarrollar acciones de atención integral a favor de la generación de conductas favorables para mejorar la calidad de vida de los beneficiarios que se ubican en los clubes de Hipertensos Diabéticos y Epilépticos a través del control, educación y tratamiento de estas enfermedades.

3.4. Normas de funcionamiento del programa de Apoyo Farmacológico

Generalidades:

Las siguientes normas están basadas en los principios consagrados en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela que garantiza la universalidad, equidad, gratitud y protección de la salud del pueblo Venezolano.

Como condición indispensable para ser beneficiario, el fármaco solicitado deberá estar disponible en el petitorio único del programa de Apoyo Farmacológico.

La G.P.S.P.E. tiene la potestad de realizar cuando así lo considere, procesos de contraloría en el clubes y comunidades a fin de preservar los controles necesarios que garanticen el correcto funcionamiento del suministro de fármacos.

Sobre la Organización de los Beneficiarios:

- Los beneficiarios se organizaran en clubes comunitarios con monitoreo permanentes de las Organizaciones Comunitarias de Salud (O.C.S) y equipos de Promoción Social.
- El club nombrará un representante entre los beneficiarios, que asumirá el rol de coordinador del club y quien compartirá responsabilidades en las actividades del club conjuntamente con los miembros de la O.C.S y los miembros de los equipos operativos.

Sobre los Ingresos de los Beneficiarios:

- Informe Médico que certifique su condición y diagnostico
- Fotocopia de la cédula de identidad, en caso de ser menor de edad fotocopia de la partida de nacimiento y copia de la cedula de identidad del representante.
- El récipe e indicaciones debidamente llenado, firmado y sellado.

Características sobre el Récipe:

- Nombre y apellido del beneficiario
- Nombre del medicamento(debe ser relacionado con su diagnostico)
- Presentación del medicamento.

- Dosis diarias a consumir.
- Nombre y apellido del médico tratante
- Fecha de la indicación.
- Dirección exacta del beneficiario (punto de referencia), al reverso del recípe.

Sobre las Actividades de los Clubes:

La actividad general en el club comprende:

- Sesiones educativa del tema asignado en el mes.
- Medición de Presión Arterial a los beneficiarios asistentes
- Entrega del medicamento.
- Entrevistas para verificar complicaciones agudas.

La O.C.S realizará actividades de entrega de medicamentos en el lapso de 3 días siguientes al recibir el paquete general del medicamento por la Gerencia.

Antes de realizar la entrega de medicamento se deberá visitar a los beneficiarios para invitarlos a la actividad.

Visitar a los beneficiarios que no asistan a la actividad y conocer el motivo de su ausencia y entregarles el medicamento.

Sobre los Registros y Soportes

Los recaudos, registros y formatos deberán ser consignados ante la G.P.S.P.E en

un plazo no mayor de 3 días después de realizada la actividad general, sin enmienda ni tachaduras; es decir cuidando de su limpieza.

Los beneficiarios, presentes en la actividad deberán firmar el registro conforme lo recibido en el caso de asistir algún familiar deberá colocar el nombre legible en el espacio de observación, por ningún motivo deberán ser firmas autógrafas.

Sobre las Actividades Educativas

La coordinación de apoyo farmacológico conjuntamente con la coordinación de educación y capacitación diseñará y entregara un temario en los meses de febrero de cada año con los temas correspondientes a cada mes los cuales se tratarán en las actividades educativas que desarrollan los miembros de las O.C.S y equipos operativos en los clubes, comunidades y establecimientos de salud de referencia.

3.5. Elementos técnicos- operativos del programa

Ejercer responsabilidad de suministro de fármacos para el tratamiento de la Hipertensión arterial, Diabetes y Epilepsia.

Garantiza el suministro de tratamiento farmacológico a en forma regular, oportuna y gratuita a hipertensos, diabéticos y epilépticos solicitantes del servicios.

Proceso técnico y educativo hacia la promoción en la salud, prevención y control de la Hipertensión arterial, Diabetes y Epilepsia.

Propicia acciones comunitarias e institucionales que generan cambios conductuales favorables en la población relacionada con hipertensión, diabetes y epilepsia.

Proceso interno de contraloría

Impulsa controles de gestión como la utilización efectiva de los recursos programados apoyados por un sistema computacional de diseño y desarrollo propio.

Sistema de captación de beneficiarios y prestación de servicios

Sistema de alianzas institucionales capaz de facilitar el ingreso o solicitud de servicio, de respuesta inmediata, creando una red social en la totalidad de los Municipios que conforman el Estado Sucre.

Red estatal de promoción social

Red estatal de Organizaciones Comunitarias de Salud (OCS)

3.6. Datos de interés sobre de las OCS.

Las organizaciones comunitarias de salud (OCS) en el Estado Sucre representan un elemento focal dentro del proceso de profundización de la democracia que persigue el fortalecimiento del poder popular en el ejercicio de promoción de la salud y calidad de vida, sustentándose en un proceso educativo- preventivo dirigido a la comunidad.

El proceso de conformación de las OCS se realiza a través de la congregación de los habitantes de un determinado sector, quienes por medio de una elección pública eligen a los integrantes de la organización, un requisito que no se puede obviar en esta votación es que éstos no pertenezcan a otra organización social de base.

Para la elección de los miembros se exige que participe una cantidad

representativa que sea superior al 50% de la población. Una vez elegidos los integrantes de la OCS, se procede a realizar los trámites legales correspondientes para darle el carácter jurídico a la organización

Las OCS representan un eje fundamental para la ejecución del programa de apoyo farmacológico, ya que estas son multiplicadoras y portavoces de conocimientos relacionados a la promoción de la calidad de vida y salud de la comunidad, las actividades que realizan las OCS para sus comunidades relacionadas al programa son amplias entre ellas:

- Elaboran y participan en el diagnóstico de su comunidad.
- Impulsan la participación de la comunidad en diferentes jornadas.
- Realizan vigilancia epidemiológica no convencional de base comunitaria de manera permanente.
- Participan en jornadas de Captación y despistajes de hipertensos, diabéticos, epilépticos etc.

Las OCS participan en el diagnóstico de necesidades en su comunidad, este proceso se realiza para recolectar información sobre la situación existente. Se trata de un proceso de análisis de la realidad para comprenderla y dar las respuestas pertinentes. Esta actividad se realiza como un estudio continuo a la comunidad, con el objetivo de obtener información oportuna sobre salud-enfermedad y así realizar intervenciones inmediatas en cuanto a promoción, prevención y controles eficaces lo que implica una actitud de alerta ante cualquier situación.

3.7. Promoción social

Es la estructura operativa de la Gerencia de Promoción para la salud y Prevención de Enfermedades, la que ejecuta en el plano de las comunidades las políticas de salud. Es decir ellos tienen en sus manos las relaciones directas con las OCS y los clubes, a la vez que despliegan los procesos educativos, promocionales y preventivos.

CAPITULO IV

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. Presentación y Análisis de los Resultados

El presente capítulo muestra los resultados de lo que fue la aplicación de los instrumentos de recolección de información, tanto a la estructura institucional de la Gerencia de Promoción para la Salud y Prevención de Enfermedades, representada en los funcionarios de promoción social que trabajan en la comunidad de Cascajal, como a la red comunitaria articulada en Organizaciones Comunitarias de Salud.

Aquí se reflejan las percepciones y contrastes entre las visiones tanto institucional, como la que tienen los beneficiarios del programa que se está evaluando en esta investigación.

Los logros alcanzados y la forma como han permeado al conjunto de beneficiarios del programa se ven reflejados en los resultados. Ello de alguna manera genera una mayor relevancia del proceso sobre el cual se está realizando la reflexión. Es decir, si bien el programa de apoyo farmacológico tiene una fuerza y trascendencia que deviene de la misma Institución que lo crea, es la comunidad la que aporta los elementos críticos para saber cuáles son sus fortalezas y debilidades, oportunidades o amenazas, pero sobre todo para conocer si se producen cambios estructurales relevantes en el conjunto de usuarios.

Igualmente en este capítulo se devela cual es la relevancia que tienen las organizaciones Comunitarias de salud en el desarrollo del programa en el plano de las comunidades, específicamente en la localidad de donde se realizó el estudio. Eso

facilitará indagar hasta que punto llega el papel de dichas organizaciones y cuál es el poder transformador que ellas tienen en el club de hipertensos, diabéticos y epilépticos.

El esfuerzo reflexivo está dirigido hacia la conformación de unos cuadros cognitivos que reflejan la realidad y de la relación FUNDASALUD- comunidad organizada, para ello se transformaron los resultados cuantitativos reflejados en los instrumentos de recolección de información en elementos cualitativos, que desde el uso de categorías sociológicas demuestran la capacidad que tienen esta rama de las Ciencias Sociales para desentrañar la esencia de procesos que tradicionalmente estaban reservados para las ramas de las Ciencias de la Salud.

Este capítulo esencialmente da aportes significativos para el mejoramiento del programa de apoyo farmacológico, destacando que este es el primer esfuerzo que desde una perspectiva académica se hace para evaluar uno de los componentes esenciales de las políticas de salud en el Estado Sucre. Cuidando por supuesto de no caer en la tentativa de medicalizar el análisis ya que le restaría prestancia al carácter sociológico de la investigación.

Tomando en cuenta los datos útiles y a través del uso de gráficos iremos sistemáticamente conociendo analíticamente los resultados. Esto a los fines de ir paso a paso ponderando los resultados obtenidos y las variables planteadas.

Los datos y análisis que se presentan a continuación son el resultado de la entrevista no estructurada realizada a la coordinación del programa Apoyo Farmacológico, y de los cuestionarios aplicados a los Promotores Sociales, las Organizaciones Comunitarias de salud y los beneficiarios.

En relación a los datos obtenidos en la entrevista con el coordinador de Apoyo

Farmacológico estos se esbozan en un análisis cualitativo, resaltando aspectos como: planificación, presupuesto y control del programa.

En cuanto a los promotores sociales se presenta un análisis de la información obtenida a través del cuestionario donde se pretende conocer: los recursos con que cuenta el programa, su funcionamiento en distintos aspectos, tipo de capacitación reciben por parte de la GPSPE y su opinión respecto a los efectos producidos en los beneficiarios, asimismo se aplicó un cuestionarios a las OCS con el fin de recabar información sobre su participación en el programa.

Finalmente, se presentan los resultados del estudio realizado a los beneficiarios, siendo esta parte fundamental para las conclusiones, cada uno de los resultados que se mostraran a continuación representan los eslabones que serán engranados para tener una visión general y amplia del estudio realizado, lo que permitirá dar respuestas a las interrogantes que se plantearon.

4.2. Análisis Cualitativo de la Información obtenida del Coordinador del Programa de Apoyo Farmacológico.

La coordinación de un programa se caracteriza por ser un ente donde se da el proceso integrador que reúne y armoniza las partes de esa estructura, para formar un todo orgánico a fin de satisfacer los objetivos establecidos, con respecto a esto, podemos señalar que a la Coordinación del Programa Apoyo Farmacológico le compete llevar la supervisión, control, desarrollo y evaluación del proceso desplegado en los clubes de Hipertensos, Diabéticos y Epilépticos. Dicho proceso tiene varios niveles que son los siguientes:

1. **El de organización de los clubes**, lo cual es fundamental para mantener el

nivel de articulación, orden, control y apoyo en forma bien engranada. Esto permite tener una mejor sinergia entre la parte institucional y los beneficiarios.

2. **El de articulación con las OCS**, que potencia la participación de las mismas en el proceso farmacológico y las transforma en agentes activos y claves en el éxito del programa.
3. **El de entrega del apoyo farmacológico**, expresado en los medicamentos que se reciben, y es el factor que en grado sumo estimula con más fuerza la integración y participación en el club.
4. **El educativo que tiene dos componentes**; el primero relacionado con las orientaciones que reciben los hipertensos, diabéticos y epilépticos para el adecuado manejo de su enfermedad, esta parte es desarrollada por los promotores sociales y las OCS; y el segundo vinculado en favor de los agentes comunitarios que no sufren esas patologías, este aspecto conocido como estrategia de prevención.
5. **El de captación de la demanda** que se hace tanto por la vía institucional (promoción social), como por intermedio de las OCS. Este aspecto facilita la planificación de los recursos que se necesitan para cubrir el impacto que se obtiene.
6. **El de enlace entre el club y la Gerencia de Promoción para la Salud y Prevención de Enfermedades**. Esto es de vital importancia para mantener la coordinación y direccionalidad adecuada con los sujetos comunitarios que actúan en el proceso.

Fuente de financiamiento.

La Gerencia de Promoción para la Salud y Prevención de Enfermedades recibe de la Gobernación del estado Sucre a través de FUNDASALUD los recursos financieros

para: 1.- la compra de los fármacos demandados por los clubes por intermedio de la Coordinación de Apoyo Farmacológico; y 2.- la adquisición de los recursos materiales necesarios para optimizar el proceso a atención en dichos clubes.

Las finanzas que se otorgan forman parte de un plan de presupuesto conocido como Plan Operativo Regional (POAR) que es enviado a la Gobernación, y analizado en el Consejo Regional de Planificación de Políticas Públicas donde es estudiado y aprobado con las recomendaciones respectivas.

El financiamiento en ese sentido es 100% regional, el nivel central (el Ministerio del Poder Popular para la Salud) no aporta dinero para el desarrollo del programa. Para el año 2007 el Gobierno Regional otorgo 1.500.000 bolívares fuertes.

Los desembolsos se hacen trimestralmente a través de un proceso licitatorio se adquirirían los fármacos, es importante señalar que en forma permanente asisten integrantes de los clubes y OCS a las licitaciones.

Por otra parte es menester aclarar que la Coordinación no maneja directamente los recursos financieros, sino que se hace a través de la **Coordinación de administración** de la GPSPE quien adquiere cada uno de los insumos que se necesitan.

Proceso de articulación

El Programa para el cumplimiento de sus objetivos necesita generar procesos amplios de enlace con las otras Coordinaciones que están presentes en la GPSPE, esto debido a que cada una de ellas aporta elementos técnicos y operativos para el despliegue de las actividades en los clubes.

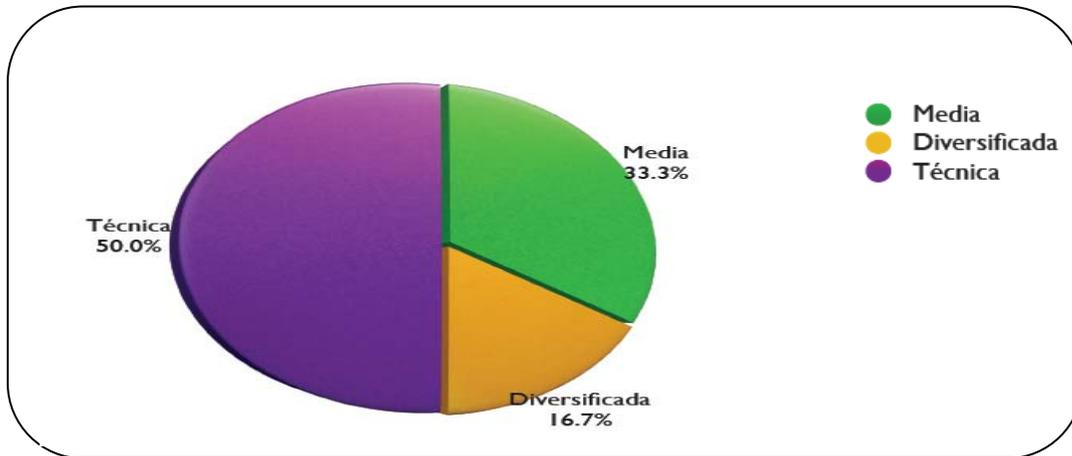
La Coordinación de Apoyo Farmacológico genera procesos de obligatoria interrelación con:

- La Coordinación de Capacitación desde la cual se desarrolla la agenda de formación de los integrantes de promoción social y las OCS para el adecuado manejo de los procesos de orientación y prevención en las áreas de hipertensión, diabetes y epilepsia.
- La Coordinación de Organización y Participación Comunitaria desde donde se controla las acciones de toda promoción social, y es ella la que facilita los recursos humanos para el despliegue exitoso del apoyo farmacológico. Apoyo Farmacológico y esta Coordinación planifican la agenda de reuniones y entrega de fármacos a los beneficiarios.
- La Coordinación de Planificación y Evaluación y Seguimiento, en la cual se evalúa la calidad de los procesos que se planifican y se monitorea el logro de las metas del proceso farmacológico, y en general de toda la Gerencia.

Una acción primaria que realizan la Coordinaciones es la de supervisar las actividades de los clubes, y cada uno de los procesos que allí se realizan.

4.3. Resultados de los instrumentos aplicados al el Equipo de Promoción Social.

Gráfico N° 1: Distribución porcentual según el nivel de Instrucción de los funcionarios de promoción social.



Fuente: Datos recopilados por la autora.

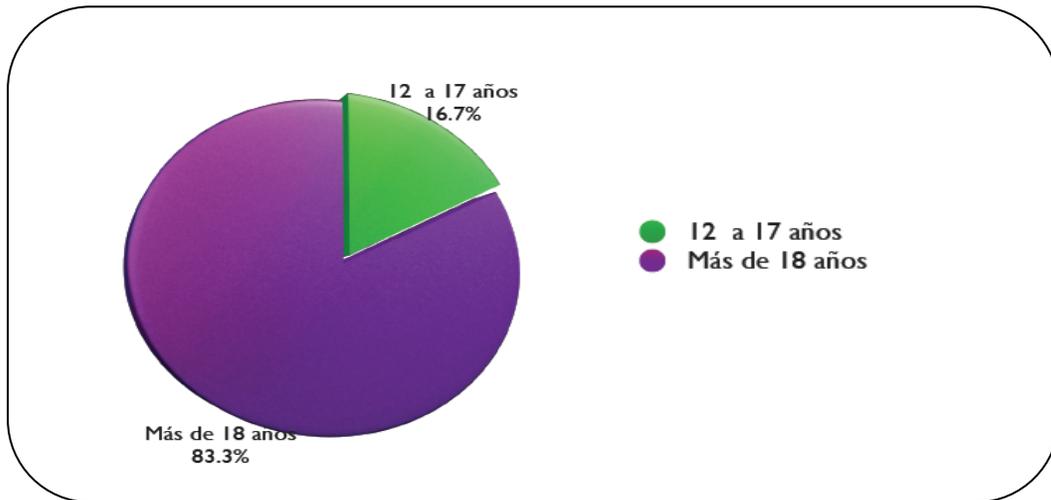
A nivel mundial el capital humano representa directa o indirectamente el recurso más valioso y productivo en cualquier Institución; los países normalmente dependen no solo de la salud, fortaleza y aptitudes básicas de sus trabajadores, sino también del alto grado de instrucción, habilidades, conocimientos, actitudes y valores que tengan para desempeñarse en sus cargos produciendo así cambios positivos en la estructura socio económica.

Razón por la cual, la preparación que debe tener el personal que se encarga de llevar a cabo las labores educativas y asistenciales tiene que ser adecuada, por cuanto ésta es necesaria para darle cumplimiento eficaz a las actividades. Mientras más formación académica se tenga, los resultados del proceso de enseñanzas – aprendizaje y atención a los usuarios serán mejores, logrando así que estos desarrollen habilidades y destrezas.

En la gráfica N° 1, se denota que el 50% de los funcionarios que laboran en el programa de Apoyo Farmacológico, están ubicados en el nivel técnico universitario; mientras que el 33,3 % están situados en la educación media y el 16,7% se encuentran en el ciclo diversificado.

Como se puede observar los promotores sociales poseen un grado de formación que les permite el manejo razonable del programa Apoyo Farmacológico, debido a que en este se persiguen objetivos operativos que no le son ajenos, y que se vinculan directamente al proceso farmacológico y educativo relacionado con el área preventiva. Aunado a esto es importante señalar que la GPPSE desarrolla una estrategia de formación dirigida a optimizar las capacidades del recurso humano en el sector de salud, ello aumenta las posibilidades de éxito en el desarrollo de las actividades a ejecutar.

Gráfico N° 2: Distribución porcentual del tiempo en que se desempeñan en el cargo los funcionarios de promoción social.



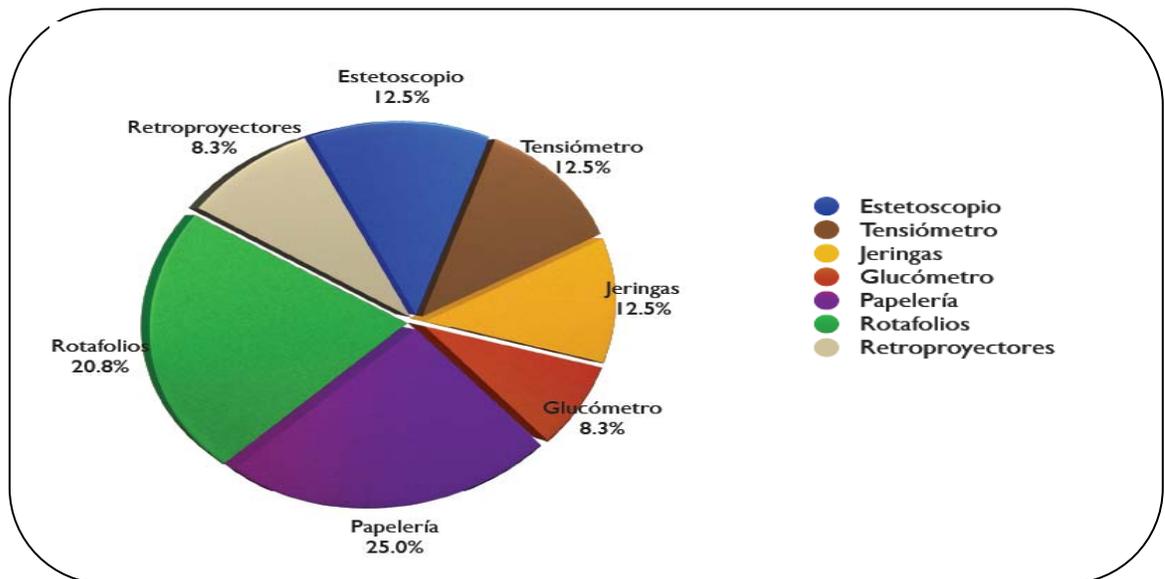
Fuente: Datos recopilado por la autora.

El tiempo que tiene una persona laborando en una institución le otorga la experiencia y experticia necesaria para la realización óptima de las actividades que se le asigna, de allí a que mientras más tiempo tenga un personal operativo en el desarrollo de las tareas, más capacidad tendrá para desenvolverse.

El gráfico N^o 2, revela que el 83,3% del personal que labora en el programa de Apoyo Farmacológico, cuenta con más de dieciocho años de servicio y el 16,7% está entre el renglón de los doce y los diecisiete años.

Como puede observarse el personal de promoción social de Cascajal tienen una cantidad importante de años realizando las tareas administrativas y operativas asignadas, lo que hace presumir que poseen una significativa experiencia en el área de salud, sin embargo es de resaltar que el programa es relativamente nuevo en esa localidad (inicia su ejecutoria en el año 2002), lo que lleva la autora a deducir que dichos funcionarios a pesar de formar parte de la estructura de (FUNDASALUD), es apenas hace 5 años que se incorporan al mismo.

Gráfico N° 3: Distribución Porcentual de los Materiales y Equipos utilizados en el Programa.



Fuente: Datos recopilado por la autora.

Los recursos materiales y equipos son fundamentales en el desenvolvimiento de un programa social, pues ellos garantizan la ejecución eficaz y oportuno de las actividades.

El gráfico N° 3, muestra que el 54,1% de los materiales utilizados en el programa Apoyo farmacológico es la papelería, los Rotafolios y retroproyectores, solo un 45,8% está relacionado con equipos que permiten la atención directa de los beneficiarios del programa.

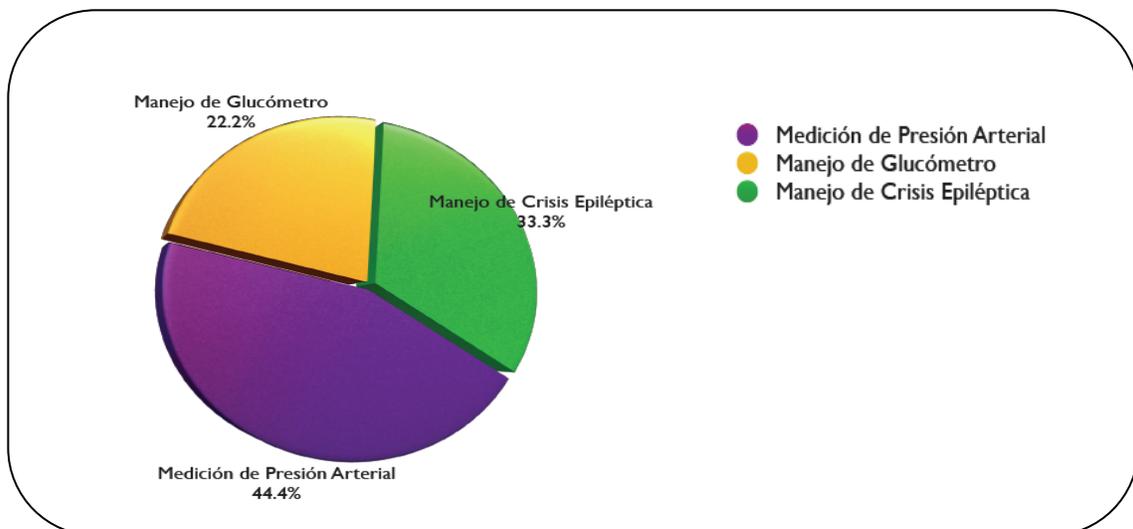
La información aportada lleva a inferir que se hace mayor énfasis en la capacitación y formación de los usuarios que en la atención de carácter asistencial, se presume que esta es limitada por el reducido número de equipos materiales con los que debe contar el programa para brindar un cuidado eficiente a los beneficiarios, por

estas razones este resultado presenta un aspecto de debilidad para el desarrollo del programa.

Ahora bien, los elementos de debilidad son ratificados por el personal, el cual expresó en un 66,7% que la dotación de insumos es insuficiente presumimos que este dato representa un obstáculo para el desenvolvimiento de las actividades del programa, ya que al no contar con los recursos materiales necesarios no se puede prestar un servicio del todo eficiente. (Ver anexo)

No obstante, en relación a las condiciones que presentan los equipos existentes, se pudo conocer que el 50% de los entrevistados manifestó que los aparatos son modernos, el 33,3% los considero obsoletos, (ver anexo), lo que hace presumir que a pesar que son limitados están a la vanguardia tecnológica.

Gráfico N° 4: Distribución porcentual de la capacitación en el manejo de los recursos asistenciales que recibe promoción social para atender a los beneficiarios del programa



Fuente: Datos recopilados por la autora.

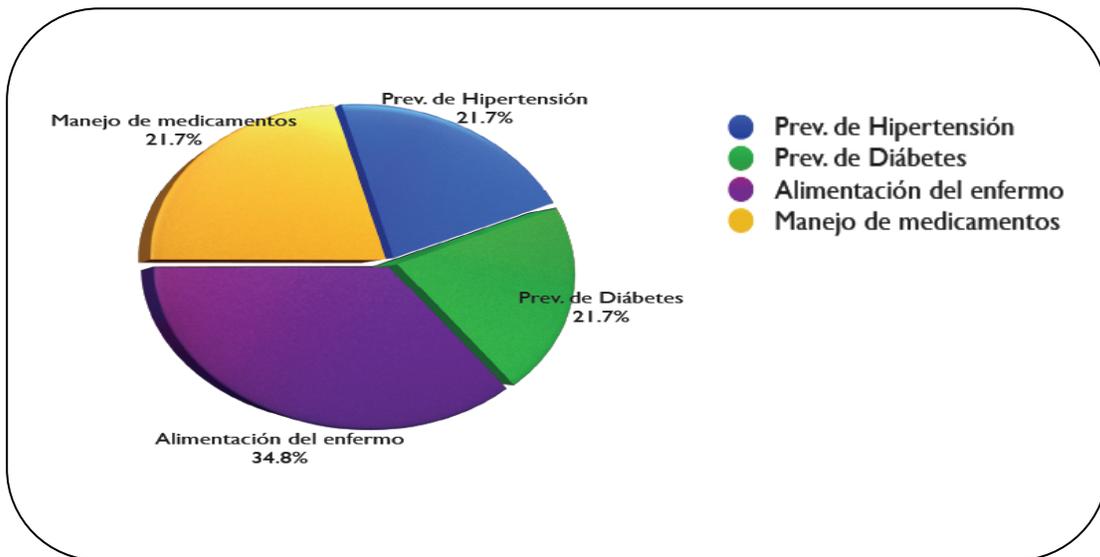
La capacitación esta referida a la formación que recibe una persona en un área del conocimiento específico, constituye la respuesta a la necesidad que tienen las instituciones de contar con el recurso humano calificado y productivo para realizar con eficiencia y eficacia las actividades programadas.

La inversión en la formación debe ser de vital importancia en cualquier institución porque contribuye al desarrollo personal y profesional de los trabajadores, a la vez que redundan en beneficios para la organización sea esta pública o privada. En consecuencia constituye un factor clave y una de las principales fuentes de bienestar tanto individual como colectivo.

El gráfico N° 4, muestra que el 44,4% del personal que labora en el programa Apoyo Farmacológico ha recibido capacitación en medición de presión arterial, el 33,3% manejo de crisis de epilepsia y el 22,2% en el manejo del glucómetro.

De estos datos se puede deducir que la capacitación recibida por los promotores, no se ha realizado de forma proporcional y equitativa, lo cual representa un indicador negativo en esta evaluación, debido a que la atención debe estar concentrada en la capacidad de intervenir en cada una de estas enfermedades por igual, ya que en el programa están presentes beneficiarios que padecen cada una de estas patologías, lo que hace presumir que esto se deba a que la mayor cantidad de usuarios son hipertensos, razón que no justifica que los funcionarios sean formados más en estas áreas que en las otras, puesto que resulta una desventaja para los usuarios al momento que requieran los servicios del personal.

Gráfico N° 5: Distribución porcentual acerca de la capacitación recibida por promoción social en el área de prevención integral.



Fuente: Datos recopilados por la autora.

Las actuales políticas de salud en nuestro país manejan un enfoque integral, dirigido a fortalecer las habilidades, capacidades y calidad de vida tanto individual como colectiva con lo cual se impulsa el mejoramiento de las condiciones sociales, es decir que no sólo se busca combatir las enfermedades, sino resolver los problemas estructurales que son un freno para aumentar el bienestar general de la población.

Por lo anterior es que en los últimos años las definiciones de las Políticas de Salud han pasado a considerar el valor de las prácticas de Prevención, entendidas estas como: **aquellas actividades que permiten a las personas tener estilos de vida saludables y facultan a las comunidades a crear y consolidar ambientes donde se promueve la salud y se reduce los riesgos de enfermedad.**

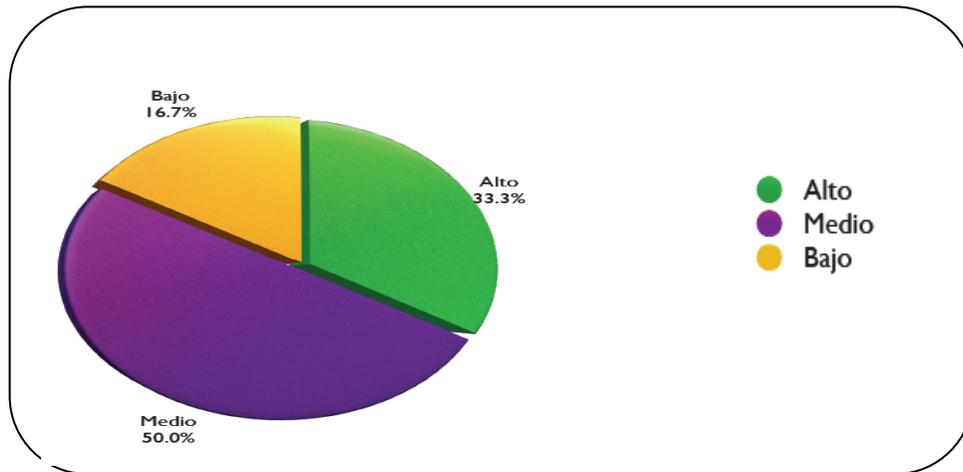
En el gráfico N^o 5, se refleja que los entrevistados expresaron en un 34,8% que han recibido capacitación en alimentación del enfermo; el 21,7 % respondió que recibió capacitación en la prevención de la diabetes y epilepsia; asimismo el restante 21,7% en el manejo de medicamentos esenciales.

De esta información se infiere que los promotores han recibido capacitación en alimentación del enfermo porque representa para los beneficiarios una información valiosa, debido a que los hipertensos y diabéticos tienen que manejar el conocimiento necesario sobre que nutrientes pueden y no pueden consumir, ya que la ingesta de algunos de ellos puede agravar su situación de salud. De igual forma se puede señalar que la Prevención en el campo de la Salud implica una concepción científica de trabajo, no es sólo un modo de hacer, es un modo de pensar.

Como puede verse los promotores sociales reciben capacitación en dos áreas fundamentales:

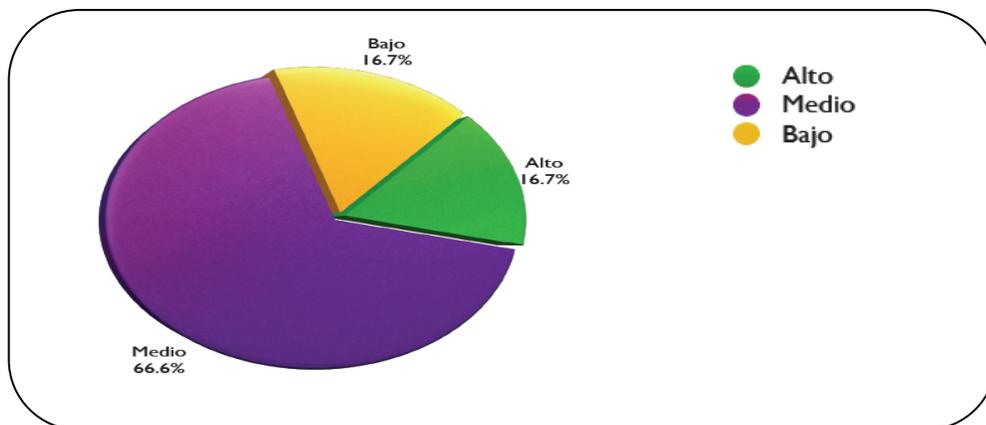
- 1. La atención médica asistencial al paciente**, con ello se fortalece la capacidad para el manejo de las condiciones de salud de los beneficiarios y como se deben manipular los fármacos que se entregan.
- 2. La prevención en salud**, ello con el objeto no solo de atender la patología propia mente dicha, sino que las acciones se dirigen a que los beneficiarios se formen de manera integral.

Gráfico N° 6: Distribución porcentual según la opinión de los promotores sociales, en relación al tipo de conocimiento que poseen sobre la Hipertensión.



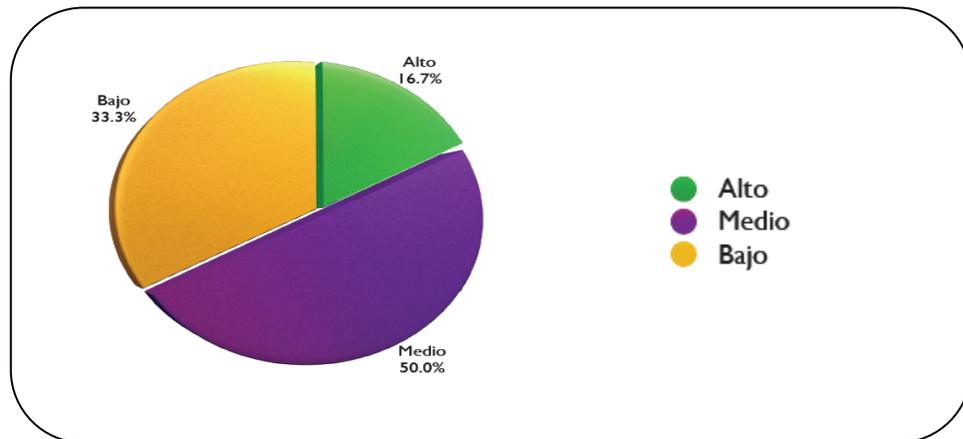
Fuente: Datos recopilados por la autora.

Gráfico N° 7: Distribución porcentual según la opinión de los promotores sociales, en relación al tipo de conocimiento que poseen sobre la Diabetes.



Fuente: Datos recopilados por la autora.

Gráfico N° 8: Distribución porcentual según la opinión de los promotores sociales, en relación al tipo de conocimiento que poseen sobre la Epilepsia



Fuente: Datos recopilados por la autora.

El Conocimiento sobre situaciones o procesos particulares potencia la capacidad humana, esto implica un proceso intelectual de enseñanza y aprendizaje, es por ello que la formación del personal en una institución es un cimiento sólido para el desarrollo de los trabajadores.

La importancia de la formación sobre estas enfermedades para el equipo de promoción social favorece el abordaje más eficiente de los procesos asistenciales y preventivos. Así se aumenta la capacidad para transmitir información a la población, lo que significa dar herramientas a los usuarios para que ejerzan un mayor control sobre su propia salud.

Es indispensable que esta información sea conocida por estos funcionarios, ya que tanto la diabetes como la hipertensión representan un problema de salud pública a nivel mundial. Este conocimiento les permitirá la difusión del tema, lo que se traduce

en un aporte para disminuir su incidencia, es de resaltar que los usuarios ya padecen estas patologías, pero en la estrategia de prevención ellos se convierten en multiplicadores y portavoces de la misma.

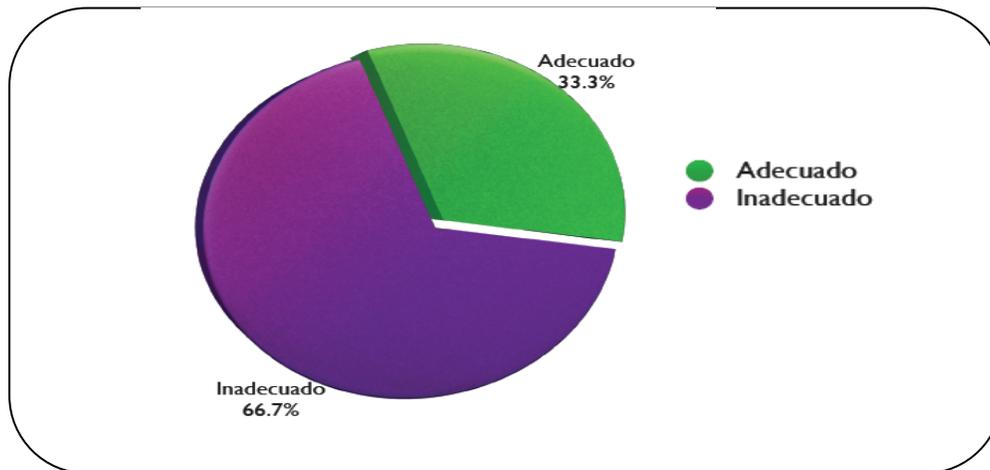
En el gráfico N^o 6, se denota que el 50% del personal de promoción maneja un conocimiento medio de la hipertensión, el 33,3% posee un conocimiento alto y el 16,7% un conocimiento bajo.

Con respecto a la gráfica N^o 7, muestra que un 66,7% de los promotores sociales tienen un conocimiento medio sobre la diabetes; el 16,7 % un conocimiento alto, asimismo 16,7% que tiene uno bajo.

En la gráfica N^o 8, el 50% de los entrevistados tiene un conocimiento medio acerca de la epilepsia, seguido de un 33,3% posee un conocimiento bajo y un 16,7% maneja un conocimiento alto.

Haciendo una interpretación general de las tres enfermedades, se puede inducir que los promotores tienen un conocimiento medio, lo que nos hace presumir que no están totalmente capacitados en estas áreas, ya que para operar un programa donde el abordaje de estas patologías representa el objetivo central deberían poseer una información mayor. Aunque un conocimiento medio no representa un desconocimiento de las mismas, para efectos del programa lo ideal sería que los funcionarios conozcan las enfermedades de forma total, es por ello que apreciamos que esto representa una falla que se debe corregir para que el programa se cumpla de manera eficiente.

Gráfico N° 9: Distribución porcentual según la opinión de los promotores sobre el espacio físico donde se realizan las actividades del programa



Fuente: Datos recopilados por la autora.

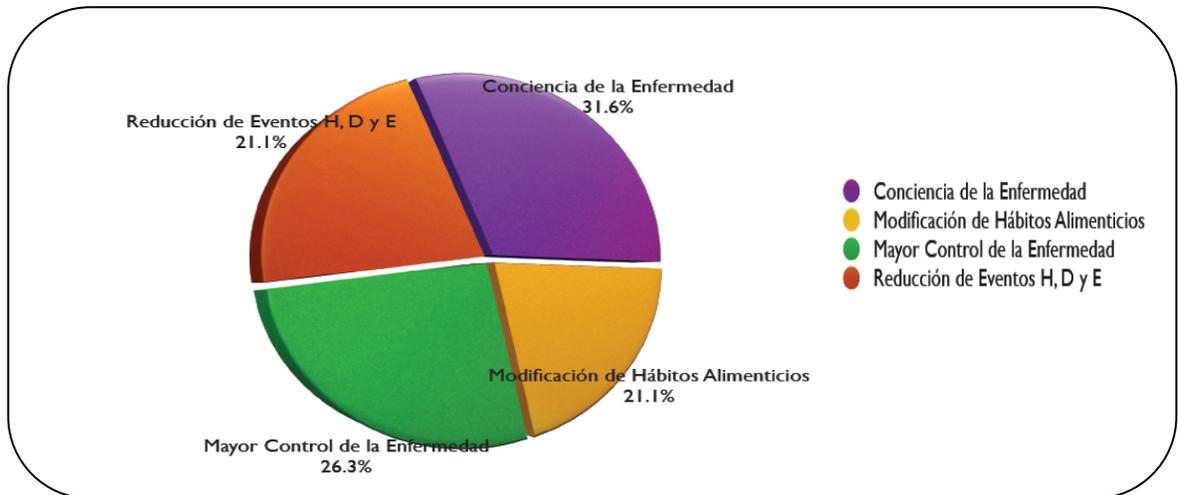
El espacio físico es de gran relevancia para ejecutar cualquier actividad dentro de un programa social, este debe presentar las condiciones necesarias para que todas las acciones que allí se realicen se hagan en el mejor ambiente físico. Es indispensable que este cuente con buena ventilación, iluminación y confort.

En el gráfico N° 9, se observa que el 66,7% de los entrevistados opinó que el espacio donde se desarrollan las actividades del programa es inadecuado, mientras que el 33,3% expresó que era adecuado.

Este dato revela que el espacio físico donde se realizan las actividades del programa no es el más apropiado, deducimos que este factor puede perjudicar las labores educativas y asistenciales que allí se realizan, ya que al no contar con el lugar adecuado ni las condiciones necesarias, se corre el riesgo que no se cumplan con los objetivos propuestos. Es indispensable que tanto los funcionarios, como los

beneficiarios cuenten con el mejor ambiente posible.

Gráfico N° 10: Distribución porcentual según la opinión de promoción social sobre los efectos producidos por el programa en los beneficiarios.



Fuente: Datos recopilados por la autora.

Todo programa social persigue alcanzar determinados objetivos, con su ejecución se busca producir algún efecto positivo en sus beneficiarios estos van acorde con las metas que se desea en algún momento lograr cumplir.

Como se aprecia en la gráfica N° 10, el personal respondió en un 31,6% que tener mayor conciencia de la enfermedad ha sido uno de los efectos producidos por el programa en los beneficiarios; el 26,3% creó que es el mayor control de la enfermedad, el 21,1% opina que uno de los efectos es la modificación de los hábitos alimenticios y el 21,1% expresó que era la reducción de eventos de hipertensión, diabetes y epilepsia.

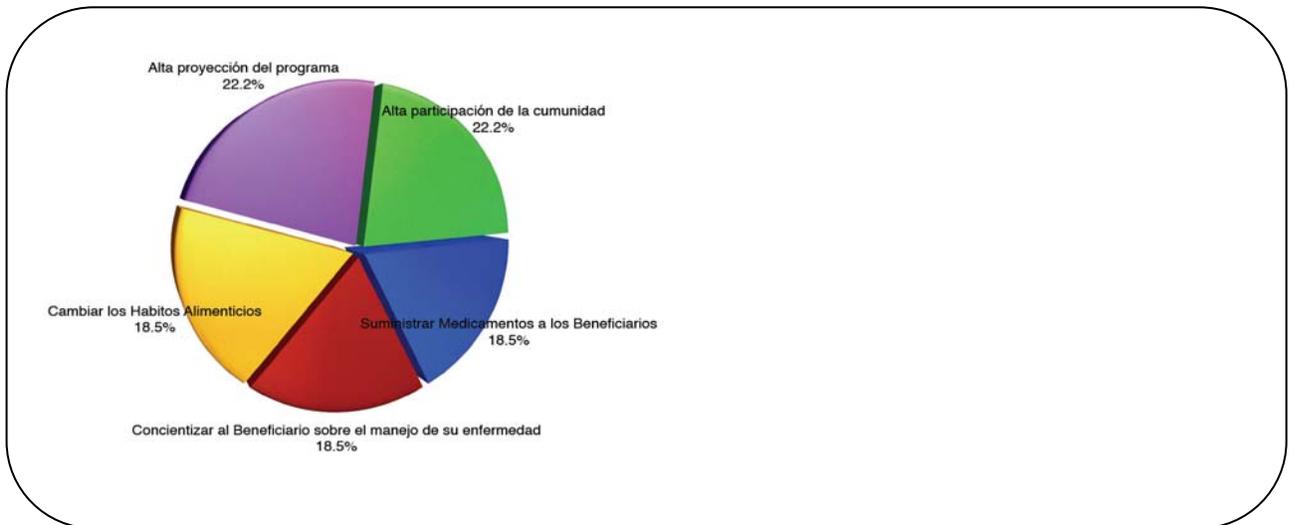
De acuerdo con los resultados inferimos que los funcionarios han percibido que los

beneficiarios tienen mayor conciencia de su enfermedad, lo que representa un dato positivo, debido a que la sensibilización es uno de los propósitos que se pretenden alcanzar.

Otro de los efectos presentes, es que los usuarios tienen un mayor control de su enfermedad, esto está relacionado por un lado con la manera como están abordando su realidad, y por el otro con un registro sistemático de su situación de salud que se lleva en el programa, lo que permite establecer que estos cambios cualitativos favorecen a los mismos.

Asimismo, la modificación en los hábitos alimenticios es un factor que contribuye en mejorar la calidad de vida de los usuarios y por ende optimizar los problemas de salud de los beneficiarios, por esta razón este representa un efecto que tiene grandes implicaciones reales.

Gráfico N° 11: Distribución porcentual según la opinión de promoción en relación a los logros alcanzados por el programa



Fuente: Datos recopilados por la autora.

Los logros de un programa social representan el resultado positivo de las actividades que se realizan, es el producto anticipado, las aspiraciones y metas alcanzadas.

En el programa de “Apoyo Farmacológico” están presentes muchos propósitos entre ellos están:

- a) crear mayor conciencia en los usuarios, lo que está representado en el ámbito de lo conductual, ello tiene que ver con su forma de actuar ante su enfermedad.
- b) cumplir con las actividades educativas, que representan el conjunto de conocimientos, habilidades, y valores que debe asimilar en lo que respecta a los hábitos alimenticios y mejoras para el bienestar personal esto va en correspondencia con la formación integral de los beneficiarios. Así mismo logros institucionales y sociales, estos se manifiestan mediante la proyección y trascendencia del programa en la colectividad esto está relacionado con la participación de los habitantes de la comunidad.

En el gráfico N^o 11, se aprecia que en un 22,2% los encuestados expresaron que parte de los logros del programa ha sido su alta proyección; el 22,2% manifestó que la alta participación, seguido de un 18,5% que opinó que la entrega de medicamento, el 18,5% respondió en la concientización de los beneficiarios, y el 18,5% dijo que los cambios de hábitos alimenticios.

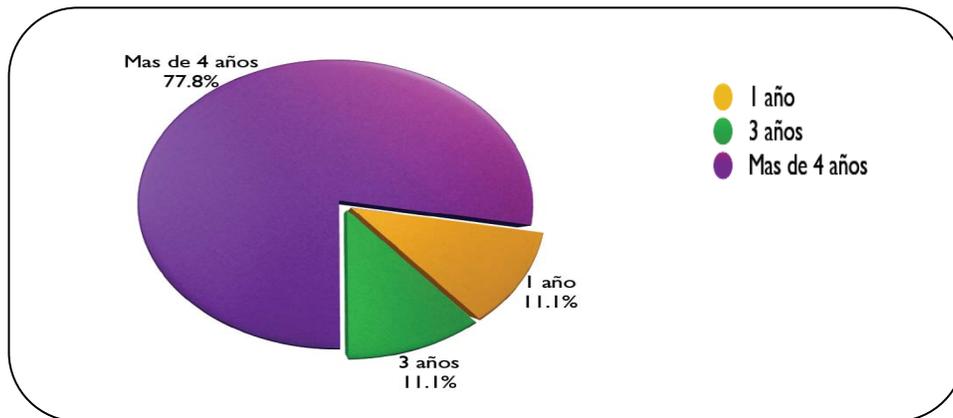
Por los datos recabados se infiere que se han alcanzado logros efectivos y significativos. Por la información aportada por los funcionarios se deduce que tanto la proyección del programa como la participación de la comunidad han sido clave para el éxito en muchas de sus áreas.

Con el respaldo de la comunidad el mismo comienza a transformarse en un logro social, además, al solventar la necesidad del beneficiarios mediante la entrega del fármaco, se reduce el impacto económico que ocasiona el sostenimiento del tratamiento.

Igualmente la concientización del beneficiario es un indicador que hace que no sólo se cumpla el propósito asistencial sino que también se logre la sensibilización de los usuarios, esta concepción se adapta al nuevo concepto de salud integral que se maneja actualmente en Venezuela.

4.4. Resultados de los instrumentos aplicados a las Organizaciones Comunitarias de Salud.

Gráfico N° 12: Distribución porcentual acerca del tiempo que tienen los integrantes de la OCS en esta Organización.



Fuente: Datos recopilados por la autora.

El tiempo que tiene una persona ejecutando un programa social en una organización, le permite acumular experiencia y conocimiento detallado en las actividades que realiza, haciéndolo portador de un apropiado nivel cognitivo para

realizar exitosamente las acciones.

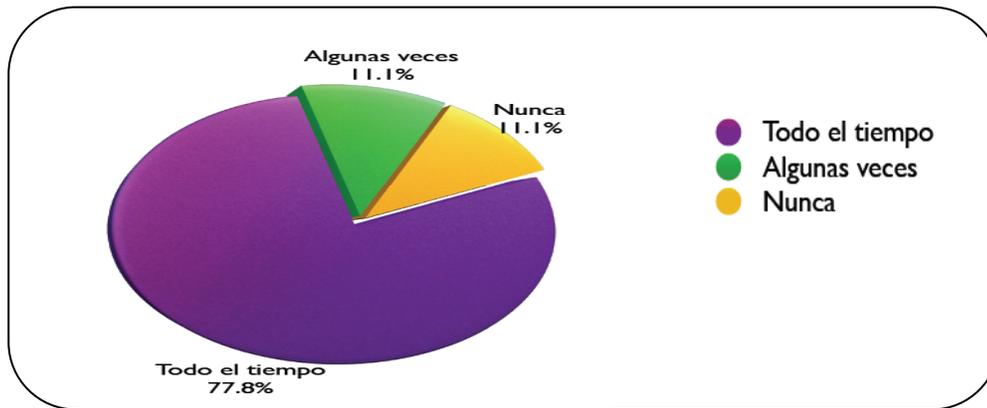
El gráfico N^o 12, se revela que en un 77,8% los integrantes de la OCS tienen más de cuatro años en la organización, mientras que el 22,2% tiene entre uno y tres años.

Por estos datos se deduce que la mayoría de los miembros de las OCS llevan un tiempo prolongado en esta organización, lo que hace pensar que desde que ésta fue constituida en 2002, la mayor parte de sus integrantes siguen formando parte de ella, tal vez esto se deba a que están realmente comprometidos con sus actividades y la construcción de alternativas de participación ciudadanas.

La OCS como representación de la comunidad son portadores de la experticia necesaria para llevar a cabo las labores que les son asignadas por GPSPE, y les confiere el status de protagonistas de los procesos que se despliegan en el contexto local donde se desenvuelven. Es decir, no son simples receptores de un beneficio sino sujetos sociales de unas políticas públicas, que mejoran las condiciones de vida de un colectivo presente en los clubes.

La experiencia y conocimientos de la cual son artífices los integrantes de las OCS, no sólo facilitan el desarrollo de sus potencialidades comunitarias de cara al fortalecimiento de la atención integral de los hipertensos, diabéticos, y epilépticos, sino también las dota de mayor autonomía para expandir su fuerza creadora, para no depender exclusivamente de la presencia de los promotores sociales para la realización de las actividades.

Gráfico N° 13: Distribución porcentual en relación a la Participación de las OCS en las orientaciones mensuales a los beneficiarios del programa.



Fuente: Datos recopilados por la autora.

La participación es la integración de la ciudadanía en el proceso de adopción de decisiones del gobierno, una forma de aumentar los niveles de organización de la población para la contribución esencial del fortalecimiento de la democracia.

De algún modo, se trata de buscar la eficiencia a través de la incorporación de actores de la propia comunidad, para los cuales los problemas son asuntos sentidos y tienen una responsabilidad con su propia localidad, que los obliga a tener un alto grado de compromiso, que se traduce en una mayor calidad en la gestión, muy superior a la que se podría encontrar en los funcionarios del Estado (Rodríguez et al., 1997).

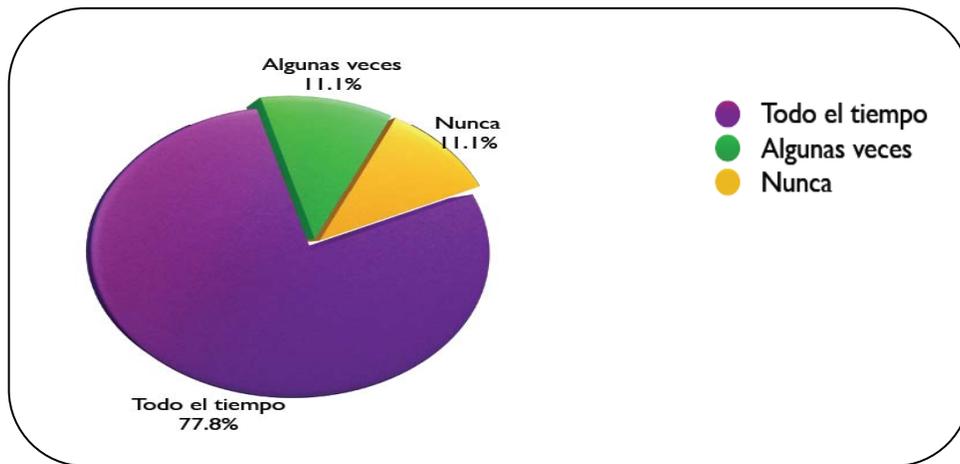
El gráfico N° 13, demostró que 77,8% de la OCS respondió que participa todo el tiempo en las orientaciones; un 11,1% expresó que algunas veces y el 11,1% manifestó que nunca lo hace.

De acuerdo a estos datos se infiere que la participación de la OCS representa un

aporte significativo, que demuestra que muchos de los programas sociales en salud han sido diseñados para que este tipo de organizaciones intervengan, como es el caso del programa apoyo farmacológico. En este se articulan los funcionarios del Estado y miembros de la comunidad.

La participación de las OCS en las charlas aumenta la confianza de las personas en sí mismas, ya que no son agentes ajenos a su realidad, sino que comparten dentro de su misma localidad. Con esto las OCS siguen construyendo internamente mayores potencialidades y corresponsabilidad.

Gráfico N° 14: Distribución porcentual acerca de la Participación de las OCS en la Captación de Hipertensos, Diabéticos y Epilépticos en el programa



Fuente: Datos recopilados por la autora.

La captación es un proceso indispensable, es una práctica epidemiológica no convencional de tipo comunitaria, para localizar las personas que puedan padecer enfermedades como hipertensión, diabetes y epilepsia que no estén sensibilizados sobre su situación de salud. Lo anterior ubica la acción de la salud pública en el campo de lo social, ya que la búsqueda activa de individuos que sufren estas

patologías obliga a indagar sobre los aspectos socioeconómicos que puedan condicionar su aparición.

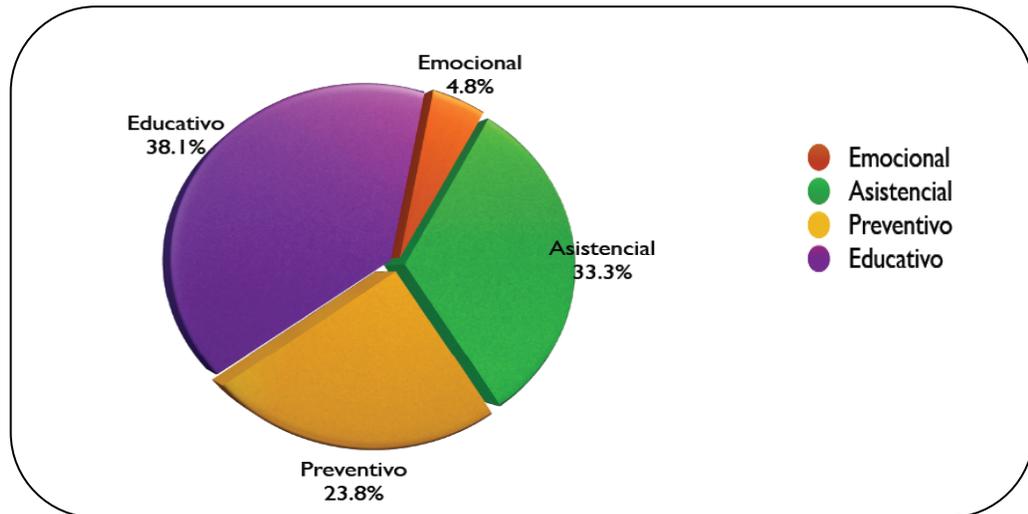
Esta actividad es realizada por los agentes institucionales y comunitarios para incorporar y referir a los sujetos sociales afectados en el registro de usuarios, esta acción en Cascajal integra igualmente a los familiares de los afectados.

El gráfico N^o 14, muestra que un 77,8% de la OCS siempre participa en la captación el 11,1% Casi siempre y el 11,1 nunca participa.

Por los resultados se presume que la participación de la OCS es un factor que favorece la ejecución de las múltiples actividades del programa en el área de salud, ya que éstas son practicadas en gran medida desde un ámbito local y con una definición territorial específica; por lo tanto, su cooperación en la captación de estas patologías se genera como un impulso singular y es más sencillo lograr cumplir con ésta labor.

A pesar de lo anterior se debe insistir en la incorporación de aquellos miembros comunitarios que integran las OCS y que no se suman al proceso de pesquisa activa.

Gráfico N° 15: Distribución porcentual acerca del tipo de apoyo que brindan las OCS a los beneficiarios del programa de Apoyo Farmacológico.



Fuente: Datos recopilados por la autora.

El apoyo comunitario se expresa como un valor, una representación del compromiso y la colaboración para la realización de las actividades del programa. Ello permite garantizar que lo institucional no actúe en forma aislada y desarticulada de la realidad local.

El apoyo de las OCS es la expresión de respaldo y aceptación de un proceso con el cual se identifican. Esto permite que el programa tenga más proyección y se complemente en su ejecutoria.

En el gráfico N° 15 se denota que el 38,1% de los entrevistados contestó que presta apoyo Educativo; el 33,3% Asistencial; el 23,8% respondió que apoya las actividades Preventivas y un 4,8% Emocional.

De acuerdo a los datos expuestos se induce que el apoyo brindado por las OCS en las actividades son bastantes amplias y de diferentes tipo, es decir esta organización

está involucrada de manera integral en el desarrollo de las acciones, son un soporte comunitario que pueden cubrir las lagunas dejadas por las estructuras formales de atención del programa. Es por ello que las OCS en los procesos educativos son claves en las intervenciones preventivas en el ámbito comunal. Ellas han evolucionado superando la relación emisor-receptor para dar paso a una comunicación en la que el profesional de la salud comparte sus conocimientos y éstas no actúan como un receptor pasivo, sino que asumen una actitud activa y responsable lo que hace que los beneficiarios puedan identificarlos como agentes trasmisores de información.

En todas las estrategias las OCS forman parte fundamental del apoyo que se debe brindar a la colectividad en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, lo cual demuestra que el respaldo comunitario es de vital importancia para mejorar la calidad de vida de su población, lo cual se traduce en un factor tangible e indispensable para la consecución, trascendencia y logro de los objetivos del mismo.

Gráfico N° 16: Distribución porcentual según la opinión de la OCS, en relación a si han recibido capacitación en Prevención de Hipertensión, Diabetes, Epilepsia y trato de estas patologías por parte de la Gerencia de Promoción para la salud y prevención de enfermedades



Fuente: Datos recopilados por la autora.

La capacitación es toda actividad realizada en una organización para responder a

sus necesidades, con esta se busca mejorar la actitud, conocimiento y habilidades de su personal.

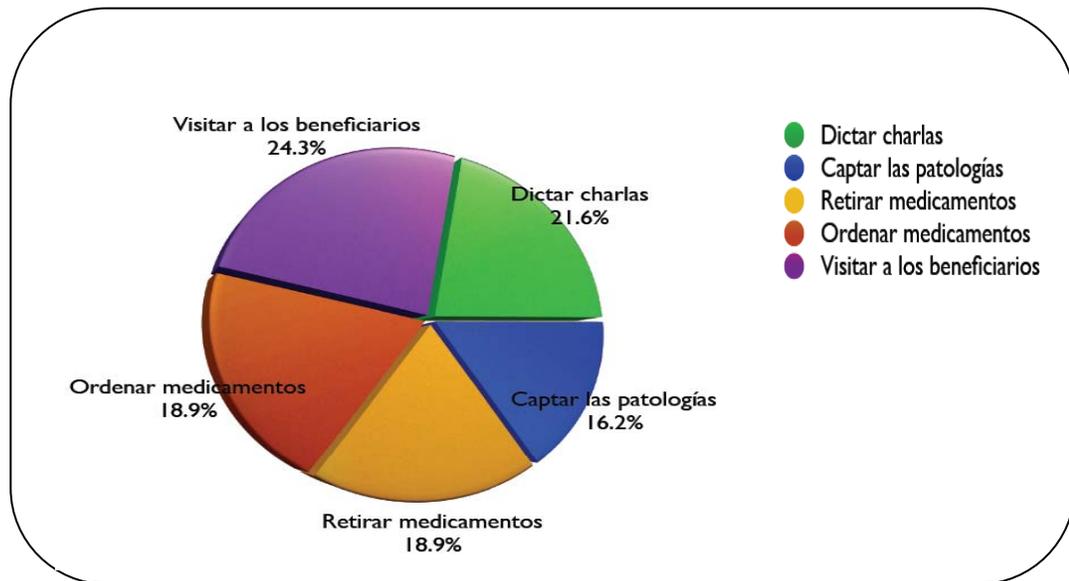
En el caso de las OCS dicha capacitación tiene importantes efectos sociales, los conocimientos, destrezas y actitudes adquiridas por cada miembro no sólo los dota para participar exitosamente en este programa de Salud, sino también para su vida, son un importante factor de motivación y desarrollo del sentido de pertenencia de los integrantes.

En el gráfico N^o 17, se observa que el 100% de los entrevistados expresó que ha sido capacitado por la G.P.S.P.E.

Se puede inferir que las OCS están formadas y adiestradas en lo que a éstas patologías se refiere, se presume que la GPSPE ha hecho énfasis en que esta organización comunitaria pueda manejar las nociones necesarias en el área de salud para intervenir de manera eficiente en el programa, y se conviertan en multiplicadores de la información que poseen, manteniendo una política enmarcada en la transferencia de poder a las comunidades ya que estas revisten de un valor importante y necesario para el éxito de apoyo farmacológico.

Ahora bien, esta capacitación ha facilitado la formación de un personal comunitario paralelo al institucional, con igual calidad en la prestación del servicio, esto se evidencia en el (anexo) que refleja que el 88,9% de sus integrantes se sienten totalmente preparados para asumir una reunión mensual con el club de hipertensos, diabéticos y epilépticos si por alguna razón los funcionarios de la institución no pudiera acudir, la autora induce que las OCS tiene un sentido de pertenencia arraigo e identificación con el programa, lo que las conlleva a estar plenamente comprometidos con el y su funcionamiento.

Gráfico N° 17: Distribución porcentual de la opinión expresada por la OCS acerca de la participación más común que tienen dentro del programa de Apoyo Farmacológico.



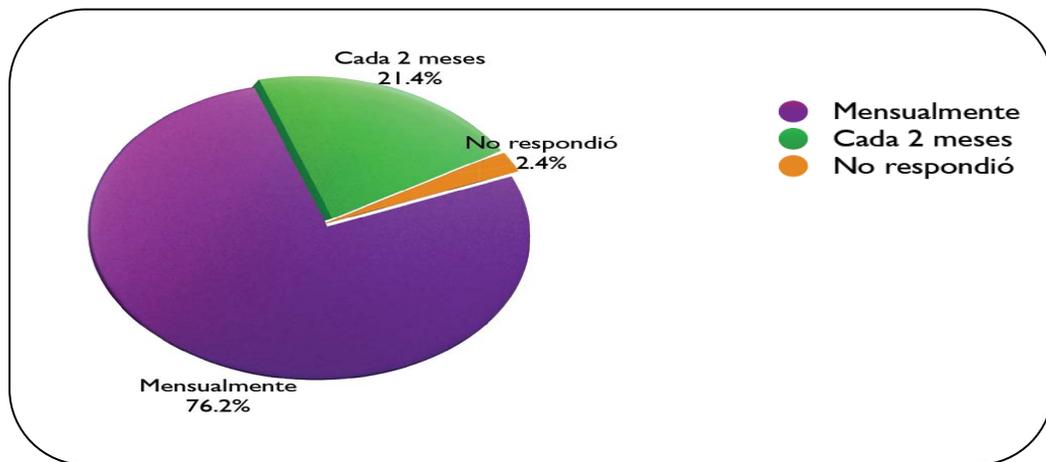
Fuente: Datos recopilados por la autora.

El gráfico N° 17 refleja que el 27,8% expresó que las actividades más comunes en las que participan las OCS son en el retiro y ordenamiento de medicamento de la GPPSE, un 24,3% en las visitas a los beneficiarios, un 21,6% dijo que era dictar charla y el 16,2 % en la captación de patologías.

Por estos datos se deriva que la participación de las OCS está presente en todas las actividades realizadas, desde el retiro del medicamento en la GPSPE hasta el proceso de formación de los usuarios, lo que denota un compromiso asumido de manera responsable por parte de esta organización comunitaria, esto hace que las labores sean compartidas entre la institución y estos actores sociales. Esto se traduce en un logro social, que se manifiesta en la aceptación e incorporación del ámbito local en esta estrategia de integración. Este dato no solo refleja que existe una participación y apoyo incondicional de las OCS, sino queda en evidencia el éxito que puede tener una política social cuando se transfiere poder a la comunidad por parte del gobierno.

4.5. Resultados de los instrumentos aplicados a los Beneficiarios del Programa.

Gráfico N° 18: Distribución porcentual según la opinión de los beneficiarios del programa de Apoyo Farmacológico, en relación a la frecuencia con la que reciben los medicamentos.



Fuente: Datos recopilados por la autora.

Si bien es cierto que muchas enfermedades son curables; la hipertensión, la diabetes y epilepsia sólo pueden ser controlables en la medida en que las personas que las padecen estén conscientes de la necesidad de usar permanentemente los fármacos que se les prescriben. De allí la importancia que tiene el tratamiento facultativo en la recuperación de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida de los que sufren estas patologías.

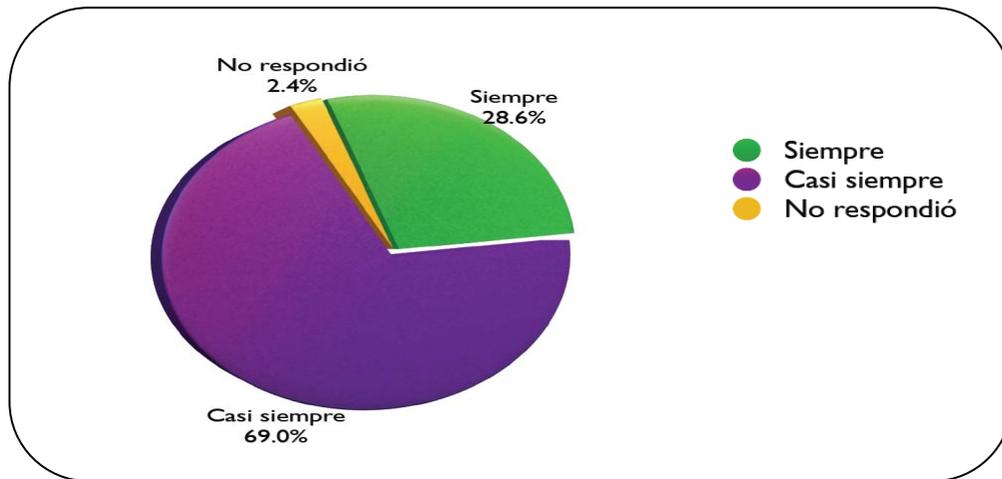
En la gráfica N° 18, el 76,2% de los entrevistados expresó que recibe el medicamento mensualmente, mientras que el 21,4% respondió que cada dos meses.

Por estos resultados se puede inducir que los beneficiarios en su gran mayoría reciben el medicamento de forma oportuna, tal como lo estipula el programa, pero no se puede obviar que existe una minoría representativa que obtienen en forma

irregular los fármacos, (según información adicional dada por la GPSPE), esto se debe a las restricciones que presentan los laboratorios en la oferta de los mismos. Esta situación no es controlable por el Sistema Público Regional de Salud, debido de que la producción de medicamentos en el país depende del sector privado.

De allí que los usuarios consideren en un 59,5% que recibe algunas veces la dosis completa del fármaco y sólo el 40,5% señaló que la recibe siempre (ver anexo). De ello se puede inferir, tomando en cuenta lo anteriormente referido, que la excesiva dependencia que se tiene del sector privado y el déficit financiero que presenta el programa (muy a pesar de los 1.500.00 bolívares fuertes que reciben anualmente), restringen la capacidad para subsidiar en un 100% a cada uno de los beneficiarios (esta percepción se corrobora cuando desde la Coordinación del programa se ven obligados el último semestre de cada año a solicitar un crédito adicional para solventar las necesidades farmacológicas). Es decir, la GPSPE está consciente de las limitaciones que tiene su capacidad de respuesta, que se refleja incluso por no poder atender todo el impacto que presupone en el futuro apoyar a todos los hipertensos, diabéticos y epilépticos del estado Sucre.

Gráfico N° 19: Distribución porcentual según la opinión de los beneficiarios en relación a si el personal cumple con sus expectativas.



Fuente: Datos recopilados por la autora.

La percepción que se tenga sobre la atención en salud es intrínsecamente subjetiva, y depende de la relación entre el personal que labora y de quienes demanda los servicios de salud. Desde un punto de vista analítico, la perspectiva de los usuarios acerca de lo que esperan de los funcionarios y de sus pares comunitarios (las OCS), que manejan el programa se representan en los siguientes elementos: logros de los objetivos asistenciales, desarrollo educativo y características del proceso interpersonal y "nivel de comodidad".

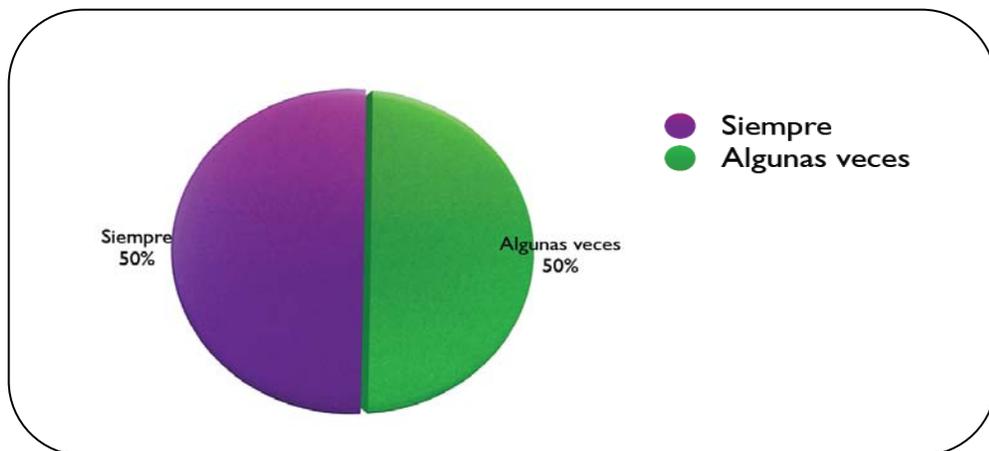
En el gráfico N° 19, se observa que el 69% de encuestados respondió que el personal de promoción social y las OCS casi siempre cumple con sus expectativas y un 28,6% opinó que siempre cumplen.

La proporción expresada en la gráfica lleva a deducir que estos tienen una perspectiva positiva del personal que labora en el programa de Apoyo Farmacológico en todos los factores en el que se desenvuelven, este es un indicador que influye de

forma acertada en la realización de las actividades, ya que refleja que los trabajadores cumplen con lo esperado desde óptica de los beneficiarios.

A partir de lo anterior se puede comprender por qué el 59,4% de los encuestados contestó que siempre los promotores sociales y las OCS responde a cualquier interrogante que estos puedan tener. (Ver anexo). En este nivel de vinculación se puede presumir que la relación y sinergia es genuina.

Gráfico N° 20: Distribución porcentual según la opinan de los beneficiarios en relación a si reciben orientación sobre algún tema asociado a su enfermedad.



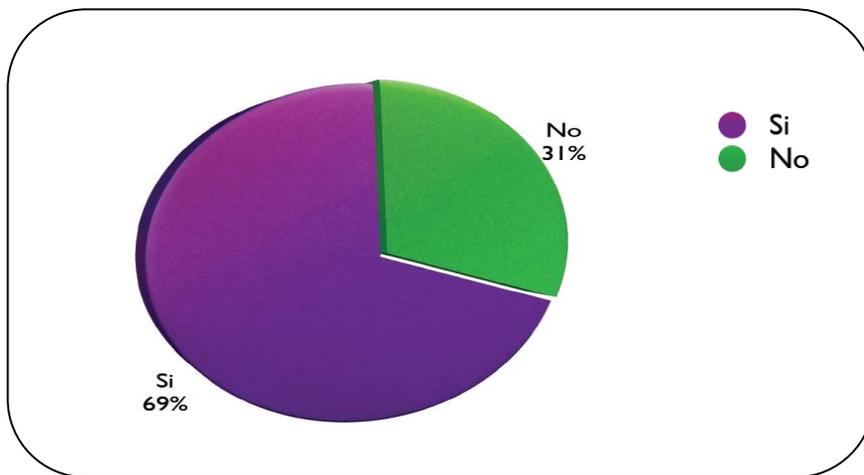
Fuente: Datos recopilados por la autora.

En el programa se busca a través de las orientaciones educativas que los beneficiarios conozcan todo lo relacionado a las patologías que los afectan. Al mismo tiempo se plantean diversos temas de interés relacionados con el mejoramiento de la calidad de vida para así formarlos con un conocimiento integral que supere la relación salud-enfermedad, ya que los seres humanos somos una unidad biológica, psicológica y social según los postulados expresados en el documento de Alma Ata.

En la lectura que se hace del gráfico N° 20, se observa que el 50% de los encuestados expresó que siempre reciben orientaciones de temas asociados a su enfermedad mientras que el 50% contestó que algunas veces.

De acuerdo a estos porcentajes presumimos que este resultado es efectivo desde todo punto de vista, ya que los temas asociados a las enfermedades no son los únicos que son impartidos en el programa, pero si son los que deberían tener mayor frecuencia, por ende deducimos que estos datos van en concordancia con los propósitos que se persiguen alcanzar, en este caso formar a los beneficiarios de manera integral, pero sin perder uno de los objetivos centrales que es educarlos acerca de su enfermedad, la combinación entre estas dos nociones es fundamental para lograr un efecto real. Además se inscribe en la nueva concepción de salud, que supera la visión biologicista de la enfermedad y la ubica en el plano de lo social.

Gráfico N° 21: Distribución porcentual según la opinión de los beneficiarios en relación a si en el programa se cumple con dictar mensualmente los talleres por parte del personal.



Fuente: Datos recopilados por la autora.

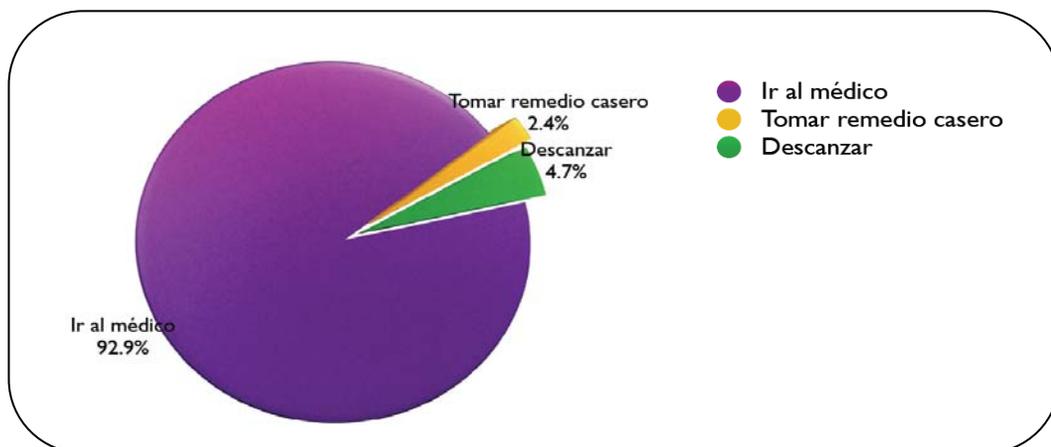
La continuidad de los talleres reviste un gran valor, debido a que permite mantener

una secuencia en la actividad, según lo señalado en el programa Apoyo Farmacológico los beneficiarios reciben la sesión educativa correspondiente al tema del mes, que se encuentra en planificación que mensualmente es proporcionada por la Gerencia de Promoción para la Salud y Prevención de Enfermedades.

En el gráfico se denota que 69% de los entrevistados respondió que el programa cumple con dictar las charlas mensualmente, mientras que un 31% dijo que no.

Para obtener los resultados esperados en el proceso de orientación educativa en favor de los usuarios es indispensable que las actividades programadas sean cumplidas a cabalidad, por ende presumimos que este resultado es positivo, a pesar que existe un porcentaje de los entrevistados que respondieron negativamente. En el marco de la investigación, y a partir de los datos, se propone que se revise el componente educativo para reducir el nivel de insatisfacción que presenta parte de los beneficiarios.

Gráfico N° 22: Distribución porcentual de la opinión emitida por los usuarios sobre su reacción ante una posible recaída.



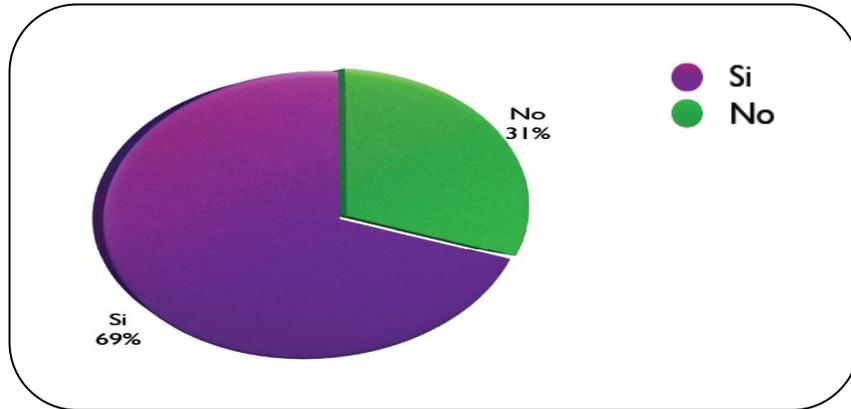
Fuente: Datos recopilados por la autora.

La formación del usuario comprende; por una parte, la sensibilización acerca de su enfermedad, brindarle un conocimiento integral para mejorar su salud y calidad de vida; y por otra parte, prepararlos para enfrentar cualquier evento que esté relacionado a su patología.

En la gráfica N^o 22, el 92,9% manifestó que de sufrir una recaída iría al médico; el 4,7% tomaría remedio casero y el 2,4% contestó que descansaría hasta pase el malestar.

Como podemos observar el mayor porcentaje de los entrevistados acudirían al servicio médico. En ese sentido se infiere que los usuarios tendrían la actitud más acertada a la hora de sufrir una recaída, lo que indica que los pacientes están preparados para reaccionar ante cualquier problema relacionado con su enfermedad, en estos casos actuar de forma pasiva puede complicar su estado de salud. La diferencia entre quedarse en casa e ir al médico podría ser la diferencia entre la vida y la muerte. El proceso de formación ha incidido en la mayor afluencia a los centros de salud donde se hace el control de las patologías atendidas en el programa. Ya en esta instancia se percibe que se responde de la manera adecuada, por ende esto representa un elemento efectivo.

Gráfico N° 23: Distribución porcentual sobre la opinión de los usuarios en relación a si se cumple el proceso de medición de la Presión Arterial



Fuente: Datos recopilados por la autora.

Para desarrollar el acto de atención integral en el programa Apoyo Farmacológico está establecido que se debe medir la presión arterial cada vez que sesione el club, esta información permite llevar un control no sólo colectivo sino individual, facilitándose así las estrategias de ajuste ante la posibilidad que se pueda presentar alguna eventualidad. La Medición de la presión arterial es igualmente una estrategia que facilita evaluar la efectividad del proceso de apoyo a los hipertensos, diabéticos y epilépticos.

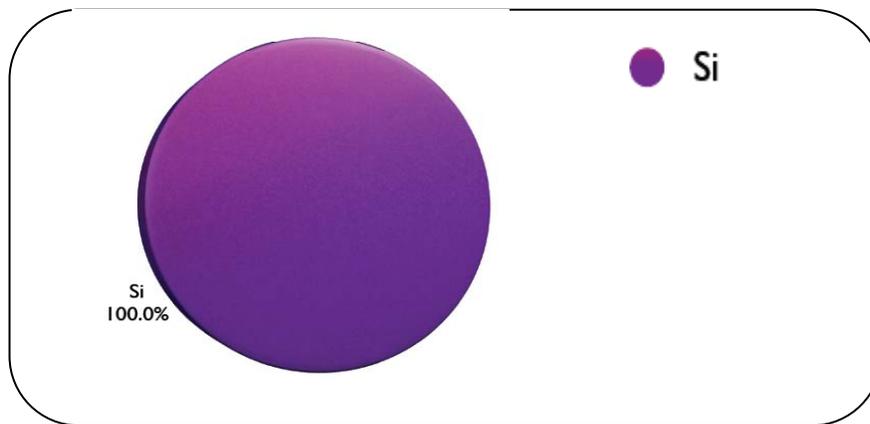
En un 69% los entrevistados dijeron que ha cumplido con tomar la presión arterial y un 31% se expresó negativamente.

El programa ha cumplido de manera aceptable con tomar la presión arterial de sus beneficiarios. Pero inferimos que esta actividad puede ser mejorada por promoción social y las OCS.

Se presume que una de las razones por la cual hubo un porcentaje que opinó que no se realizaba esta labor, pueden ser porque: a) algunos usuarios no hayan asistido a

alguna entrega del medicamento; o b) que el personal de salud no cuenta con los equipos suficientes para llevar a cabo la actividad, lo que puede en un futuro constituirse en un factor negativo.

Gráfico N° 24: Distribución porcentual de la opinión expresada por los beneficiarios en relación a si reciben visitas por parte de promoción social y las OCS cuando no asisten a la entrega del medicamento.



Fuente: Datos recopilados por la autora.

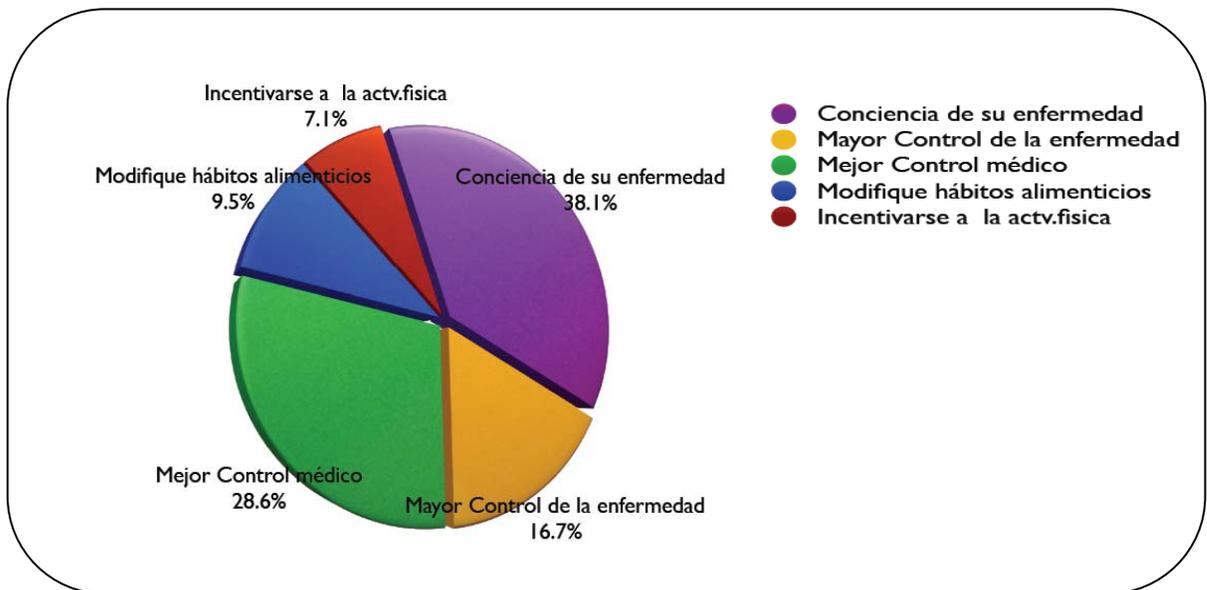
Las visitas están contempladas en el programa como una actividad de gran importancia, debido a que: a) es responsabilidad del Estado garantizar que los beneficiarios reciban la atención integral, incluido dentro de ese proceso el acto de entrega del fármaco; y b) la ausencia de estos puede ser un indicador de que se está presentando una complicación de salud, lo que obliga al personal que labora en el mismo asistir a su domicilio para indagar cual es el motivo exacto por el cual se ha dejado de asistir a las sesiones del club.

En un 100% respondieron los usuarios que son visitados cuando no se presentan a la actividad.

Es de suponerse que estas visitas se hacen de forma efectiva lo que permite que se

monitoree la situación actual del paciente aun cuando no asistan a la entrega del medicamento, este es un dato que muestra en todo sentido que esta situación es abordada de manera correcta y existe un sentido de relación adecuada entre los promotores sociales, las OCS y los usuarios.

Gráfico N° 25: Distribución porcentual de la opinión expresada por los beneficiarios en relación a los efectos que ha traído su participación en el programa Apoyo Farmacológico.



Fuente: Datos recopilados por la autora.

Los efectos producidos por un programa social, pueden estar previstos en los propósitos programados, según la teoría de evaluación de Aguilar y Ander- Egg (1994:41), también se pueden presentar los efectos no previstos que van apareciendo de acuerdo a la dinámica y desarrollo del mismo.

En el gráfico N° 25, se observa que un 38,1% expresó que es más consciente de su enfermedad; el 28,6% respondió que tiene un mejor control médico; 16,7% tiene

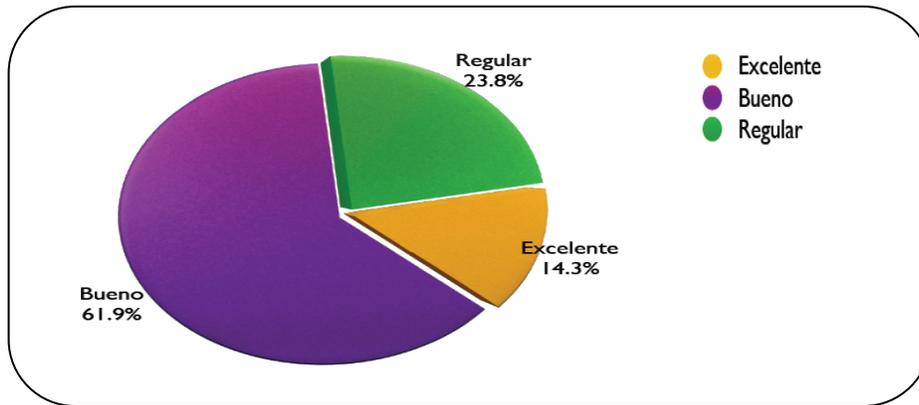
mayor control de la enfermedad; el 9,5% ha modificado sus hábitos alimenticios y un 7,1% manifestó que se incentivó a realizar actividad física

Por estos resultados podemos señalar que la mayoría de estos efectos están contemplados en el objetivo a cumplir en programa de Apoyo Farmacológico, es decir estos estaban previstos. Por ende es un elemento de éxito para el mismo en lo respecta a los beneficiarios, presumimos que para cualquier paciente hipertenso, diabético o epiléptico es de vital importancia estar consciente de lo que significa padecer estas patologías, ya que esto les permite poseer un conocimiento indispensable y contar con herramientas a la hora de presentarse un evento de crisis, de igual forma tener un control médico y un mejor control de su enfermedad les permite contar con el seguimiento necesario de su estado de salud.

Sin embargo es importante destacar que los usuarios del programa parecieran restarle importancia a la modificación de los hábitos alimenticios y actividad física, elementos necesarios para tener una mejor salud, lo que le da mayor relevancia al aspecto médico y de formación.

Si hacemos un contraste entre la opinión de los promotores sociales en el gráfico N^o 11, con la que está presente en este gráfico, al realizarse la misma pregunta, se puede evidenciar que los efectos desde la perspectiva del personal y la de los usuarios coinciden genuinamente, por esta razón se puede inferir que los efectos producidos por el programa son tangibles.

Gráfico N° 26: Distribución porcentual según la opinión de los usuarios acerca de como cataloga el programa de Apoyo Farmacológico



Fuente: Datos recopilados por la autora.

Un programa social puede ser catalogado en distintos niveles, esto va a depender de la percepción del entrevistado y de las relaciones que tengan estos con el mismo, igualmente va a influir la forma como se perciban las acciones realizadas, es decir, si se ha cumplido eficientemente y de manera oportuna con los compromisos adquiridos, y si la institución ha respondido de forma eficaz a las demandas.

Los datos revelan que un 76,2% expresó que lo cataloga entre bueno y excelente mientras que el 23,8% lo consideró que era regular.

El programa Apoyo Farmacológico es considerado por la mayoría de sus usuarios como bueno, se presume que ellos están conformes con el desempeño general de las actividades realizadas y con su funcionamiento. Esta información deja entrever que el programa ha tenido una aceptación por parte de los beneficiarios y la colectividad. Tal vez esa minoría que lo considera regular se deba a que no están conformes con la atención recibida o no se sienten identificados con el mismo.

CONCLUSIONES

- Los recursos materiales y financieros con los que cuenta el programa no son suficientes para darle amplia cobertura a los lineamientos del mismo, debido a la carencia de implementos e instrumentos para desarrollar las actividades asistenciales, esto se refleja en la falta de equipos como tensiómetros y glucómetros.
- En lo que respecta a los materiales que se utilizan para realizar las actividades educativas, sí se cuenta con el material necesario para impartir estas actividades, lo que le permite a los beneficiarios contar con estas herramientas para su formación.
- En el programa están presentes fallas relacionadas con la entrega de la dosis completa de los fármacos que le corresponden a los usuarios, lo que atenta con la entrega oportuna de los medicamentos; esto representa un factor negativo que puede atentar con la eficiencia del programa.
- El programa cuenta con suficientes funcionarios para realizar las labores establecidas, y también con la participación y colaboración de la comunidad organizada, lo que evidencia que tienen un recurso humano importante que puede cumplir con las demandas de los beneficiarios.
- El nivel de conocimiento que tienen los promotores sociales les permite desenvolverse de una forma aceptable, en lo respecta a prevención integral, manejo de instrumentos asistenciales, pero presentan debilidades en su formación sobre la Hipertensión, Diabetes y Epilepsia, ya que los funcionarios poseen una información media sobre éstas patologías, lo que representa un obstáculo para desarrollar las actividades educativas.

- Las condiciones del espacio físico donde se desarrollan las actividades no son las más adecuadas para llevar a cabo el programa satisfactoriamente, siendo esta una limitante para los beneficiarios, ya que el recinto es muy reducido para el número de pacientes que pertenecen al club, por otra parte no se cuenta con la iluminación y ventilación para realizar las actividades programadas.
- La comunidad Organizada representada en la OCS tienen la experiencia y experticia necesarias para apoyar todas las labores que se realizan en el programa.
- La OCS participa de forma activa en cada una de las actividades establecidas en el programa en lo que respecta a la captación de estas enfermedades, orientaciones mensuales a los beneficiarios, retiro de medicamenta en la GPSPE, visitas a los usuarios y todas las actividades que se desempeñan en el programa.
- La OCS brinda un apoyo incondicional y demuestra que tiene un sentido de pertenencia y compromiso desinteresado por el programa.
- La OCS está formada para intervenir de manera eficiente en la prevención de enfermedades y manejo de la Hipertensión, Diabetes y Epilepsia.
- Esta presente una relación de sinergia entre todos los actores sociales involucrados en el programa como lo son: promoción social, la OCS y los beneficiarios, esto representa un factor positivo para el éxito del programa.
- Los usuarios han recibido una capacitación que les permite estar conscientes de lo que representa padecer estas patologías, cuentan con un mejor control de salud y están formados para enfrentar cualquier eventualidad referente a su enfermedad; esto tiene gran influencia y trascendencia para mejorar la calidad de vida de este grupo de beneficiarios.
- La mayoría de los beneficiarios reciben los medicamentos mensualmente, tal

como está estipulado en el programa, aunque muchas veces se presentan irregularidades con este servicio, ya que en ocasiones los fármacos no son entregados oportunamente, debido a la falta de oferta por parte del sector farmacéutico.

- El personal del programa ha cumplido con las expectativas de los usuarios, lo que conlleva a que estos se sientan conformes y satisfechos con la atención asistencial y educativa que estos les brindan.
- El programa cuenta con una importante proyección en la comunidad de cascajal y es considerado como bueno por la población de usuarios que reciben sus servicios, esto a pesar de las fallas mencionadas anteriormente, pues este programa ha respondido de manera aceptable con los compromisos adquiridos y con la finalidad para la cual fue creado.

RECOMENDACIONES

- Es de vital importancia que FUNDASALUD, gestione los recursos para la reestructuración y ampliación de la planta física donde se desarrolla el programa.
- Es fundamental que se tramiten los recursos necesarios para cubrir la demanda de los materiales y equipos que requiere el programa.
- La GPSPE debe diseñar nuevas estrategias para la formación de los promotores sociales, con el fin de que manejen un conocimiento bien exhausto sobre la Hipertensión, Diabetes y Epilepsia.
- La coordinación de Apoyo Farmacológico debe planificar mejor la compra de los fármacos, para contrarrestar la falta de muchos de ellos, cuando el sector privado no pueda ofertarlos de manera oportuna.
- Tiene que establecerse un plan de acción para integrar a los beneficiarios que presentan cierta apatía en la participación de las actividades que se realizan en pro de mejorar su salud.
- Es necesario que el programa sea objeto de manera continua de evaluaciones que permitan corregir las fallas que se presentan en su aplicación.

BIBLIOGRAFÍAS

AGUILAR., María y ANDER-EGG., Ezequiel. (1994). Evaluación de Servicios y Programas Sociales. Editorial Lumen. Argentina.

ALVAREZ, Lourdes. (1999). Políticas Sociales: Exclusión y Equidad en Venezuela durante los años 90. Editorial Trillas. México.

BRICEÑO, León. (2005). *Un Balance de la Salud en América Latina*. Editorial Ex libris. Venezuela.

BRIONES, Guillermo. (1991). Evaluación de Programas Sociales. Editorial Trillas. México.

CASANOVA, Joen. (1993). Descentralización en la Educación y la Salud. Editorial texto Venezuela.

D'ELIA, Yolanda. (2002). Cambiando la Orientación de las Políticas Públicas hacia el impacto de la calidad de vida desde una perspectiva de derechos y equidad. ILDIS/ Fundación Friedrich Ebert. Caracas.

De NEGRI, Armando y otros. (2002). El desarrollo de un pensamiento estratégico en las políticas por la calidad de vida y la salud. Instituto de Altos Estudios Arnaldo Gabaldón. Módulo 1. Caracas.

ESTRADA, Víctor. (2006). Salud y Planificación Social. Editorial Espacio. Buenos Aires.

FERNÁNDEZ Y ROSAS. (1984). Política Social y Trabajo Social. Editorial

Humanista. Buenos Aires.

GONZÁLEZ, Lissette. (1996). La Política Social en Venezuela. Centro Gumilla. Caracas.

KLISKBERG, Bernardo. (1992). La pobreza: Un tema impostergable. Editores monte Ávila. Caracas. Venezuela.

MASCAREÑO, Carlos. (2000). Balance de la descentralización en Venezuela. Logros, limitaciones y perspectivas. CEPAL. Santiago de Chile.

MÉNDEZ, Absalón. (1992). Estado y Política Social en Venezuela. Ediciones Faces, Caracas Venezuela.

OCHANDO, Carlos. (2002). El Estado de Bienestar. Editorial Ariel. Barcelona.

Revistas

BRICEÑO, León. (1995 julio). Salud y Sociedad. *Revista Espacio Abierto Vol.5 N 4* Venezuela.

MAIGON, Thais. (1992 Mayo). La política social y el nuevo rol del Estado. Espacio Abierto, N 3 Venezuela

MAINGON, Thais. (1995 Abril). Política social en Venezuela. Cuadernos del Cendes. Vol. 21 .N 5

MAINGON, Thais. (1996 Septiembre). Cambios ocurridos en las políticas y estrategias de Salud. *Espacio Abierto Vol.5 N 2*

MAINGON, Thais. (2003). La política social en Venezuela: 1999-2003. Informe social 8, 2002. ILDIS. Caracas.

MAINGON, Thais. (2004) .Política Social en Venezuela. Cendes N 21 Venezuela.

PÉREZ, Jorge y SUÁREZ, Pilar. (2006).Descentralización y sistema de Salud en América Latina. *Revista de Ciencias Sociales* Vol. 1. N 12 Venezuela.

RODRIGUEZ, V. (1997). La participación como una respuesta ciudadana. *Espacio Abierto*, Vol. 6

Informes técnicos y documentos legales

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA (CRBV) (1999, Diciembre 30) Gaceta Oficial N 36.860. Caracas.

EPIDEMIOLOGÍA REGIONAL DEL ESTADO SUCRE. (2007). Estadísticas epidemiológicas sobre Hipertensión, Diabetes y Epilepsia. Cumaná.

FUNDACIÓN PARA LA SALUD DEL ESTADO SUCRE (FUNDASALUD). (2006). Temario de capacitación para las OCS. Cumaná

INFORME SOBRE DESCENTRALIZACIÓN EN VENEZUELA. (1993). Editorial Artes C.A, Caracas.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE). (1992). Censo Nacional de Población. Caracas.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE). (1993). Censo Nacional de

Población. Caracas.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE). (2001). Censo Nacional de Población. Caracas.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE). (2003). Censo Nacional de Población. Caracas.

LINEAS GENERALES DEL PLAN DE DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL DE LA NACIÓN (PDESN) (2001). Caracas.

MINISTERIO DE SALUD- Coordinación de atención primaria. (2004). Plan Barrio Adentro en atención primaria de salud. Caracas.

MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL (MSAS). (1992). Políticas de salud en Venezuela. Caracas.

MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL / BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. (1996). Plan de descentralización del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Caracas.

MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL. (2003). Redes de Atención del Sistema público Nacional de Salud en el marco de las redes de promoción de calidad de vida. Maracay.

OFICINA CENTRAL DE PLANIFICACIÓN DE LA PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA (1995). Proyecto de País. Documento del IX. Plan de la Nación.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2003). Informe sobre la Salud en el

Mundo: forjemos el futuro. Ginebra.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. (2005). Iniciativa Regional de Datos Básicos de Salud 1995-2005.

PROVEA (2003) Situación de los derechos humanos en Venezuela. Informe anual. Octubre 2002-septiembre 2003. Programa venezolano de educación-acción en derechos humanos. Caracas.

_____ (2003). *El derecho a la salud en el proyecto bolivariano*. Caracas.

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL. (2005). Anuario de Mortalidad del año 2003. Caracas.

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL. (2005). Boletín Epidemiológico Semanal (Semana 17). Caracas.

Sitios Web

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPALC). (2006, 15 de noviembre). Reunión de expertos sobre la población y pobreza. Santiago, Chile. GUILLERMO, Cruces. Consultado el 1 de mayo de 2007, en: www.eclac.org/celad/agenda/5/26955/PobyPobreza_agenda.pdf

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICAS (2007). Portal de información sobre estadísticas. Documento electrónico disponible en www.ine.gov.ve.

MINISTERIO DE COMUNICACIÓN E INFORMACION (2006). El concepto de

salud integral en Venezuela. Documento electrónico disponible en www.barrioadentro.gov.ve/MINC.

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD Portal de información sobre Estadísticas. Documento electrónico disponible en www.msds.gov.ve

PROYECTO DE LA LEY ORGÁNICA DE SALUD 2001 (2000, 11 Noviembre) Leyes de Venezuela. En Gaceta N° 36.579, Consultado 6 de abril 2007, en www.derechos.org.ve/instrumentos/sisnacional/ley_organica_salud.pdf.

RAGGIO, Liliana (1997) evaluación de los programas sociales desde una perspectiva cualitativa. Consultado 9 septiembre de 2008 en <http://rehue.Csociales.Uchile/antropología/congreso/S1713.html>.

Tesis y trabajos de Ascenso

ACUÑA y CEDEÑO. (2006, Marzo). Estudio evaluativo sobre de la gestión de FUNDASOES en la ejecución del programa de alimentación escolar. *Tesis de la Licenciatura en Sociología*, Escuela de Ciencias Sociales, Universidad de Oriente. Cumaná, Venezuela.

GRABINI, Ana. (2000, Abril). Estudio evaluativo del programa de bienestar social ejecutados por la división de desarrollo social del Ministerio de Relaciones Exteriores. *Tesis de la Licenciatura en Sociología*, Escuela de Ciencias Sociales, Universidad de Oriente. Cumaná, Venezuela.

MAGO, Evelin. (2002). Un caso de transferencia de competencia de salud: Hospital Antonio Patricio Alcalá Cumaná, Estado Sucre año 2001. *Trabajo de Ascenso*. Universidad de Oriente. Cumaná, Venezuela

HOJA DE METADATOS

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 1/5

Título	ESTUDIO EVALUATIVO DEL PROGRAMA DE APOYO FARMACOLÓGICO DE LA GERENCIA DE PROMOCIÓN PARA LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DE FUNDASALUD, EN LA COMUNIDAD DE CASCAJAL, PARROQUIA ALTAGRACIA DEL MUNICIPIO SUCRE, ESTADO SUCRE. AÑO 2007”
Subtítulo	

Autor

Apellidos y Nombres	Código CVLAC / e-mail	
Bittar P., Yannelys del V	CVLAC	16.388.963
	e-mail	Cyannelys69@hotmail.com
	e-mail	

Palabras o frases claves:

Programa de Salud
Descentralización
Evaluación

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 2/5

Líneas y sublíneas de investigación:

Área	Subárea
Ciencias Sociales	Sociología
	Estrategias Sociales

Resumen (abstract):

La crisis económica por la que atraviesan los países de América Latina y específicamente Venezuela desde la década de los años 80, ha repercutido de manera decisiva en el nivel de la calidad de vida de la población, afectando uno de los sectores más importantes de una sociedad como lo es el de la salud, ya que en esta área se ha presentado fuertes problemas con la deficiente prestación de servicios sanitarios, así como políticas públicas y programas sociales que no han contado con la debida continuidad, seguimiento y evaluación, lo que ha contribuido al desgaste de los sistemas de salud. A través del proceso de la descentralización muchos de estos programas fueron transferidos a las gobernaciones y alcaldías lo que alivio muchos de los problemas en este sector debido a la centralización política administrativa. En el marco de estas políticas se presenta este trabajo de investigación que tiene como objetivo Evaluar el Programa de Apoyo Farmacológico de la G.P.S.P.E de FUNDASALUD en la comunidad de Cascajal, parroquia Altagracia del Municipio Sucre, Estado Sucre. El estudio se llevó a cabo bajo una metodología cuantitativa con aspectos cualitativos de tipo descriptiva con carácter evaluativo, con un universo de 58 entrevistados el cual estuvo constituido por los promotores sociales, la OCS, los beneficiarios y el coordinador del programa. Asimismo, el estudio permitió profundizar el concepto de la salud en Venezuela, las políticas sociales en salud, la descentralización en los servicios de salud y la evaluación de los programas sociales. Palabras claves: programas sociales, descentralización, evaluación

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 3/5

Contribuidores:

Apellidos y Nombres	ROL / Código CVLAC / e-mail	
Salas Dioni	ROL	CA <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> TU <input checked="" type="checkbox"/> JU <input type="checkbox"/>
	CVLAC	8.333.804
	e-mail	DSala5@hotmail.com
	e-mail	
Loroño Rita	ROL	CA <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> TU <input type="checkbox"/> JU <input checked="" type="checkbox"/>
	CVLAC	
	e-mail	
	e-mail	
Gómez, Irely	ROL	CA <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> TU <input type="checkbox"/> JU <input checked="" type="checkbox"/>
	CVLAC	8.333.804
	e-mail	
	e-mail	

Fecha de discusión y aprobación:

Año Mes Día

2009	06	10
------	----	----

Lenguaje: SPA

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 4/5

Archivo(s):

Nombre de archivo	Tipo MIME
Tesis-BittarYannelys.doc	Application/Word

Alcance:

Espacial : _____ (Opcional)

Temporal: _____ (Opcional)

Título o Grado asociado con el trabajo:

Licenciatura Sociología

Nivel Asociado con el Trabajo: Licenciatura

Área de Estudio:

Sociología

Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado:

Universidad de Oriente

Hoja de Metadatos para Trabajos de Grado y Ascensos.-
5/5

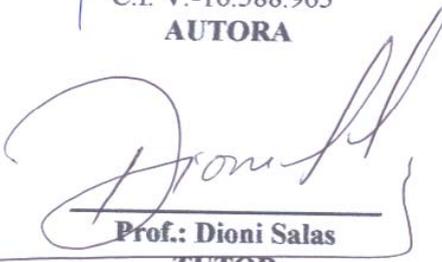
Derechos:

Yo, Yannelys del Valle Bittar Pérez, autora de esta investigación, garantizo de forma permanente a la Universidad de Oriente el derecho de archivar y difundir por cualquier medio el contenido de este trabajo. Esta difusión será con fines científicos y educativos.

Asimismo, me reservo los derechos de propiedad intelectual, así como todos los derechos que pudieran derivarse de la institución.



Yannelys Bittar
C.I. V.-16.388.963
AUTORA



Prof.: Dioni Salas
TUTOR



Profa.: Rita Loroño
Jurado



Profa.: Irey Gómez
Jurado

POR LA SUBCOMISIÓN DE TRABAJO DE GRADO
CIENCIAS SOCIALES

