

**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE ANZOÁTEGUI
ESCUELA DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN
AREA: ADMINISTRACIÓN I**



**PLANIFICACION Y POLITICAS PÚBLICAS EN LOS
PRINCIPALES CENTROS DE SALUD DE LA ZONA NORTE
DEL ESTADO ANZOÁTEGUI**

REALIZADO POR:

BRITO SIFONTES YESSYKA V. V.

C. I: 16.717.247

MARTÍNEZ ACUÑA MARÍA. A

C. I: 16.854.927

Barcelona, marzo de 2009

**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE ANZOÁTEGUI
ESCUELA DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN
AREA: ADMINISTRACIÓN I**



**PLANIFICACION Y POLITICAS PÚBLICAS EN LOS
PRINCIPALES CENTROS DE SALUD DE LA ZONA NORTE
DEL ESTADO ANZOÁTEGUI**

REALIZADO POR:

BRITO SIFONTES YESSYKA V. V.

C. I: 16.717.247

MARTÍNEZ ACUÑA MARÍA

C. I: 16.854.927

TUTORES:

BETHZAIDA CASTRO

DAYSI RODRÍGUEZ

LINDA NÚÑEZ

Barcelona, marzo de 2009



RESOLUCION

De acuerdo al artículo 44 del Reglamento de Trabajo de Grado:

“Los Trabajos de Grado son de exclusiva propiedad de la universidad de oriente, y solo podrá ser utilizados para otros fines con debido consentimiento del consejo de núcleo respectivo, el cual lo participara al Concejo Universitario”

DEDICATORIA

Primeramente hago esta dedicatoria a Dios, por regalarme esta vida y poder ver cumplido uno de mis sueños.

A mis padres, Juan F. Brito y María J. De Brito, porque creyeron en mí, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final. Esto es por ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí.

A mis hermanos Rainer, Karla y Magalys por estar siempre allí, y aun más en este momento brindándome siempre apoyo y confianza que necesite durante mi vida y en especial en los momentos en que estuve dedicada a mi carrera.

A mis sobrinos Laura, Juan, Marelvis y María Valentina por formar parte de mi vida y alegrar mis días. Los quiero mucho.

A mis abuelos, tíos, primos por darme su cariño y apoyo. Los quiero mucho.

También quiero dedicarle estas líneas a una persona muy especial que estuvo conmigo apoyándome en todo momento en la realización de este trabajo, mi novio, José Manuel Avanez, Gracias por estar allí te amo.

A mí compañera y amiga, por su confianza y amistad que espero tener siempre, muchas gracias por haber compartido parte de esta lucha, no solo en las AREAS sino en el camino recorrido para llegar a la culminación de esta meta.

Yessyka V. V. Brito Sifontes.

DEDICATORIA

A Dios todo poderoso por estar siempre presente y darme la fuerza necesaria para cristalizar este hermoso sueño.

Dios es quien nos concede el privilegio de la vida y nos ofrece lo necesario para lograr nuestras metas. Gracias de todo corazón por permitirme estar aquí, por las pruebas que me hacen crecer como persona y ser humano y me permiten dar lo mejor de mí, pero lo mejor de todo, me acercan más a ti, ya que todo en este mundo es perecedero y solamente lo que viene de ti es verdadero y es eterno.

A mis padres, los tesoros más hermoso que tengo en esta vida y quienes son el motivo principal que me dieron la fortaleza para luchar y seguir adelante cada día. Este logro es de ustedes, por ustedes y para ustedes. LOS AMO Y QUIERO CON TODO MI CORAZON.

A mis hermanos: Elsi, Marggi, Pedro, Joel, quienes me han apoyado siempre en los triunfos y en los fracasos a lo largo de mi vida y me han demostrado en los momentos difíciles el gran amor que nos une. Gracias por estar siempre allí. Los Quiero.

A mis sobrinos: Valeria, Rafael, Karina, los adoro, y quiero mucho.

A mi cuñado Dicsigson Martínez por todo su apoyo y cariño.

A mi amiga Yessyka Brito por su amistad incondicional, por regalarme siempre palabras motivadoras, por su confianza. Por todo el apoyo que me ha brindado en los momentos de debilidad.

Finalmente le dedico este logro a todas aquellas personas que no nombre pero que fueron testigos del éxito que hoy obtengo y que me apoyaron de alguna u otra manera para ustedes esta dedicatoria.

María. A. Martínez .A

AGRADECIMENTOS

Quiero dedicar estas líneas al equipo de docentes que impulsan los Cursos Especiales de Grado, quienes nos han dirigido de una forma profesional, dándonos soporte técnico y sus conocimientos. De manera especial a las profesoras **Bethzaida, Daysi y Linda**, por darnos tan valiosas sugerencias mostrándonos siempre con mucha paciencia su apoyo y experiencia.

También quiero darles mis agradecimientos a todas aquellas personas que colaboraron con nosotras, al personal tanto obrero como administrativo de los diferentes centros de salud que visitamos durante el desarrollo de este trabajo. Muchísimas gracias.

Yessyka V. V. Brito Sifontes.

AGRADECIMENTOS

A todos los profesores, que fueron bases fundamentales para iniciar el camino de mi formación profesional. Especialmente a las profesoras de áreas de grado: **Daysi, Linda, Bethzaida**, por haberme brindado sus conocimientos, asesoría y lineamientos necesarios para cumplir con el objetivo final de este ciclo universitario.

María. A. Martínez .A

INTRODUCCIÓN GENERAL

Los Cursos Especiales de Grado presentan como su principal finalidad el poder contribuir a elevar nuestro nivel académico y profesional, brindándonos herramientas e información primordial para tal fin. Además permite profundizar cada vez más en el conocimiento de tópicos relevantes para el ejercicio de nuestra profesión dado que la adquisición de estos conocimientos serán verdaderas herramientas en el ámbito laboral.

Los mismos son enfocados hacia el desarrollo de temas en cada una de las asignaturas que constituyen los Cursos Especiales de Grado, en el área de Gerencia Cuantitativa.

Los Cursos Especiales de Grado representan actualmente una de las alternativas que nos ofrece la Escuela de Ciencias Administrativas de la Universidad de Oriente para desarrollar los trabajos finales de grado, los cuales se encuentran dirigidos a la elaboración y desarrollo de investigaciones y trabajos de campo con aspectos relevantes y temas actuales que nos permiten enriquecer y aumentar nuestros conocimientos y culminar estudios de Pre- Grado con la presentación y defensa de un trabajo investigativo orientado a favor de aportes a nuestra máxima casa de estudios.

Los Cursos Especiales de Grado son pequeños laboratorios donde se experimenta de manera segura como será el campo laboral y hacia donde deben dirigir nuestros esfuerzos al momento de querer obtener un lugar en un mundo tan competitivo, esto se logra a través de la excelente preparación que nos brindan los profesionales que tienen bajo su responsabilidad tan importante labor. Estos cursos especiales de grado están dirigidos por los profesores de cada una de las especialidades.

OBJETIVOS

Objetivo General

Cumplir con el requisito parcial para optar al Título de Licenciado en Administración a través de la presentación de este Análisis y Síntesis de los Cursos Especiales de Grado.

Objetivos Específicos

- Preparar y complementar la información de los estudiantes para el mejor desempeño de su carrera profesional.
- Asesorar al estudiante en la investigación y realización de los Trabajos de Grado.
- Profundizar en conocimientos útiles en el futuro desempeño profesional.
- Desarrollar tópicos de interés para la formación profesional y académica para Licenciados en Administración.
- Procurar incorporación rápida y efectiva de nuevos profesionales altamente calificados al mercado laboral.

JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA GENERAL

Este análisis y síntesis de los Cursos Especiales de Grado, son de gran relevancia porque en ellos se imparten temas de actualidad que sin duda alguna serán de gran utilidad para el mejor desempeño de nuestra profesión.

Estos cursos tienen por objetivo, el aumentar los conocimientos del estudiante y llevarlo a la búsqueda de la excelencia profesional, de igual forma incentiva al desarrollo de nuevas ideas, necesarias para el crecimiento profesional y personal de los encargados en la tarea de abrir horizontes en el ámbito de las finanzas, economía y desarrollo del potencial humano de Venezuela.

Además su contenido se podrá utilizar como material de apoyo para realizar otras investigaciones de las áreas tratadas. Asimismo servirá de consulta en aquellas asignaturas relacionadas con estos temas, que se imparten en la Escuela de Ciencias Administrativas.

METODOLOGÍA

Para la preparación y elaboración de los temas investigados en el Área de Grado se utilizó la siguiente metodología:

- Investigación Bibliografía.
- Asistencia a clases.
- Entrevistas informales a personas especialistas en los temas.
- Revisión de revistas especializadas.
- Revisión de materiales de talleres.
- Consultas vía Internet.
- Excelente asesoría de los profesores: Quienes nos Brindaron toda la información que realmente requerida para culminar nuestras investigación.

RESUMEN

PLANIFICACION Y POLITICAS PÚBLICAS EN LOS PRINCIPALES CENTROS DE SALUD DE LA ZONA NORTE DEL ESTADO ANZOÁTEGUI

TUTORES:

BETHZAIDA CASTRO

DAYSI RODRÍGUEZ

LINDA NÚÑEZ

REALIZADO POR:

BRITO YESSYKA C. I: 16.717.247

MARTÍNEZ MARÍA C. I: 16.854.927

Barcelona, marzo de 2009

La Salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad. El saneamiento del medio ambiente, el control de las enfermedades transmisibles, la educación sanitaria, la organización de los servicios médicos y de enfermería; el desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren al individuo y a la comunidad un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud. Los Programas de Salud son de gran importancia porque es una asistencia especializada brindada por los centros integrales y algunos ambulatorios, que le ofrece a la comunidad apoyo integral, garantizando a los pacientes el acceso gratuito a consultas médicas y fármacos, para aquellos tratamientos especiales y constantes. El estado venezolano, brindara a la población el desarrollo de políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios.

Palabras claves: Salud, Planificación, Políticas Públicas y Programas.

INTRODUCCIÓN

La planificación y las políticas públicas en materia de salud en Venezuela comprenden un sistema centralizado en cuanto al nivel gerencial, y un vasto nivel operativo, que comprende todos los hospitales de diferentes categorías con sus respectivos centros ambulatorios, es decir, una organización con una estructura principalmente vertical. Se observa que este gran sector depende directamente de la gerencia y por consiguiente poseen deficiencias propias del sistema, que repercuten en problemas del sector operativo todo esto debido a que no pueden ser tratados en forma minuciosa, sin tomar en cuenta las directrices que se emanan del nivel gerencial.

Cada hospital cuenta con unos directivos que, desde el punto de vista de organización, puede ser considerado como un supervisor. Este puesto gerencial puede ser considerado como un puesto de supervisor porque cumple solamente la función de recibir los recursos y redistribuirlos, como así también poner en práctica todas las órdenes que son enviadas desde la gerencia. Este puesto no tiene gran poder de decisión porque no cuenta con un margen de movimiento.

En este contexto, el Estado venezolano, en aras de brindar a la población el desarrollo de políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios, la Asamblea Nacional aprobó en primera discusión en el mes de diciembre de 2004, el Proyecto de Ley de Salud y Sistema Público Nacional de Salud, el cual prevé la conformación de un Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), previsto en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (Art. 84), a través del cual el Estado creará, gestionará y ejercerá la rectoría de este nuevo modelo de organización del sistema de salud; de carácter único, intersectorial,

intergubernamental, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, que tendría como meta primordial, propiciar la restitución y fortalecimiento del derecho a la salud, mediante la planificación, promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

Estos cambios en el sistema de salud pública, están orientados a la definición de prioridades de salud, que permitan abordar los grandes problemas de la población, y a su vez, implantar sistemas de información que hagan más transparentes y eficientes los resultados obtenidos; pero tales metas solo se verán concretados a través de un proceso de “unificación” (tipificado en la Ley Orgánica de Salud), que consiste en la progresiva integración de los organismos, instituciones, centros y establecimientos públicos prestadores de servicios de salud, en una sola rectoría en todos los niveles gubernamentales, tanto para el financiamiento como para la prestación de servicios, coadyuvando a la homogenización, descentralización e integración de la política de salud pública venezolana.

INDICE

RESOLUCION	iv
DEDICATORIA	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTOS.....	vii
AGRADECIMIENTOS.....	viii
RESUMEN.....	xiii
INDICE.....	xvi
CAPITULO I.....	19
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
1.1 Objetivo General	25
1.2 Objetivos Especificos.....	25
1.2.1 Marco Metodológico.....	26
1.2.2 Tipo De Investigación.....	26
1.2.3 Diseño De Investigación	26
1.2.4 Técnicas E Instrumentos De Recolección De Datos.	28
1.4 Marco Teórico	31
1.4.1 Antecedentes.....	31
1.4.2 Bases Teóricas.....	37
1.4.3 Bases Conceptuales.....	47
CAPITULO II.....	50
2.1 Definición De Los Indicadores Y Variables De Estudio.....	52

2.2 Análisis Estadísticos De Los Indicadores	54
CAPITULO III	80
3.1 Análisis De Las Políticas Públicas En Materia De Salud	80
3.2 Marco Institucional.	81
CAPITULO IV.....	121
DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN	121
CONCLUSIÓN	171
RECOMENDACIONES.....	173
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	174
METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:.....	177

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) se funda en Venezuela para el año 1936 sustituyendo al Ministerio de Sanidad, Agricultura y Cría. En esta época el desarrollo del sistema público de salud reflejaba las necesidades de la población rural y se apoyaba en un modelo económico basado en la expansión de la frontera agrícola. A partir de 1948 se construyeron y dotaron unidades sanitarias y consultorios rurales, llamados medicaturas en todo el país, así como hospitales en casi todas las ciudades grandes del interior del país.

Durante las primeras tres décadas del sistema político instaurado a partir de 1958, año en que se inicia en Venezuela la etapa democrática, la planificación y los programas sociales se definieron en términos amplios. En teoría toda la población tenía derecho a los beneficios de salud, educación, seguridad y protección social, en forma gratuita, acompañados de la obligación del Estado de asegurar directamente su provisión. Pero en la práctica el acceso a los programas sociales dependía de la adscripción a ciertos organismos, y fundamentalmente, de la condición urbana, de la situación laboral y de la cercanía del beneficiario a la red pública de servicios. Sin embargo la inversión pública en servicios de salud se fue deteriorando a partir de los años sesenta, afectando la efectividad de los programas de prevención y control de los problemas de salud prioritarios ligados a la pobreza rural y limitó el desarrollo de programas nuevos que hicieran frente a las condiciones de vida de las poblaciones urbanas marginales, cada vez más numerosas.

En razón a la orientación curativa de la práctica médica desarrollada en el país y al descuido de la medicina anticipatoria y preventiva dada por las autoridades de las instituciones de salud del estado, los ambulatorios no tenían una adecuada capacidad resolutive, lo cual obligaba al usuario a elegir como vía más segura al hospital para que le solucionara sus problemas de salud.

Posteriormente, la declaración de Alma Ata en 1978 y el compromiso de todos los países del mundo de impulsar la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), generaron tanto un amplio espacio de debate, como la reconstrucción de una nueva mirada sobre los problemas de salud colectiva. El reforzamiento del derecho a la salud para todos y sus principios estratégicos: la equidad, la universalidad, la interdisciplinariedad, la intersectorialidad, la participación social y el desarrollo de tecnologías apropiadas y culturalmente aceptadas (OMS/UNICEF, 1978) plantearon un desafío para los sistemas de salud. Los países parecieron asumir con entusiasmo tales postulados; en Venezuela se desarrollaron un conjunto de esfuerzos dirigidos a desarrollar los principios de la Atención primaria de Salud (APS).

No obstante, durante los últimos años de la década de los ochentas y todos los años noventas del siglo XX, en Venezuela, así como en la mayoría de los países de América Latina, con la excepción de Cuba; se aplicaron las medidas propuestas por el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI) (Muntaner, Salazar, Rueda y Armada, 2006). Sus premisas fundamentales fueron reducir la presencia del Estado en el financiamiento y ejecución de las políticas sociales, con la consecuente privatización de los servicios, descentralización, liberación de los precios de los productos básicos, incluyendo los honorarios de la medicina privada, la

apertura de la inversión extranjera, que en materia de salud se expresó por la presencia de las aseguradoras privadas de salud (Homedes y Ugalde, 2005), (De Vos, De Ceukelaire y Van Der Stuyft, 2006). La razón fundamental para la aplicación de estas políticas en estos países fue el déficit financiero imperante en la región, consecuencia de la evolución de la economía dependiente de nuestros pueblos y la posibilidad de financiamiento con las organizaciones internacionales, principalmente estadounidenses, que imponían a los países sus políticas económicas y sociales (Armada, Muntaner y Navarro, 2001).

En Venezuela, la aplicación del paquete de políticas recomendadas por el FMI y el BM se llamó “el gran viraje” (Fajardo-Cortés y Lacabana, 1993). Conduciendo a la revuelta popular de 1989 denominada “el Caracazo”, que se detonó ante el aumento del costo de la gasolina y del transporte público, en un pueblo con descontento acumulado. Posteriormente en 1994 comienza el gobierno socialcristiano de Rafael Caldera, con una coalición que incluía desde los grandes grupos de poder económico y de la Medicina Social.

La política de salud implementada en este período se caracterizó por: reducción del gasto público en salud, privatización de los servicios a través del cobro directo o indirecto en los establecimientos públicos de salud, el aumento de los seguros privados de hospitalización, cirugía y maternidad de los trabajadores del sector público, estímulos y otorgamiento de facilidades económicas para la construcción de centros de salud privados. Esta situación desató el abandono de la atención del primer nivel y de la estrategia de APS, causándose así el deterioro de los establecimientos públicos de salud existentes, sin que se construyeran nuevas infraestructuras durante el período.

Las reformas que se hicieron para los años noventa significaban, reducir la intervención del Estado en la prestación de servicios, establecer tres modelos de gestión de salud competitivos: modelo público abierto, con sistemas de recuperación de costos; modelo de seguridad social, con acceso restringido; y modelo privado para la población con capacidad económica y para los trabajadores del sector público con seguros privados de hospitalización, cirugía y maternidad; convertir a los hospitales y otros establecimientos públicos en empresas sociales; desarrollar un sistema escalonado de tarifas y un mecanismo estratificado de costos a subsidiar para reducir en un 75% el personal obrero y administrativo no productor de servicios de salud (Rondón, 1996).

Otro elemento importante que marcó la reforma sanitaria venezolana durante los años 90 fue la descentralización. Se aprobaron dos instrumentos legales: la “Ley Orgánica de Descentralización y Delimitación de Transferencia del Poder Público” y la “Ley Orgánica de Elección y Remoción de Gobernadores y Alcaldes”. La primera ley hace una relación de un conjunto de servicios que deben ser transferidos progresivamente a las entidades federales incluyendo la salud pública como uno de ellos. Los gobernadores comenzaron a solicitar la transferencia de competencia que se les daba a través de estas leyes, sin previa evaluación de las capacidades regionales para asumir el nuevo papel. Esto trajo como consecuencia que cada gobernación creara instituciones de salud con diversos modelos de gestión como: corporaciones, fundaciones, institutos autónomos y direcciones regionales de salud. Con la descentralización se comenzó un proceso de ampliación y profundización de la privatización de los servicios públicos, debido a la urgente necesidad de buscar respuestas. Igualmente, se incrementó la participación de organizaciones no gubernamentales sin

fines de lucro, muchas de las cuales asumieron progresivamente el funcionamiento de los servicios de salud (Rincón y Rodríguez, 2004).

En los últimos años el estado venezolano ha implementado algunas políticas de salud para que los usuarios no saturen los hospitales en búsqueda de soluciones a problemas básicos, para esto ha puesto en marcha campañas de vacunación en ambulatorios y los Barrio Adentro en los diferentes niveles, además de la construcción de centro de diagnósticos que permiten disminuir la cantidad de pacientes que acuden a los Hospitales Generales y Especiales.

La calidad del sistema de salud pública, es directamente proporcional a participación ciudadana, esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud. Su acción trasciende los espacios de los servicios para insertarse en la comunidad donde acontece y se desarrolla la vida, es acercarse a la gente, privilegiar lo humano, como centro de la salud, construyendo espacios de participación donde es posible realizar los propios intereses y concertar con otros las acciones que atañen a los colectivos, lo cual implica coordinación, dialogo, comunicación, intercambio, integración, suma de esfuerzos, trabajo conjunto, decisiones integrales en la búsqueda permanente de mejorar la calidad de salud y vida.

Las problemáticas que envuelven el sistema de salud pública requiere que los ciudadanos asuman un papel protagónico en la gestión pública esto permite indicar que democratizar los servicios de salud, es asegurar que se conviertan en verdaderas instancias para la participación, en función de ejercer el poder compartido con el Estado donde cada quien proteja su espacio y naturaleza para cumplir con los intereses de la comunidad. Toda gestión pública que se considere ser participativa e innovadora de procesos

de democratización debe involucrar en todos los planes de desarrollo: actores políticos, expertos, técnicos institucionales y organizaciones sociales, siendo aquí precisamente donde la participación como un instrumento clave para contribuir a la solución de los problemas.

Con los basamentos anteriores, esta investigación plantea las siguientes interrogantes: ¿Qué servicios ofrecen los centros de salud pública?, ¿Cuáles son los estándares de calidad de los servicios prestados?, ¿Corresponde la capacidad instalada de cada centro con la asistencia que reportan?, ¿Se están implementando correctamente los programas de salud?, ¿Se le da la cobertura necesaria en relación a los programas y/o políticas de salud existentes?, ¿Cuáles son las posibles soluciones a los problemas en materia de salud que se presentan?.

Es por ello que las investigaciones del estado de la salud en una población va más allá de los conocimientos de natalidad, mortalidad y morbilidad, como principales indicadores en el análisis de las tendencias positivas o negativas de las problemáticas en materia de salud; es imperante un estudio más amplio, considerando los factores condicionales vinculados a la planificación y políticas de salud, que lleven inmersa estudio de las organizaciones en cuanto al manejo y asignación de recursos que les permitan luego medir el impacto de este en las comunidades, dejando así antecedentes de propuestas o proyectos eficientes para que puedan ser mejorados y/o ineficientes que permitan encontrar márgenes de error que puedan ser reformulados y posibles de transformar de acuerdo a las exigencias y necesidad de la población.

1.1 Objetivo General

Evaluar la planificación y políticas públicas del sistema de salud de los hospitales y ambulatorios de la zona norte del Estado Anzoátegui.

1.2 Objetivos Específicos

- Diagnosticar la eficiencia del sistema de salud pública en la zona.
- Describir las políticas públicas relativas al servicio que debe prestar el sector salud en hospitales y ambulatorios.
- Evaluar el sistema de planificación aplicado en SALUDANZ para mejorar el servicio prestado en el hospital y ambulatorios estudiados.
- Proponer alternativas para la elaboración de proyectos de salud pública que permitan mejorar la atención prestada en la comunidad.

1.2.1 Marco Metodológico

1.2.2 Tipo De Investigación

De acuerdo con Cázares, Christen, Jaramillo, Villaseñor y Zamudio (2000), la investigación de campo es aquella en que el mismo objeto de estudio sirve como fuente de información para el investigador. Consiste en la observación, directa y en vivo, de cosas, comportamiento de personas, circunstancia en que ocurren ciertos hechos; por ese motivo la naturaleza de las fuentes determina la manera de obtener los datos.

Este tipo de investigación es también conocida como investigación in situ, ya que se realiza en el propio sitio donde se encuentra el objeto de estudio. Ello permite el conocimiento más a fondo del investigador, puede manejar los datos con más seguridad y podrá soportarse en diseños exploratorios, descriptivos y experimentales centrada en hacer el estudio del fenómeno que se da de manera natural, de este modo se busca conseguir la situación lo más real posible. Se pueden incluir experimentos de campo y la investigación ex post facto empleando metodología cualitativa.

1.2.3 Diseño De Investigación

Con el fin de recolectar la información necesaria para responder a las preguntas de investigación, bien sea cualitativa o cuantitativa, de las Ciencias Sociales o de las Físicas, se debe seleccionar un diseño de investigación. Esto se refiere a la manera práctica y precisa que se adopta para cumplir con los objetivos de su estudio, ya que el diseño de investigación indica los pasos a seguir para alcanzar dichos objetivos. Es

necesario por tanto que previo a la selección del diseño de investigación se tengan claros los objetivos de la investigación. El control adecuado es el factor esencial del método utilizado. La ley de la variable única debe cumplirse en toda situación experimental. Esta investigación se presenta mediante la manipulación de una variable no comprobada, en condiciones rigurosamente controladas, con el fin de escribir de qué modo y por qué causa se produce una situación o acontecimiento particular. Este tipo de investigación presenta las siguientes etapas:

- Presencia de un problema para el cual sea realizada una revisión bibliográfica.
- Identificación y definición del problema.
- Diseño del plan experimental.
- Prueba de confiabilidad de los datos.
- Realización del experimento.
- Tratamiento de datos.

POBLACIÓN

La población se define, según Canales Alvarado y Pineda, (2004) “como la totalidad de individuos o elementos en los cuales pueden presentarse determinada característica susceptibles de ser estudiados” en tal sentido la población analizada es los centros de salud de la zona norte del Estado Anzoátegui.

MUESTRA

Según Balestrini (1997) en lo referente a la muestra, la misma se define como un subconjunto representativo de la población. O sea un número de individuos u objetos seleccionados científicamente.

En este sentido, se tomo como muestra:

- Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona
- Ambulatorio Dr. “Alí Romero” de Barcelona
- Ambulatorio Boyacá V

1.2.4 Técnicas E Instrumentos De Recolección De Datos.

Las técnicas que se emplearon para recolectar toda la información necesaria relacionada con el tema de la investigación, a fin de alcanzar los objetivos propuestos para la misma son los siguientes:

Observación Directa y Participativa

Es la percepción de la realidad exterior con el propósito de obtener datos que previamente han sido definidos como interés para la investigación (Sabino, 2002) Por medio de esta técnica, se realizo el reconocimiento visual por medio de visitas, observación y contacto directo con el lugar donde se desarrollo la investigación, es decir, Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona, Ambulatorio Dr. “Alí Romero” de Barcelona y Ambulatorio Boyacá V, con la finalidad de indagar sobre la situación actual y las causas que originan el problema planteado.

Entrevistas Estructuradas

Es una modalidad de entrevista que se realiza de forma escrita (Arias, 2006). Mediante esta técnica se efectuó la recolección de datos, usando la formulación de una serie de preguntas basadas en las dimensiones de la eficiencia del servicio prestado y del conocimiento en general acerca la planificación y políticas públicas, dicha información se plasman en una encuesta tanto para los usuarios como al personal que labora en los mencionados centros asistenciales.

Entrevista No Estructuradas

Son conversaciones en donde existe un margen amplio para la formulación de preguntas y respuestas, pero siempre en torno al tema en particular y previamente definido (Sabino, 2002). Se efectuaron entrevistas no estructuradas, las cuales permitieron la interacción directa con las personas involucradas, a saber: pacientes, familiares, empleados del sector salud para indagar acerca de la manera como se desarrollan las políticas de salud pública.

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

En este estudio se siguió un grupo de procedimientos tendientes a garantizar la validez del Instrumento construido, como se especificó en el procedimiento, la validez del contenido del instrumento se determinó a partir de las evaluaciones hechas por expertos en materia de salud pública, de

este modo los instrumentos aquí planteados siguen los mismos parámetros y patrones a fin brindar mayor confiabilidad a los resultados obtenidos.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Una vez recopilada toda la información relacionada con el tema tratado, se utilizan técnicas de análisis para llevar a cabo el procesamiento e interpretación de los datos obtenidos. Para lo cual se uso el análisis cuantitativo, es aquel que maneja datos necesarios, emplea métodos cuantitativos de análisis, busca causas presentado poca atención a la interpretación o visión subjetiva de cada quien, enfatiza el control en la confirmación más que en la solución de problemas concretos y busca generalizar más que limitarse a un contexto.

TÉCNICAS DE PRESENTACIÓN DE DATOS

Para este estudio se utilizaran las siguientes presentaciones:

Representación escrita: Consiste en incorporar en forma de textos los datos estadísticos recopilados. Actualmente es la modalidad adoptada en informes, documentos y libros, sin perjuicio de utilizar también la presentación tabular.

Representación tabular: Esta forma de representación consiste en ordenar los datos numéricos en filas y columnas, con las especificaciones correspondientes acerca de su naturaleza. Los datos estadísticos podrían presentarse incorporados a un texto -como en los ejemplos anteriores- pero es evidente que esto no es posible cuando se trata de muchos datos. En este caso se recurre a los cuadros y las tablas, mediante las cuales la

información susceptible de expresión numérica aparece en forma concreta, breve, ordenada y de fácil de examinar.

Representación Gráfica: Este tipo de representación, como medio auxiliar del que se vale la estadística para llevar al público profano sus conclusiones, ha adquirido notable desarrollo en los últimos tiempos. Si bien es cierto que el método gráfico representa en forma más atractiva y expresiva los datos compilados (puesto que de una sola ojeada se puede tener una visión del conjunto y se puede ver en concreto lo que se considera abstracto), desde el punto de vista estrictamente técnico, lo podemos considerarla como un modo riguroso de representación estadística.

1.4 Marco Teórico

1.4.1 Antecedentes

Belén Sanz Luque (2006) realizó un trabajo de investigación titulado: “¿Es posible evaluar una política pública?” en la cual después de un minucioso estudio de todas las teorías existentes en la materia concluye que de modo genérico, la evaluación de las políticas públicas consiste en el análisis de la actuación de los poderes públicos sobre realidades sociales determinadas, en las que busca producir mejoras relacionadas con un problema previamente identificado. Así, la evaluación busca analizar de modo sistemático los objetivos, la implementación y los efectos que genera una acción pública, con el fin de determinar su mérito o valor.

Con este ensayo no se pretende proporcionar una respuesta cerrada al tema, sino plantear una primera aproximación a la evaluación de este tipo de

política, siendo necesario aclarar y repasar algunos elementos previos para poder empezar a construir una respuesta a la pregunta planteada.

En las actuales sociedades democráticas, los poderes públicos se enfrentan a una necesidad creciente de responder a las demandas de la ciudadanía respecto a la transparencia y los resultados de la acción pública. Las administraciones están viviendo un cambio de cultura administrativa que busca introducir mejoras en la gestión de lo público con el objetivo de conseguir una mayor eficacia y eficiencia de sus actuaciones, en un proceso de modernización orientado principalmente a una mayor rendición de cuentas.

Frente al antiguo Estado liberal, el actual Estado social y democrático de derecho no se limita a salvaguardar un sistema auto - regulado, sino que es el Estado el propio regulador del sistema social, asumiendo la obligación de modificarlo a través de distintas medidas y actuaciones. Para contribuir a ello, la escuela de análisis de las políticas públicas pretende introducir mejoras en la gestión de lo público. En este contexto, el proceso de las políticas públicas cubre una doble vertiente, atendiendo tanto a los productos que persigue obtener como al proceso de actuación pública.

El ciclo de la política: planificación, implementación, evaluación:

El esquema de decisión y ejecución de una política pública se compone de distintas fases, que han de constituir un ciclo o proceso. Se inicia con la identificación de un problema, sobre el que posteriormente se formula una solución, estableciendo los objetivos, los recursos humanos, económicos y materiales necesarios para llevarla a cabo; el paso siguiente es su puesta en práctica o implementación, y por último se procede a la evaluación de los

efectos producidos. El mismo ciclo aplica a la formulación de los programas y proyectos que integran una política.

Existen distintas tipologías de evaluación, según los modelos teóricos en los que se inscriben, o según el enfoque y procedimiento que siguen. **Bustelo (2004, p. 80)** distingue entre evaluación por objetivos, modelos experimentales y cuasi-experimentales, modelos centrados en el cliente, modelos centrados en el consumidor, enfoques centrados en la utilización y enfoques participativos, cada uno de ellos con propuestas teóricas y metodológicas concretas.

La práctica de la evaluación parte de un principio de gobernabilidad democrática participativa que aspira a una administración pública transparente y capaz de dar cuentas a la ciudadanía acerca de la eficacia y eficiencia de las acciones formuladas por el gobierno (**Stiglitz, 2002, p. 163**).

Cualquiera que sea el tipo de evaluación que se decida hacer, ésta siempre tendrá que responder a unas preguntas clave que corresponden a las necesidades de información que sobre determinada política o programa tengan sus responsables o beneficiarios, de modo que puedan tomarse decisiones. Para ello, la evaluación debe definir una serie de criterios o puntos críticos a tener en cuenta para emitir un juicio de valor sobre la acción. Algunos ámbitos de las políticas públicas tienen definidos una serie de criterios estándar que siempre se tendrán que valorar al analizar sus programas. En otros casos, los criterios responden únicamente a las necesidades de información.

Alejandro E. Rodríguez (2006) en su trabajo titulado “La evaluación de políticas públicas como contribución a la democracia y al desarrollo” concluye

que tanto el concepto como la práctica de la evaluación de políticas deben consistir en algo más que la evaluación post. No es conveniente, ni suficiente, evaluar las políticas sólo después de su puesta en práctica.

Por el contrario, la evaluación debe entenderse como un proceso continuo de análisis que acompañe el ciclo de vida de las políticas públicas y que suponga, al menos: el análisis de la agenda pública, la evaluación ex ante -propia de la etapa de formulación-, el seguimiento o monitoreo de la puesta en práctica y la evaluación ex post. Propugnando la relevancia de evaluar la racionalidad, coherencia, eficacia, eficiencia e impacto de las políticas públicas, se advierte que la Evaluación de políticas es una herramienta, un medio, no un fin; y el interés final que la guíe no debe ser contar con buenas evaluaciones, sino tener buenas políticas.

Evaluar políticas aumenta la probabilidad de que ellas mejoren el cumplimiento de los fines para los que han sido diseñadas; permite ajustar los programas públicos en función de necesidades, previstas o no previstas; ayuda a mejorar el rendimiento de los recursos públicos asignados para la gestión de las políticas; y genera información que puede aumentar la transparencia y el control de los actos de gobierno, tanto por parte de las instituciones de control como por los ciudadanos.

En síntesis, el problema esencial parece consistir en que la evaluación no es incorporada al proceso de adopción de decisiones y que la política no debate políticas. Los gobiernos sufren de “pereza evaluativa”, o bien le temen a la evaluación, o sufren de ambas cosas.

Ernesto Stein Mariano, Tommasi Koldo Echebarría, Eduardo Lora Mark Payne (informe 2006) “La política *de las* políticas públicas” Progreso económico y social en América Latina.

La formulación de políticas públicas es una tarea compleja. Concretar una determinada “reforma de política” es un proceso que involucra a muchos actores a través de las varias fases del proceso de formulación de políticas. Se requieren acciones específicas de parte de los agentes económicos y sociales y por lo tanto se necesitan diversas formas de cooperación, y confianza en la durabilidad de la política, y otras características semejantes.

Esto es, a los efectos de que sus resultados sean efectivos, las políticas requieren mucho más que un momento mágico en el que se alinean las estrellas para introducir “la política correcta”. No existe una lista única de políticas universales “correctas”. Las políticas son respuestas contingentes al estado de situación de un país. Lo que puede funcionar en algún momento de la historia en un determinado país puede no hacerlo en otro lugar o en el mismo lugar en otro momento. En algunos casos, algunas características particulares de las políticas o los detalles de su implementación pueden importar tanto como la orientación general de esa política.

Una característica importante de las políticas, que ha sido reconocida ampliamente en estudios recientes sobre macroeconomía, política comercial, regulación y otras áreas de la economía, es su credibilidad. Los efectos de las políticas sobre los resultados económicos y sociales dependen de las acciones y reacciones de los agentes económicos y sociales, quienes, antes de decidir sus respuestas, toman en cuenta sus expectativas sobre el futuro de las políticas en cuestión. Por estas razones, los resultados de política que se intentan explicar en este informe no son los contenidos ni el tipo de

política (por ejemplo, si determinados impuestos son altos o bajos), sino más bien ciertas características o aspectos clave de las políticas públicas que afectan a su calidad. A fin de llevar la metodología a la práctica, este estudio define e intenta medir varias de esas características, que se enumeran a continuación, pero futuros estudios deberían identificar e intentar medir otras características relevantes. Entre las características de las políticas públicas analizadas en este informe se incluyen:

- Estabilidad: cuán estables son en el tiempo.
- Adaptabilidad: cuán ajustables pueden ser las políticas cuando fallan o cambian las circunstancias.
- Coherencia y coordinación: en qué medida son compatibles con políticas afines y en qué medida son el resultado de acciones bien coordinadas entre los actores que participan en su formulación e implementación.
- Calidad de la implementación y de la efectiva aplicación.
- Orientación hacia el interés público: en qué medida las políticas se orientan hacia el interés público.
- Eficiencia: en qué medida las políticas reflejan una asignación de recursos escasos que asegura elevados retornos sociales.

1.4.2 Bases Teóricas

La definición del concepto de evaluación, particularmente en el campo de las intervenciones públicas y sociales, ha estado marcada por el debate sobre su alcance y utilidad. Una primera tendencia define a la evaluación de manera instrumental, como un proceso sistemático que recoge información, la procesa, y determina los resultados de una intervención con el objeto de tomar decisiones en el ámbito político o gubernamental, generalmente con un alcance determinado por los límites que impone la intervención evaluada. Una segunda, que plantea la evaluación como algo inherente al proceso de construcción social, que sirve para conocer la realidad, percibir los problemas sociales, construir colectivamente propuestas y mejorar la sociedad; esta última le da a la evaluación un alcance social más amplio y deliberativo, que traspasa la simple intervención e incursiona en el cuestionamiento de la sociedad, el Estado y la ideología política que lo respalda.

Carol Weiss, define la evaluación como el sistemático análisis de la operación y/o de los efectos de una política o programa, comparándolo con un grupo de estándares implícitos o explícitos, como medio para contribuir a mejorar el programa o la política. Encontramos aquí una visión sistémica que compara una intervención con parámetros determinados para concluir sobre su conveniencia y producir mejoras.

Uno de los conceptos más difundidos en la literatura sobre el tema, es la necesidad de que la evaluación logre determinar el valor y el mérito de una intervención para ser considerada como una verdadera evaluación, orientación que ha generado definiciones centradas en el valor, considerándola como un “juicio de valor” sobre algo, entendido este como la

contribución de la intervención en términos de valía y mérito, para lo cual es fundamental la construcción de criterios razonables de valor.

La práctica de la evaluación ha estado estrechamente ligada a la gestión gubernamental y a la evolución de la intervención social por parte del Estado. Aunque con raíces anteriores, la evaluación es heredera directa del periodo denominado en Europa como “Estado de bienestar”, y en los Estados Unidos como la “sociedad de las reformas”, posterior a la segunda guerra mundial. Aquí, se consolidó la evaluación como herramienta de reforma social, orientada a proveer a los decisores políticos de elementos para desarrollar los programas sociales. Durante el período posterior a la crisis del Estado de bienestar, denominado comúnmente como Estado de mercado, la evaluación se reorienta hacia la reforma del Estado y la maximización de la relación coste / beneficio en la intervención social.

Una política pública se puede definir simplemente como aquello que un gobierno hace o deja de hacer. Los gobiernos crean estructuras, las modifican, regulan actividades, promueven acciones, distribuyen beneficios, imparten justicia, etc., como parte de sus funciones. Esto en su conjunto puede considerarse como política pública, la cual en los gobiernos está enfocada sobre aspectos tan variados como defensa, salud, educación, vivienda, infraestructura, mejoramiento económico, justicia, seguridad social, recreación, tributación, etc., y gran parte del presupuesto y el esfuerzo público se concentra en estas tareas.

Desde la óptica tradicional, la evaluación de políticas públicas se considera parte integral del proceso de las políticas públicas, la cual permite a los gobiernos aprender sobre las consecuencias de sus acciones y tomar

decisiones sobre el futuro de la política, ya sea a manera de ajuste o de formulación de nuevas políticas y acciones.

En el campo de las políticas públicas, el ámbito de la evaluación tiene que ver no solo con el proceso institucional de análisis de la gestión gubernamental por parte del mismo gobierno, el legislativo o los organismos de control, sino que incluye la existencia de organismos civiles de control que representen los intereses de la sociedad.

La visión racional y de toma de decisiones de las políticas públicas considera a la evaluación como una fase, ubicada al final de un ciclo que incluye la identificación de políticas, el desarrollo, la puesta en marcha, la evaluación y la terminación, en el cual se evidencian los resultados del programa, mediante la definición de criterios comparativos, la medición de datos, el análisis y las recomendaciones.

Desde su origen y desde diversas perspectivas se ha asociado el concepto de evaluación con el de "interés público". **Carol Weiss**, por su parte, plantea que los valores de los stakeholders deben prevalecer en las decisiones, y la evaluación debe determinar dichos valores así como el marco político en el que se mueven.

Una política se puede concebir como una declaración de objetivos relacionados con una serie de actividades para lograrlos, en una particular jurisdicción. En muchos casos, las políticas se estructuran para su ejecución en programas y estos a su vez en proyectos específicos. En otras ocasiones las políticas corresponden a estrategias o acciones que no necesariamente requieren programas estructurados sino acciones ejecutivas o legislativas determinadas. La estructuración en políticas o programas difiere en los

distintos países. Mientras que en los Estados Unidos el programa es clave para agrupar acciones y presupuestos, en Francia por ejemplo, no se utiliza y los presupuestos se asignan con criterios de categorías contables.

No existe en la literatura una diferenciación clara entre los elementos metodológicos asociados con la evaluación de políticas y la evaluación de programas. En cierta forma esto se debe a las dificultades para distinguir en el terreno práctico (no teórico), las diferencias entre políticas y programas; efectivamente un programa nacional de gran envergadura puede ser considerado como la expresión real de una política e incluso puede tomar el nombre de la política que lo generó (p.e: programa de lucha contra las drogas). **Carol Weiss** señala que la evaluación concierne directamente con cualquiera de estos niveles (políticas, programas y proyectos), y que las técnicas de la evaluación son bastante adaptables a cualquiera de ellos.

Weiss (1998) divide las funciones de la evaluación en dos áreas: el proceso de toma de decisiones y el aprendizaje organizacional. En la primera, la evaluación contribuye a la reestructuración de problemas y a la formulación de nuevas políticas o reformulación de aquellas que no estén cumpliendo sus objetivos. En otras palabras, la evaluación permite una mejor toma de decisiones en cuanto a la planificación de programas y la asignación de presupuesto.

El autor **David Dery (1984)**, estudioso de la materia de evaluación de políticas también define el análisis de políticas públicas es un proceso cíclico: definición del problema, escogencia de políticas, monitoreo o evaluación de los resultados de esas políticas y redefinición del problema. La evaluación es usualmente considerada como la etapa de pos - implementación, diseñada

para determinar la efectividad del programa y facilitar la reorientación o terminación del mismo.

La evaluación formula juicios sobre lo deseable de las políticas públicas o programas, e intenta determinar los valores que están detrás de sus objetivos. El objetivo de toda política pública debe ser la resolución de un problema social, definido éste como “un contraste entre un estado de cosas observado y una expectativa valorada. Por ello se propone el uso de valores finales, o valores intrínsecos, tales como el bienestar económico, la equidad o la calidad de vida, en la definición de los problemas sociales. Esto permite establecer prioridades en la atención de los problemas y facilita la formulación de políticas para resolverlos. En palabras de **Dery (1984)**, “proposals for action should assume that certain values are to be served”.

En cuanto a las teorías de planificación existen muchos autores especialistas en la materia, en la presente investigación se hace énfasis en las investigaciones y teorías por **Carlos Matus** dedicado a las planificaciones estratégicas.

El planteamiento de una teoría de la planificación nos debe posibilitar la comprensión de ésta como fenómeno social e histórico, que tiene fundamentos políticos, epistemológicos e ideológicos. Una teoría de la planificación debe permitirnos comprender ésta como una forma de praxis social, en la cual la acción social o colectiva genera teoría y ésta, a la vez, es revertida sobre la misma acción que la generó; ya sea para darle mayor claridad, para reorientarla o para modificarla. Consiguientemente, nuevas formas de acción enriquecidas posibilitan generar más teoría. Así continúa una dinámica acción-teoría-acción, expresión de la praxis.

La planificación, como praxis social, debería haber tenido un desarrollo equilibrado tanto de la acción como de la teoría. Esto no ha sido así. Los planificadores han privilegiado las formas de acción en detrimento de la formulación teórica, acuciados, quizá, por la perentoriedad de los problemas. Uno de los casos que en nuestro medio latinoamericano supera tal situación es el del planificador **Carlos Matus**, cuyos trabajos (1971,1976) sí constituyen una muestra de teoría de la planificación. Matus está haciendo el intento de estructurar una teoría de la planificación en sus múltiples dimensiones de praxis social.

En general, los libros de planificación presentan marcos de carácter lógico-conceptual-operativo, a los que no es válido concebir como teorías. Esos marcos son lógicos pues presentan una secuencia de pasos para desarrollar el proceso de planificación (diagnóstico, formulación, ejecución y evaluación de planes). Son conceptuales porque defienden el conjunto de conceptos y de instrumentos que intervienen en cada uno de los pasos del proceso; generalmente las definiciones conjugan aspectos propiamente conceptuales con los operacionales. Finalmente, esos marcos son operativos porque señalan, dentro de la lógica general del proceso, cómo proceder en cada momento y qué tipo de acciones específicas se deben realizar.

De acuerdo con lo expuesto, los marcos lógico-conceptual-operativos son esencialmente instrumentales y no teóricos.

En este sentido, son congruentes con la propia finalidad del proceso de planificación, la cual es la de preparar, plantear e impulsar modificaciones en las diversas áreas de la actividad humana. De manera más específica, y de conformidad con su carácter instrumental, la planificación, en una perspectiva de futuro, debe identificar las áreas básicas de desarrollo de la

actividad humana en un determinado campo, preparar diferentes opciones para la actividad, evaluar los resultados de las acciones y las posibles consecuencias de aquellas que todavía están por llevarse a cabo. Todo este planteamiento está comprendido en la concepción de la planificación como tecnología, es decir, como proceso racional que permite visualizar y resolver el problema básico de la producción de objetos útiles. El término objeto útil se debe entender en su máxima amplitud. Un objeto útil es un bien. Un bien es todo aquello que satisfaga una necesidad individual o social. Dentro de esta conceptualización entran los bienes económicos, de salud, de cultura, de educación.

La planificación como proceso tecnológico resuelve el problema de la racionalización de los recursos, del establecimiento de metas, de la organización y distribución de la acción en el tiempo y el espacio; en fin, es un proceso de previsión. La concepción de la planificación como tecnología se puede aclarar aún más con el siguiente ejemplo, inmediato a nuestra experiencia cotidiana y por consiguiente accesible a nuestra comprensión. Pensemos en la planificación de la producción de una fábrica. En el proceso planificador nos enfrentamos al problema de cómo producir más en menos tiempo y con menos costos. Este es un problema tecnológico que requiere una solución tecnológica. Se deben prever volúmenes de producción, recursos, actividades y tareas.

Esto implica elaborar un plan de acción, o sea, hacer un arreglo de pasos lógicos, secuenciales y coordinados en vista del objetivo que se desea. Es necesario establecer fases para la acción, hacer análisis de situación presente, de proyecciones y previsiones. Pues bien, algo similar se hace en la planificación económica y social o en la planificación de la educación de un país. Solamente que en estos casos, el objeto y los

procesos son mucho más complejos y menos visibles que los de una fábrica y de sus procesos.

Según **Carlos Matus**, la planificación estratégica no pretende ser una teoría acabada ni mucho menos. Se ve a sí misma como un nuevo paradigma que se va delineando en diversas experiencias. Este nuevo paradigma concibe a la planificación como un proceso político-técnico con algunas características fundamentales que lo diferencian del paradigma anterior. Estas características son:

- Lo dicho: es un proceso **político-técnico**. Mientras el paradigma tradicional, como ya vimos, no consideraba a lo político como constitutivo del proceso de planificación, la planificación estratégica resalta el componente político del mismo.
- Es un proceso de **gestión social**. Es decir que lo van construyendo los actores sociales involucrados. Así se deja de lado la racionalidad técnica. El planificador pasa a ser un facilitador de espacios de articulación de los actores.
- La **viabilidad** de los proyectos no está dada desde afuera sino que **se construye**.
- Considera un momento normativo donde se pueden distinguir dos elementos:
 1. la direccionalidad del plan: es el fin, o la utopía que se pretende conseguir a largo plazo, que por su naturaleza es inmutable o irrenunciable, y
 2. los objetivos y actividades que son flexibles, de acuerdo a las condiciones sociales, económicas, ambientales, y políticas (en relación al poder detentado por las fuerzas sociales).

- Pone el énfasis en el momento de la acción y usa la exploración sobre el futuro como un recurso para darle racionalidad a la acción, pero no se queda en la mera exploración del futuro.

Varios autores defienden o proponen este nuevo paradigma. Considero que **Carlos Matus** es el que ofrece una visión teórica más acabada del mismo, y se agrega a ello el aporte que hace en cuanto a elementos para una construcción metodológica. La aplicación de tales elementos a la intervención sobre una problemática concreta la podemos ver en Rovere y en el documento de la Organización Panamericana de la Salud sobre Salud para todos para el año 2000. Por ello voy a centrar mi exposición sobre la teoría de la planificación estratégica en el análisis de la planificación situacional. **Matus** plantea que en el proceso de planificación hay 4 momentos. Los llama momentos, diferenciándolos de las “etapas” tradicionales del viejo paradigma. Estos momentos son:

1. Momento explicativo.
2. Momento normativo.
3. Momento estratégico.
4. Momento táctico-operacional.

El momento explicativo es aquel en que el actor que planifica está permanentemente indagando sobre las oportunidades y problemas que enfrenta, e intentando explicarse las causas que lo generan.

El momento normativo es aquel en el cual el actor que planifica diseña cómo debe ser la realidad o la situación. Este momento es el que la planificación tradicional confundió con la totalidad de la planificación, para

terminar identificando planificación con diseño. Para Matus lo normativo es sólo un momento del proceso de planificación, aquel momento de diseño que se mueve en el plano del “deber ser”.

El momento estratégico es el de la construcción de la viabilidad. El actor que planifica se pregunta: ¿cómo puedo construirle viabilidad a mi diseño normativo?, ¿qué obstáculos debo vencer y cómo los puedo vencer para que mi diseño del deber ser se encarne en la realidad como una fuerza efectiva de cambio hacia la situación elegida como objetivo?, ¿cómo el diseño que está en el papel o en nuestras cabezas puede convertirse en movimiento real de la situación?

Aquí aparecen “obstáculos” políticos, económicos, culturales, organizativos, cognoscitivos, legales, etc. Quien planifica no sólo debe diseñar como deben ser las cosas, sino que también debe hacer un cálculo de cómo sortear los obstáculos que se oponen al cumplimiento de ese diseño.

El momento táctico-operacional es el momento decisivo porque los otros momentos tienen una única utilidad: constituirse en un cálculo para la acción, en un cálculo que precede y preside la acción. Sin embargo, es indispensable calcular explorando más allá del presente para darle racionalidad a nuestras decisiones de hoy; pero, al final, juzgaremos la planificación por la forma en que ese cálculo es capaz de alterar, conducir y orientar las acciones presentes.

Este cálculo es el centro del momento táctico-operacional y tiene como objeto orientar cada paso que demos en el día a día y evaluarlo en relación a la situación-objetivo, no sólo para constatar la aproximación

alcanzada respecto a ella, sino también para revisarla como guía que seguirá precediendo y presidiendo nuestros pasos siguientes.

La realidad se construye en el presente. Los resultados que se obtienen en la realidad son un producto de esos pasos que damos en el día a día, no cuentan los planes que simplemente pensamos o diseñamos, sólo pesan aquellos que preceden y presiden nuestros pasos.

1.4.3 Bases Conceptuales

Administración Pública: Conjunto de Órganos y Entes que conforman el sector público: La República, Los Estados, El Distrito Metropolitano, Los Distritos, Los Municipios, Los Institutos Autónomos, Las Sociedades Mercantiles donde la República tenga participación igual o mayor al 50%, Las Fundaciones y asociaciones civiles y demás instituciones constituidas con fondos públicos o dirigidas por personas con competencia otorgada por el sector público.

Evaluación: Proceso que tiene como finalidad determinar el grado de eficacia y eficiencia, con que han sido empleados los recursos destinados a alcanzar los objetivos previstos, posibilitando la determinación de las desviaciones y la adopción de medidas correctivas que garanticen el cumplimiento adecuado de las metas presupuestadas. Se aplica ex ante (antes de), concomitante (durante), y ex post (después de) de las actividades desarrolladas. En la planeación es el conjunto de actividades, que permiten valorar cuantitativa y cualitativamente los resultados de la ejecución del Plan Nacional de Desarrollo y los Programas de Mediano Plazo en un lapso determinado, así como el funcionamiento del propio Sistema Nacional de

Planeación. El periodo normal para llevar a cabo una evaluación es de un año después de la aplicación de cada Programa Operativo Anual. Fase del proceso administrativo que hace posible medir en forma permanente el avance y los resultados de los programas, para prevenir desviaciones y aplicar correctivos cuando sea necesario, con el objeto de retroalimentar la formulación e instrumentación.

Estrategias: Principios y rutas fundamentales que orientarán el proceso administrativo para alcanzar los objetivos a los que se desea llegar. Una estrategia muestra cómo una institución pretende llegar a esos objetivos. Se pueden distinguir tres tipos de estrategias, de corto, mediano y largo plazos según el horizonte temporal. Término utilizado para identificar las operaciones fundamentales tácticas del aparato económico. Su adaptación a esquemas de planeación obedece a la necesidad de dirigir la conducta adecuada de los agentes económicos, en situaciones diferentes y hasta opuestas. En otras palabras constituye la ruta a seguir por las grandes líneas de acción contenidas en las políticas nacionales para alcanzar los propósitos, objetivos y metas planteados en el corto, mediano y largo plazos.

Objetivo: Es un enunciado de carácter general que da idea de lo que se estima alcanzar en un período determinado, siempre expresado en función de lograr una política pública. Es la expresión cualitativa de los propósitos establecidos por la institución en su política presupuestaria.

Objetivo Estratégico: Logros que el Ejecutivo (Nacional, Estatal o Municipal) se propone alcanzar en relación con el desarrollo del país para atender los problemas o demandas de la sociedad, en un tiempo determinado.

Política Presupuestaria: Debe referirse a aquellos aspectos que trascienden la esfera interna del Órgano, y trata sobre las cuestiones básicas de la sociedad; en virtud, que la existencia de un Órgano se fundamenta en la contribución que hacen al logro de los objetivos que rebasa su quehacer interno, para satisfacer necesidades de la colectividad. Como por ejemplo: La Política de Precios y Abastecimiento, la Política Educativa, entre otras.

Plan: Es el instrumento donde se fija los objetivos de desarrollo económico y social que ha decidido lograr el Estado, con el consenso de todos los sectores representativos del país, en el largo, mediano y corto plazo.

Planificación: Es el proceso de definir el curso de acción y los procedimientos requeridos para alcanzar los objetivos y metas. El plan establece lo que hay que hacer para llegar al estado final deseado.

Proceso: Un conjunto de acciones integradas y dirigidas hacia un fin. Una acción continua u operación o serie de cambios o tareas que ocurren de manera definida. La acción y el efecto de continuar de avanzar, en especial del tiempo. Los procesos también son llamados frecuentemente tareas.

Plan Operativo Anual: Es el instrumento donde se fija los objetivos de desarrollo económico y social que ha decidido lograr el Estado, con el consenso de todos los sectores representativos del país, en el largo, mediano y corto plazo.

Salud: Es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad.

Salud Pública: Es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para:

- 1- El saneamiento del medio ambiente
- 2- El control de las enfermedades transmisibles
- 3- La educación sanitaria
- 4- La organización de los servicios médicos y de enfermería
- 5- El desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren al individuo y a la comunidad un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud

Programas de Salud: Es una asistencia especializada brindada por los centros integrales y algunos ambulatorios, que le ofrece a la comunidad apoyo integral, garantizando a los pacientes el acceso gratuito a consultas médicas y fármacos, para aquellos tratamientos especiales y constantes.

CAPITULO II

DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL. ANALISIS ESTADISTICO

Para lograr el cumplimiento exitoso de los planes y programas de salud, objetivo esencial y final del tópico estudiado, es necesario contar con una base científica que nos permita planificar acertadamente. Esa base científica está dada por el conocimiento que tengamos acerca de la realidad en la cual estamos inmersos y esa realidad solo podemos conocerla a través de un diagnóstico bien fundamentado.

Tener como objeto y sujeto de estudio a determinada comunidad o población, el diagnóstico del estado de la salud es fundamental. En un sentido estricto la salud de la comunidad se debería medir en relación al número de personas que viven una vida sana desde el punto de vista físico, psíquico y social, pero esta medición sería difícil sino imposible dada la variabilidad de la población. Por otra parte hacer un estudio del sector salud en una población va mas allá del estudio de indicadores como natalidad, mortalidad, morbilidad, etc., para este estudio se tendría que hacer una medición del nivel de salud mediante un sistema de indicadores que permitan ofrecer información básica sobre los factores que determinan las causas que originan ciertas problemáticas para este sector.

Considerando estos aspectos nos damos cuenta que es propicio que el estudio sea efectuado a través de una investigación de campo, que consiste en la observación directa, in situ, de la o las comunidades objeto de estudio, en este caso hablamos de centros de salud pública como lo son: El Hospital

Universitario Dr. Luis Razetti, Ambulatorio de Boyacá V y El Ambulatorio Alí Romero de la zona norte del Estado Anzoátegui.

Se implementaron técnicas de recolección de datos como la observación directa y participativa en los entes objeto de estudio, entrevistas estructuradas y no estructuradas que permitieron la interacción directa con las personas involucradas (pacientes y diverso personal del sector salud).

Todo esto con el objeto de poder identificar los indicadores y variables que intervienen en materia de salud, que nos permitan determinar las causas de la problemática propuesta.

2.1 Definición De Los Indicadores Y Variables De Estudio.

Estos indicadores y variables fueron recopilados en los centros de salud objeto de estudio, presentados a continuación:

- **Centros:** Representan las instituciones de salud estudiadas, son los entes que ofrecen los servicios de salud pública, para el caso son: El Hospital Universitario Luis Razetti y los Ambulatorios de Boyacá V y Alí Romero.
- **Años:** Representa la variable de tiempo utilizada para el estudio o análisis del tema, los años son los períodos que sirven de base para el estudio de la investigación.

- **Paciente de emergencia:** No es más que la representación numérica de los pacientes que fueron atendidos en los servicios de emergencias de los centro de salud pública estudiados en varios períodos.
- **Promedio Diario de emergencia:** Representan el número de personas que fueron atendidas durante un período dado en días en las emergencias de los centros de salud pública.
- **Pacientes de consulta visto:** Representan el número de personas vistas o atendidas en las consultas especializadas de los centros de salud pública durante períodos anuales.
- **Promedio Diario de consultas:** Representan el número de personas atendidas en las consultas especializadas de los centros de salud pública en períodos diarios.
- **Número de exámenes:** Representación numérica de la cantidad de exámenes de laboratorio realizados en los diferentes centros en períodos anuales.
- **Promedio Diario de exámenes:** Representación numérica de la cantidad de exámenes de laboratorio realizados en los diferentes centros en períodos diarios.
- **Rayos X:** Es la tecnología de uso médico utilizada para captar estructuras óseas. La radiología es la especialidad médica que emplea la radiografía como ayuda de diagnóstico, son a demás especialmente útiles en la detección de enfermedades del esqueleto,

aunque también se utilizan para diagnosticar enfermedades de los tejidos blandos, como la neumonía, cáncer de pulmón, edema pulmonar, abscesos entre otros.

- **Promedio Diario Rayos X:** No es más que la distribución diaria de los RX realizados en los diferentes centros de salud pública.

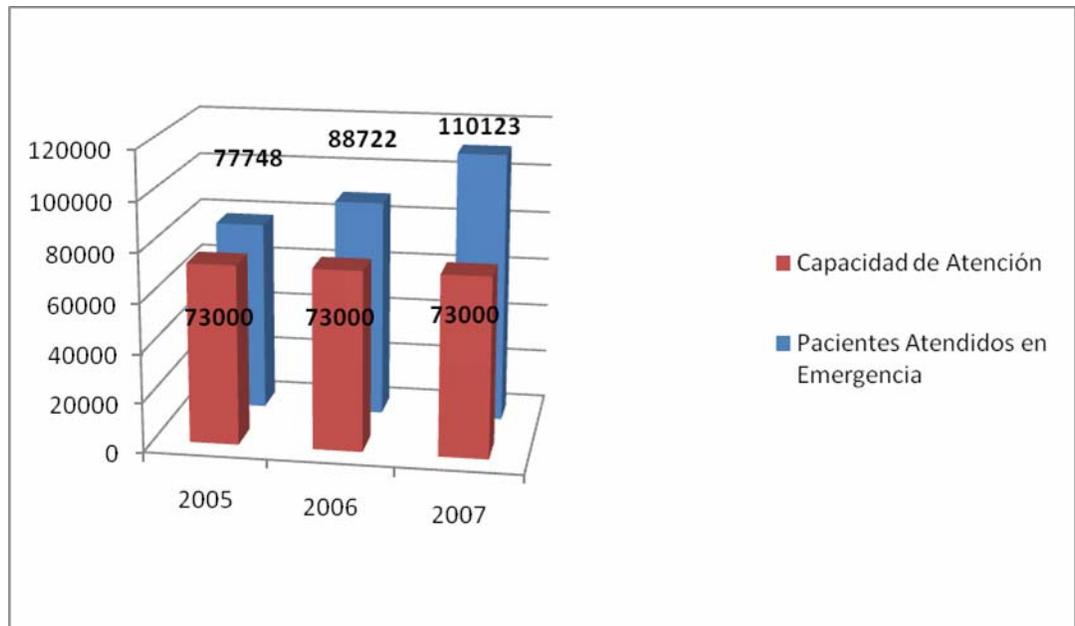
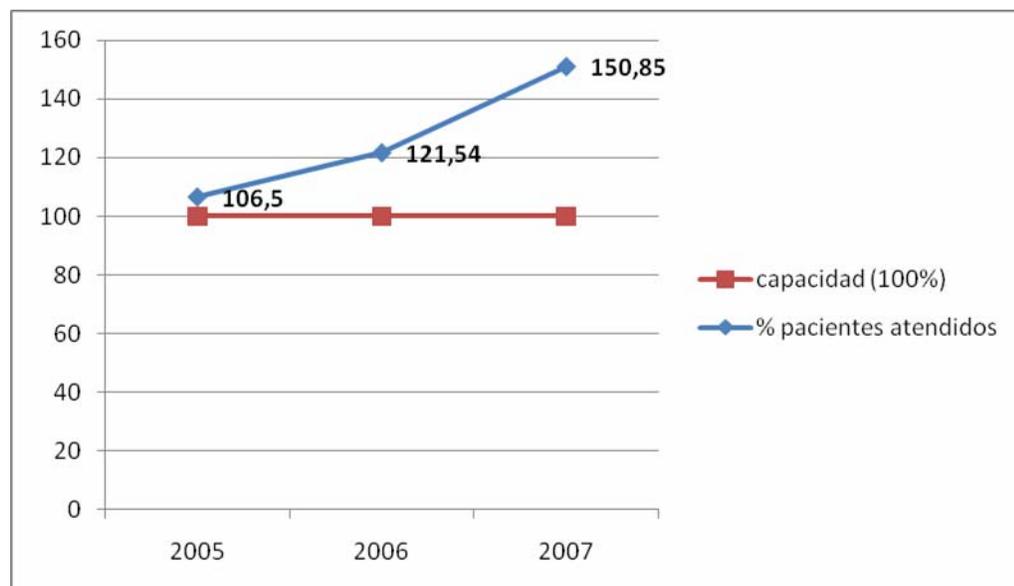
2.2 Análisis Estadísticos De Los Indicadores

Hospital Universitario Dr. Luis Razetti

Tabla 1. Total de pacientes atendidos en la emergencia

Años	2005	2006	2007
Pacientes atendidos en emergencia	77748	88722	110123
Capacidad de atención	73000	73000	73000
Porcentaje (%)	106,5	121,5	150,85

Fuente: Coordinadora de investigación y docencia/Coordinador de hospitales.

Gráfico 1. Total de pacientes atendidos en la emergencia**Gráfico 2. Total de pacientes atendidos en la emergencia**

ANÁLISIS: Según los datos suministrados por algunas autoridades del HUDLR, los cuales están representados porcentualmente en el gráfico 2, en el cual están relacionadas las variables de capacidad y pacientes atendidos en las emergencias, durante el trienio correspondiente al 2005-2007, se puede notar que el Hospital durante el período mencionado trabajó por encima de su capacidad instalada (de acuerdo a la infraestructura y personal), teniendo una actividad de 6,5% por encima de su capacidad para el año 2005, para el 2006 con un 21,54% por encima superando al año anterior y lo que fue el último año 2007 duplicó la atención dada en el 2006 con un 50,85% por encima de la capacidad de las instalaciones del Hospital en el área de Emergencia datos generales tanto de Emergencia de Adultos como Emergencia Pediátrica.

Tabla 2. Total de pacientes atendidos en las consultas

Años	2005	2006	2007
Pacientes atendidos en consultas	55360	94673	120517
Capacidad de atención	10000	10000	10000
Porcentaje (%)	55,36	94,67	120,52

Fuente: Coordinadora de investigación y docencia/Coordinador de hospitales.

Gráfico 3. Total de pacientes atendidos en las consultas

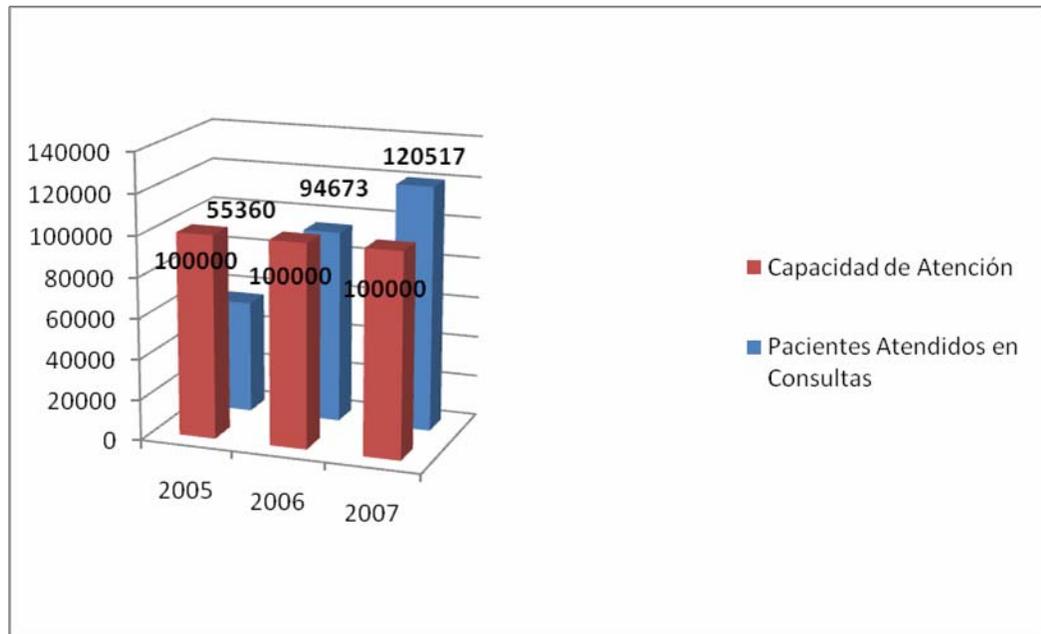
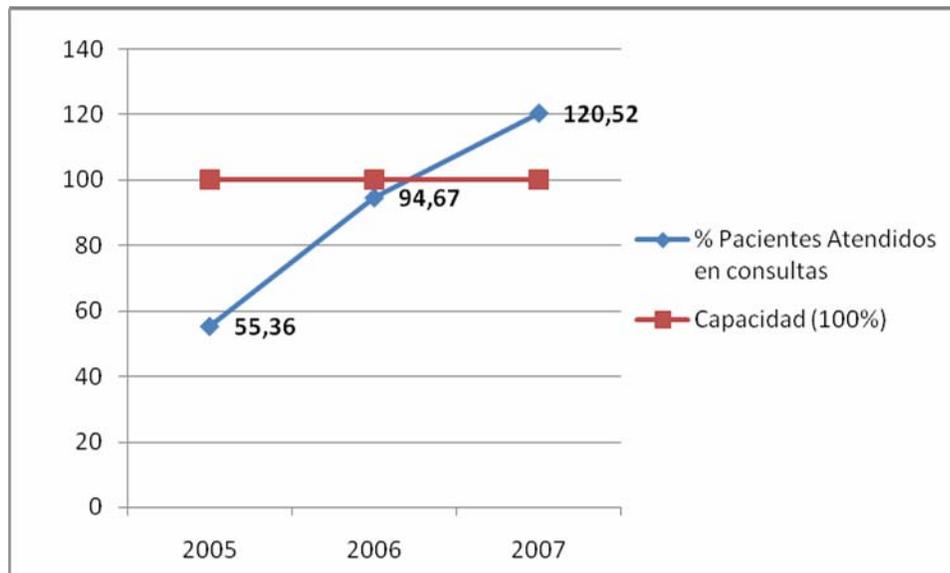


Gráfico 4. Total de pacientes atendidos en las consultas



ANÁLISIS: Para el gráfico 4 que esta al igual que el anterior correlacionado con la tabla 2 y el grafico 3; se muestra la actividad durante el trienio 2005 – 2007 del área de consultas del HUDLR, en el cual podemos notar como la variable de pacientes atendidos tiene una ruta creciente durante el periodo de tres años estudiados, dando durante los primeros dos años 2005 y 2006 unos resultados que encuadran dentro de los límites de la capacidad de atención del área de consultas del Hospital iniciando con un valor de mas del 40% por debajo de la capacidad y para el 2006 poco menos del 5% por debajo de la capacidad estando estos valores dentro de los márgenes de normalidad de la institución, ya para el último año si se puede notar un crecimiento en la atención del 20,52% por encima de lo normal en cuanto a la capacidad que tienen los médicos de esta área para atender en las consultas.

Tabla 3. Total Rayos X realizados

Años	2005	2006	2007
Rayos X realizados	66108	63831	65453
Capacidad de RX	60000	60000	60000
Porcentaje (%)	110,18	106,39	109,1

Fuente: Coordinadora de investigación y docencia/Coordinador de hospitales.

Gráfico 5. Total Rayos X realizados

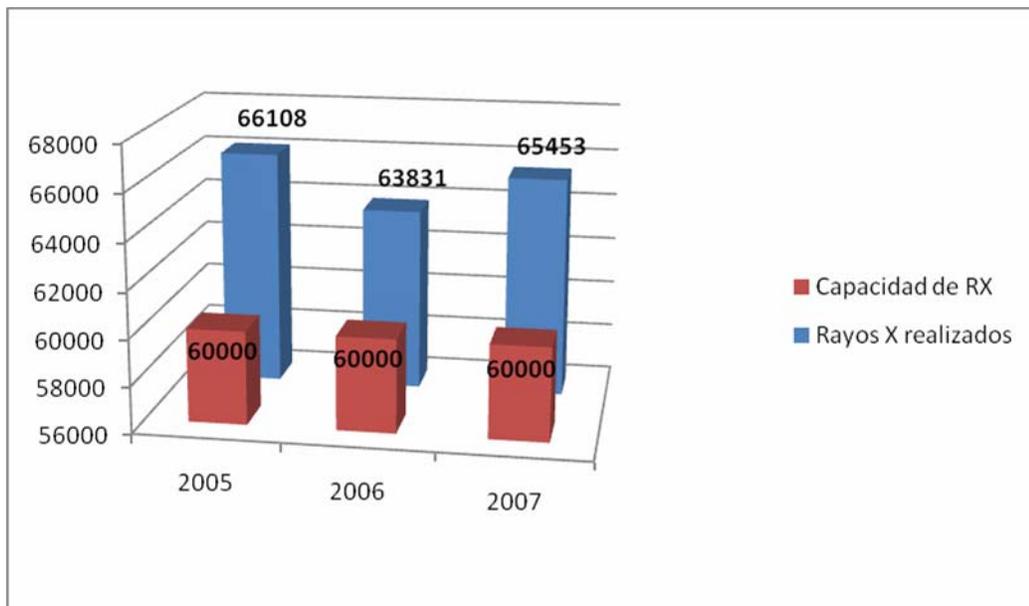
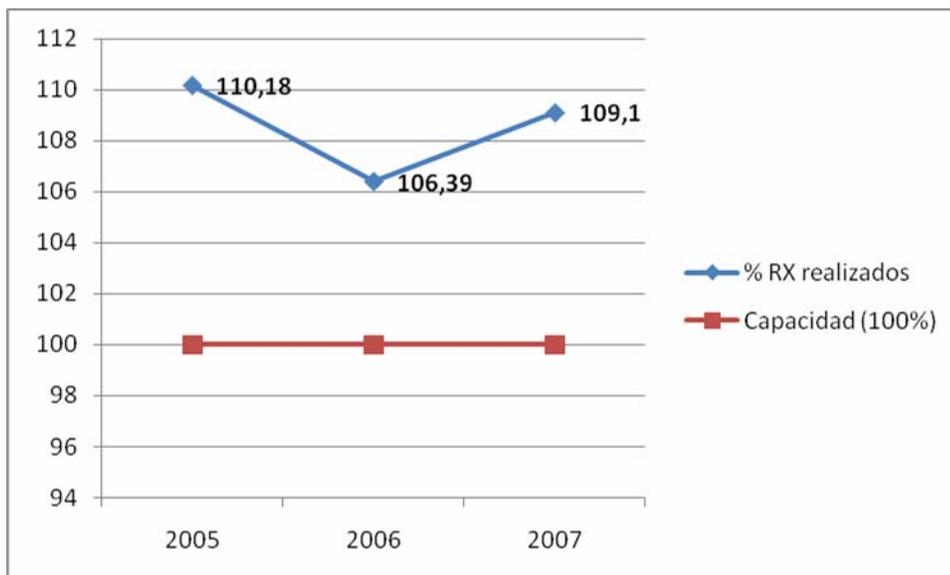


Gráfico 6. Total Rayos X realizados

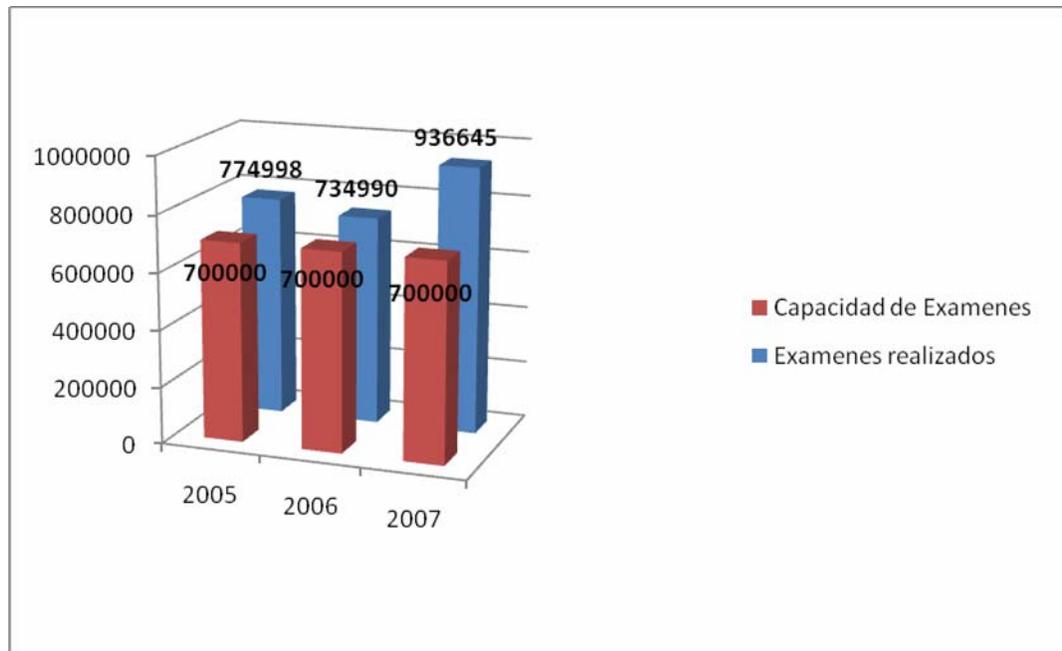
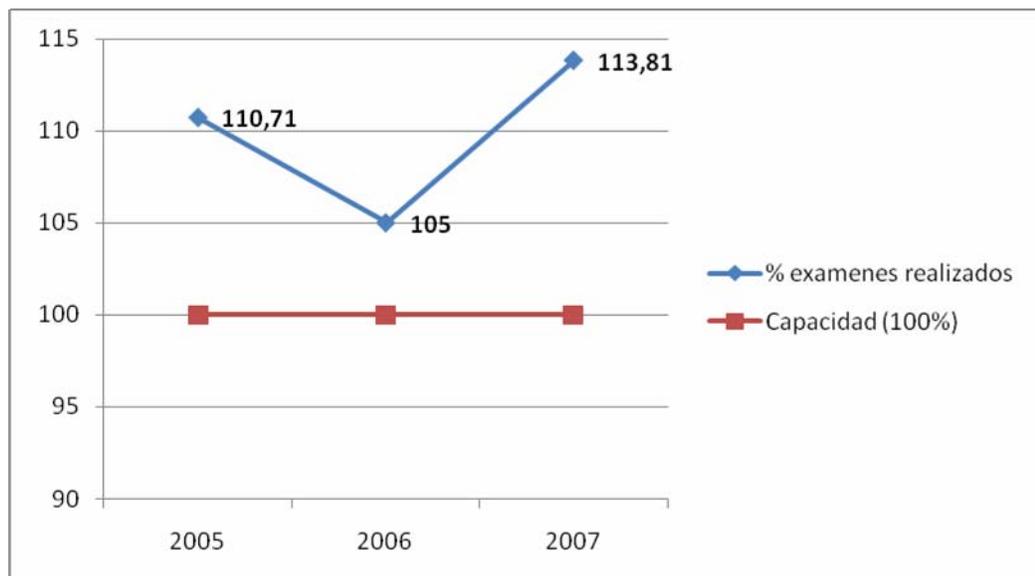


ANÁLISIS: Para el gráfico 6 que esta al igualmente relacionado con la tabla 3 y el gráfico 5 contentivos de los datos del área de RX , muestra la actividad durante el trienio del servicio de RX del HUDLR, en el cual podemos notar como las variables durante el período estuvo siempre por encima de la capacidad, durante el año 2005 superó en un 10,18% la capacidad que tiene este servicio de prestar atención, para el siguiente año presento una baja con relación al año anterior pero igual estando en un 6,39% por encima de la capacidad y ya para el último año presentó un aumento de más del 2% con relación al 2006 y aproximadamente 1% debajo del año 2005.

Tabla 4. Total exámenes realizados

Años	2005	2006	2007
Exámenes realizados	77499	73499	93664
Capacidad de exámenes	8	0	5
	70000	70000	70000
	0	0	0
Porcentaje (%)	110,71	105	113,81

Fuente: Coordinadora de investigación y docencia/Coordinador de hospitales.

Gráfico 7. Total exámenes realizados**Gráfico 8. Total exámenes realizados**

ANÁLISIS: El gráfico 8 muestra la actividad durante el trienio 2005 – 2007 del área que presta el servicio de exámenes del HUDLR, en el cual

podemos notar como la variable de exámenes realizados durante el trienio se mantuvo por encima de lo que sería la actividad normal de esta área estando entre el 5% y el 14% aproximadamente por encima del nivel de capacidad durante el período estudiado.

Ambulatorio Boyaca V

Tabla 5. Total de pacientes atendidos en la emergencia

Años	2005	2006	2007
Pacientes atendidos en emergencia	30050	32960	34648
Capacidad de atención	35000	35000	35000
Porcentaje (%)	85,86	94,17	98,99

Fuente: Director/Jefe de Distrito Sanitario IB.

Gráfico 9. Total de pacientes atendidos en la emergencia

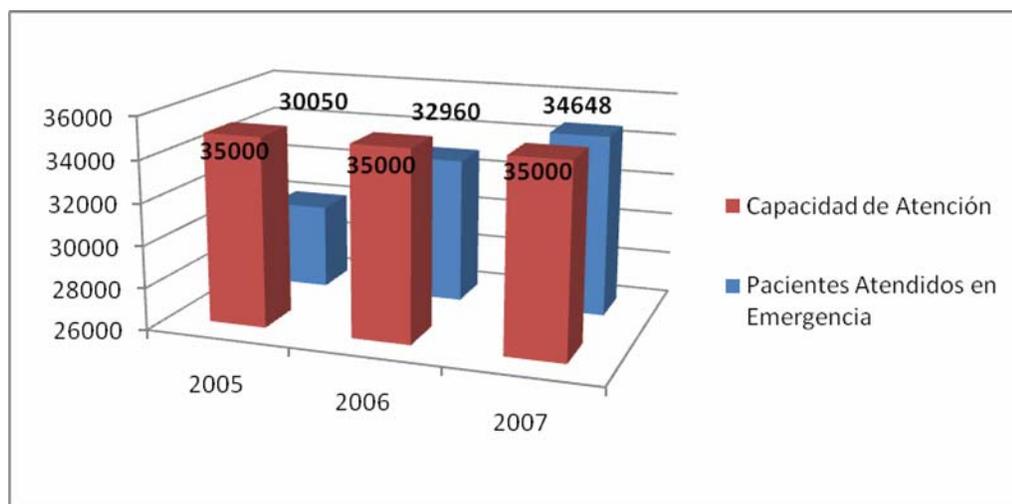
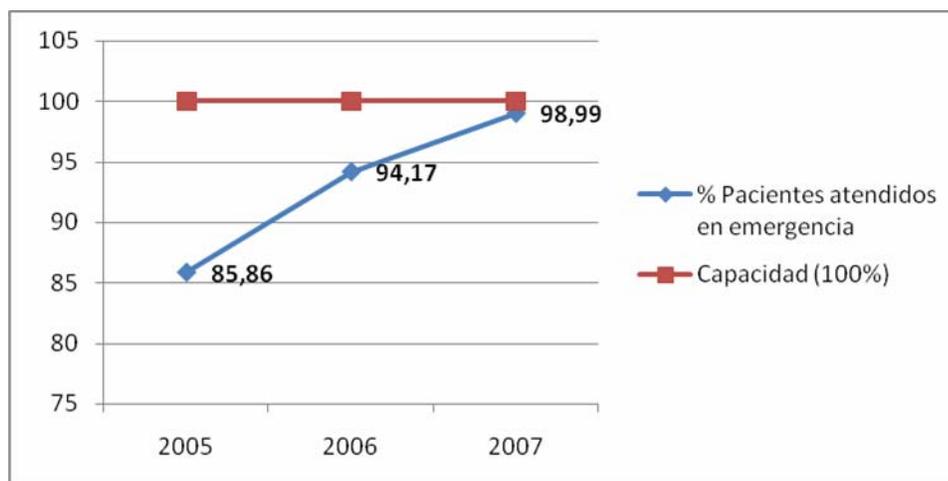


Gráfico 10. Total de pacientes atendidos en la emergencia



ANÁLISIS: El gráfico 10 correspondiente a el estudio porcentual del comportamiento de las variables de capacidad de atención y pacientes atendidos en la emergencia del Ambulatorio de Boyacá V durante el período 2005 – 2007 muestra una actividad creciente pero notándose que este crecimiento o aumento de la población atendida durante este tiempo esta ubicada en términos normales de acuerdo a la capacidad instalada de la Emergencia ya que se mentuvo entre el 85% y el 100% del estandar de capacidad de atención.

Tabla 6. Total de pacientes atendidos en las consultas

Años	2005	2006	2007
Pacientes atendidos en consultas	34530	34648	35617
Capacidad de atención	70000	70000	70000
Porcentaje (%)	49,33	49,5	50,88

Fuente: Director/Jefe de Distrito Sanitario IB.

Gráfico 11. Total de pacientes atendidos en las consultas

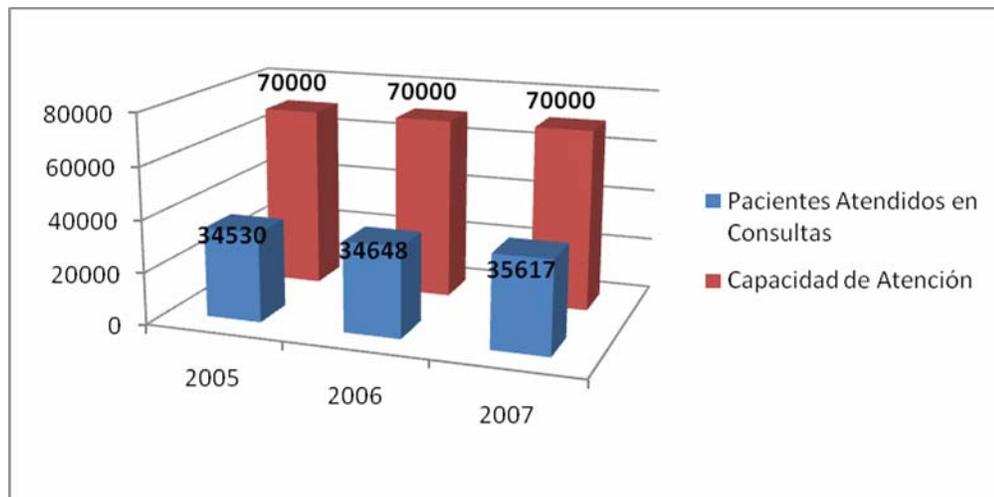
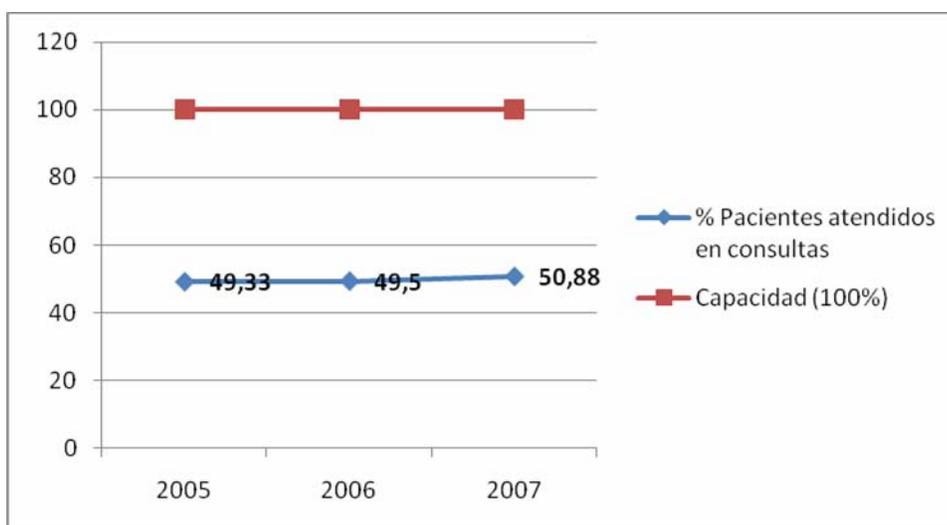


Gráfico 12. Total de pacientes atendidos en las consultas



ANÁLISIS: En términos generales el área del servicio de consultal del Ambulatorio de Boyacá V durante el trienio objeto de estudio presentó una actividad bastante normal y has baja en cuanto a la asistencia de pacientes;

se puede notar que durante estos años las consultas estuvo atendiendo en un margen del 50% de la capacidad que tiene para prestar sus servicios.

Tabla 7. Total Rayos X realizados

Años	2005	2006	2007
Rayos X realizados	6102	6363	5672
Capacidad de RX	6000	6000	6000
Porcentaje (%)	101,7	106,05	94,53

Fuente: Director/Jefe de Distrito Sanitario IB.

Gráfico 13. Total Rayos X realizados

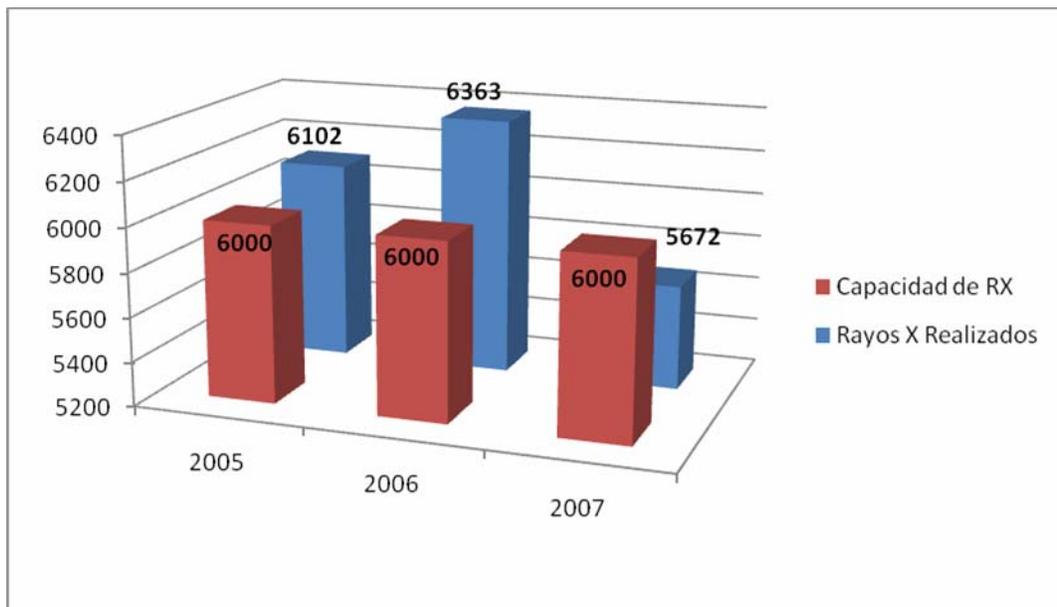
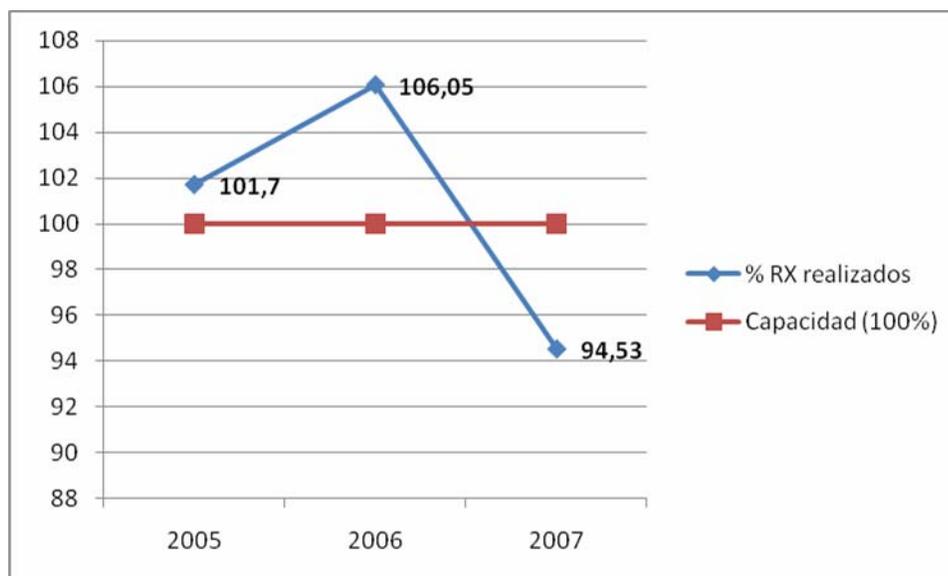


Gráfico 14. Total Rayos X realizados

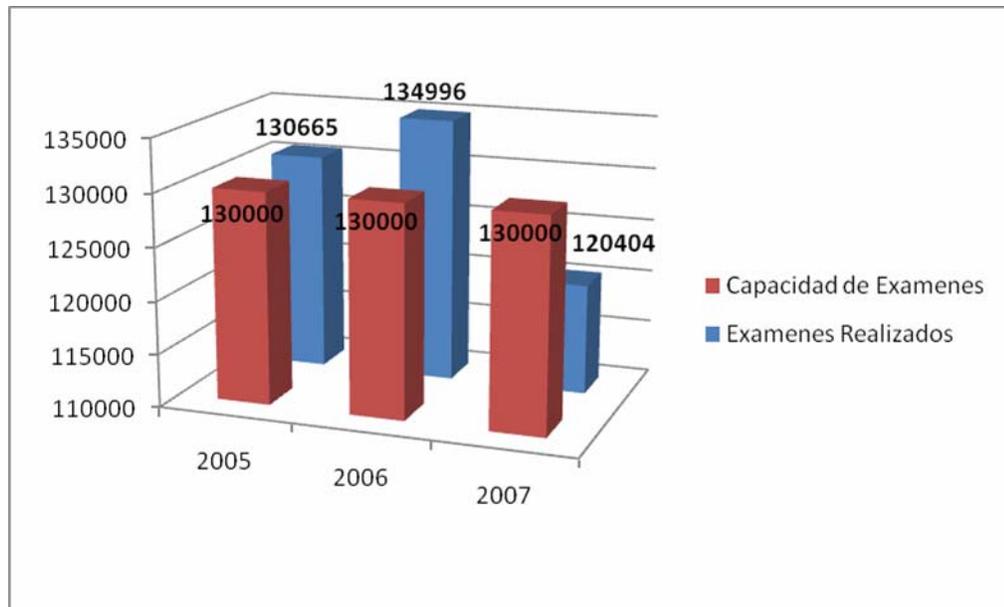
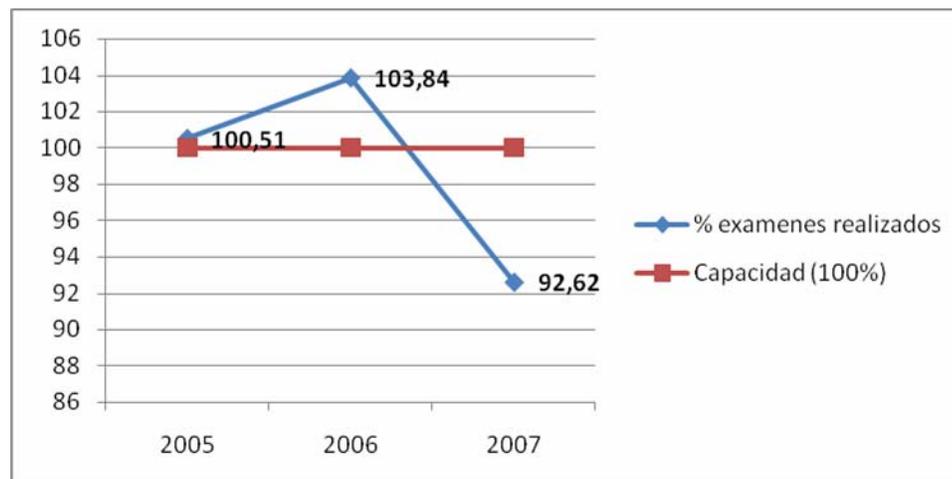


ANÁLISIS: Para el gráfico 14, se muestra la actividad del servicio de RX durante el trienio 2005 – 2007 en el Ambulatorio, el cual muestra como la variable de RX realizados tuvo una ruta creciente durante los dos primeros años estudiados, teniendo para el 2005 una actividad del 1,7% por encima de su capacidad y para el 2006 un 6,05% por encima de la capacidad; esta actividad creciente cambió para el año 2007 presentando una baja de 12% aproximadamente.

Tabla 8. Total exámenes realizados

Años	2005	2006	2007
Exámenes realizados	13066	13499	12040
Capacidad de exámenes	13000	13000	13000
Porcentaje (%)	100,51	103,84	92,62

Fuente: Director/Jefe de Distrito Sanitario IB.

Gráfico 15. Total exámenes realizados**Gráfico 16. Total exámenes realizados**

ANÁLISIS: los datos del servicio de exámenes del Ambulatorio de Boyacá V presentados en el gráfico 16, presenta una actividad parecida a la del servicio de Exámenes, como se puede ver estuvo por encima de la

capacidad en los dos primeros años y ya para el último presenta una caída o baja de poco más del 7% de la capacidad que tiene de prestar el servicio y de más del 10% con relación al año anterior.

AMBULATORIO ALÍ ROMERO

Tabla 9. Total pacientes atendidos en la emergencia

Años	2005	2006	2007
Pacientes atendidos en emergencia	29865	33629	35940
Capacidad de atención	30000	30000	30000
Porcentaje (%)	99,55	112,1	119,8

Fuente: Jefe de RRHH.

Gráfico 17. Total pacientes atendidos en la emergencia

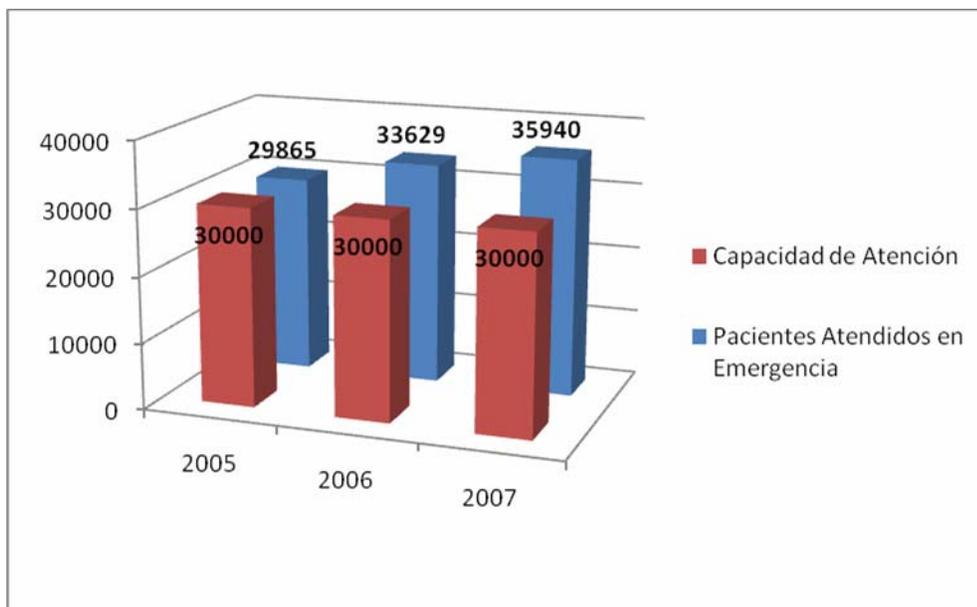
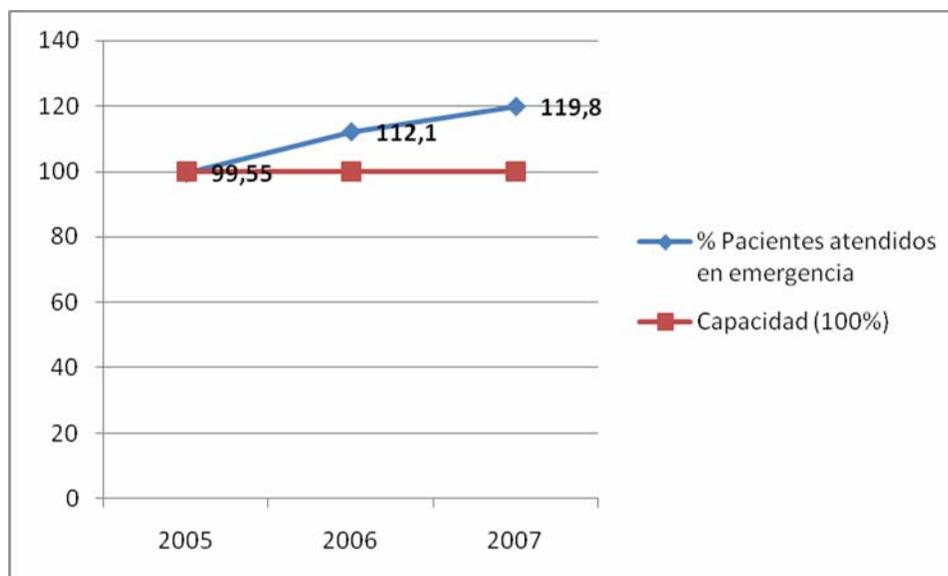


Gráfico 18. Total pacientes atendidos en la emergencia



ANÁLISIS: El gráfico 18 correspondiente a el estudio porcentual del comportamiento de las variables de capacidad de atención y pacientes atendidos en la emergencia del Ambulatorio Alí Romero durante el periodo 2005 – 2007 muestra una actividad creciente que para el año 2005 estuvo en el 99,55% de atención prestada, para el 2006 en 112,1%; 12,1% por encima de la capacidad de atención y ya para el año 2007 la actividad de la emergencia de este centro de salud supero en un 19,8% la capacidad de atención.

Tabla 10. Total pacientes atendidos en las consultas

Años	2005	2006	2007
Pacientes atendidos en consultas	30657	36842	38630
Capacidad de atención	60000	60000	60000
Porcentaje (%)	51,1	61,4	64,38

Fuente: Jefe de RRHH.

Gráfico 19. Total pacientes atendidos en las consultas

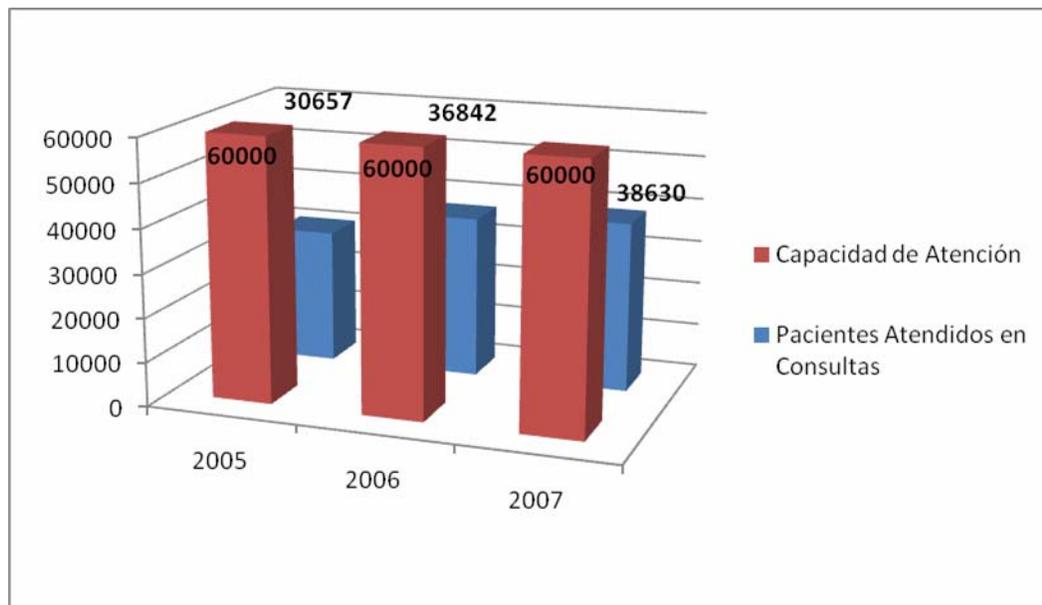
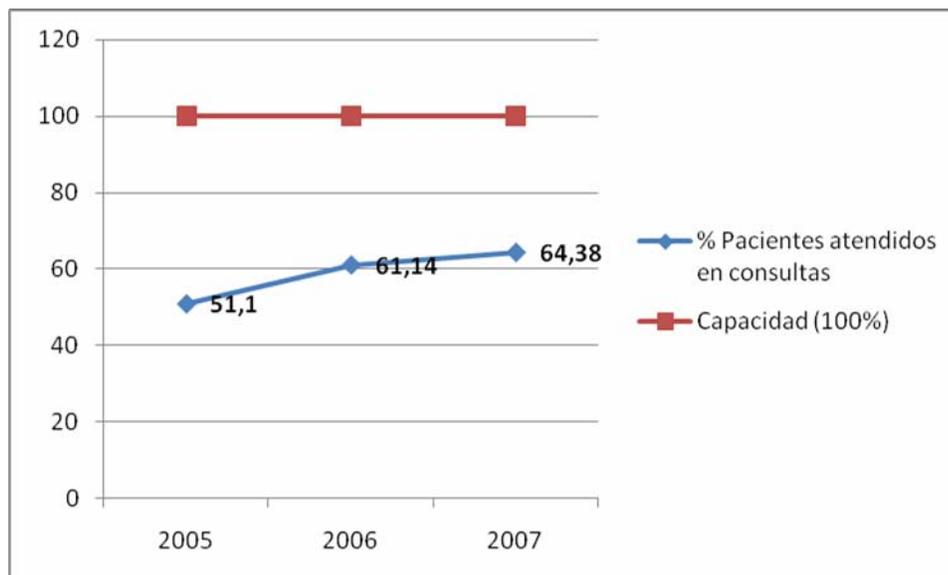


Gráfico 20. Total pacientes atendidos en las consultas



ANÁLISIS: En términos generales el área del servicio de consultal del Ambulatorio Alí Romero presentados en la gráfica 20, presentó una actividad bastante normal y notándose baja en cuanto a la asistencia de pacientes; se puede notar como durante estos años las consultas estuvo atendiendo en un margen del 50% y 70% de la capacidad que tiene para prestar sus servicios.

Tabla 11. Total Rayos X realizados

Años	2005	2006	2007
Rayos X realizados	4015	3980	3680
Capacidad de RX	4000	4000	4000
Porcentaje (%)	100,4	99,5	92

Fuente: Jefe de RRHH.

Gráfico 21. Total Rayos X realizados

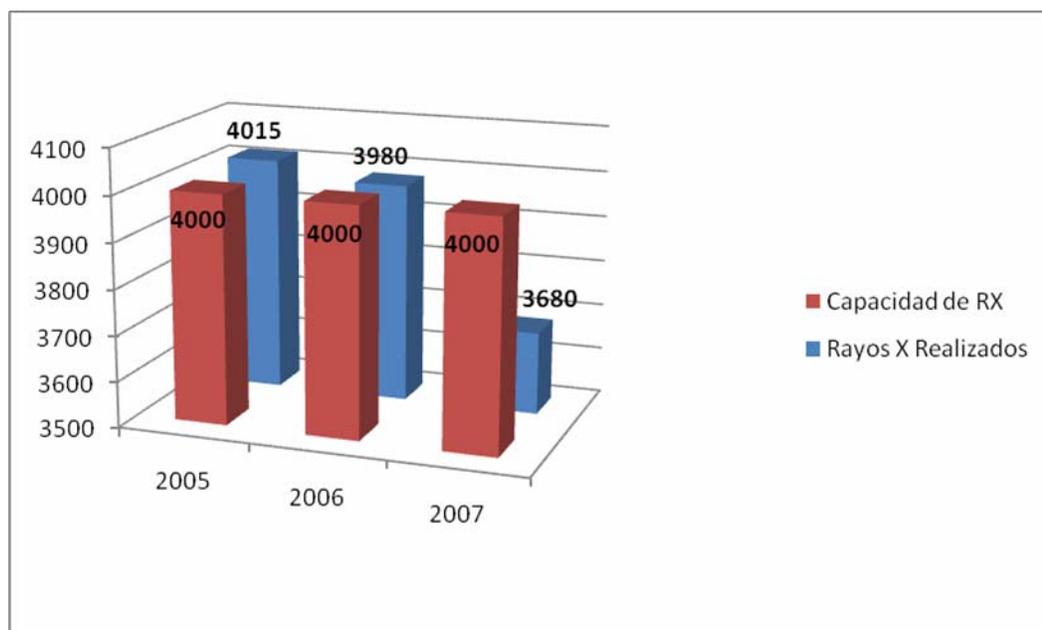
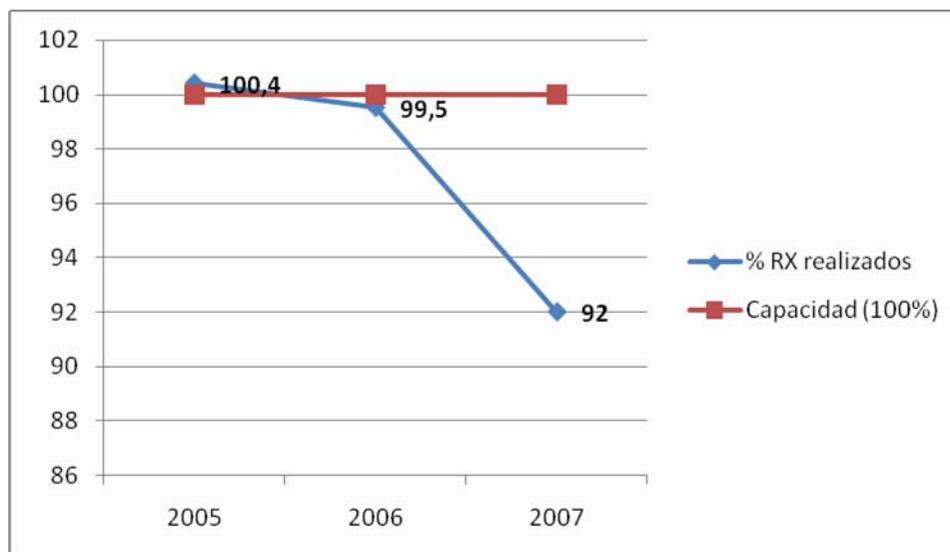


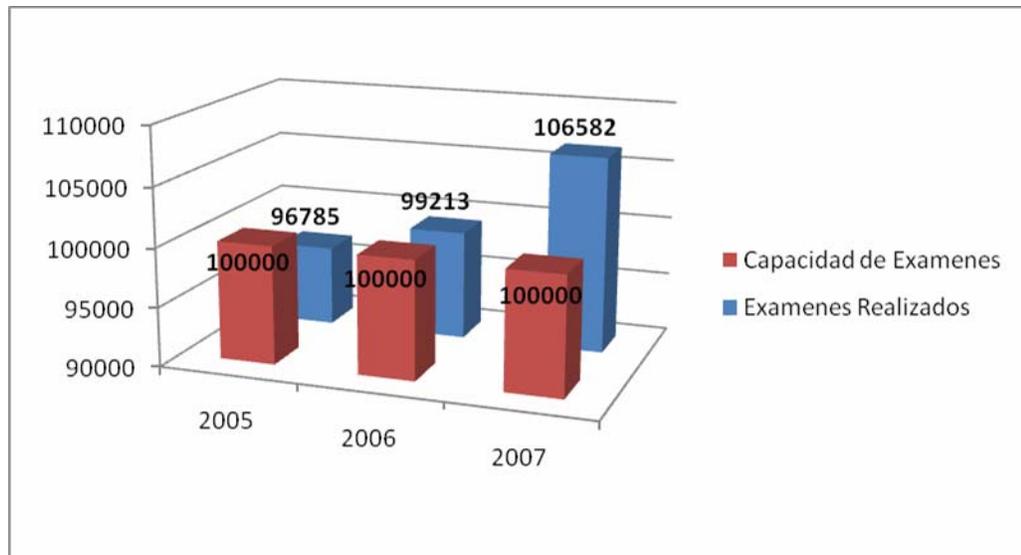
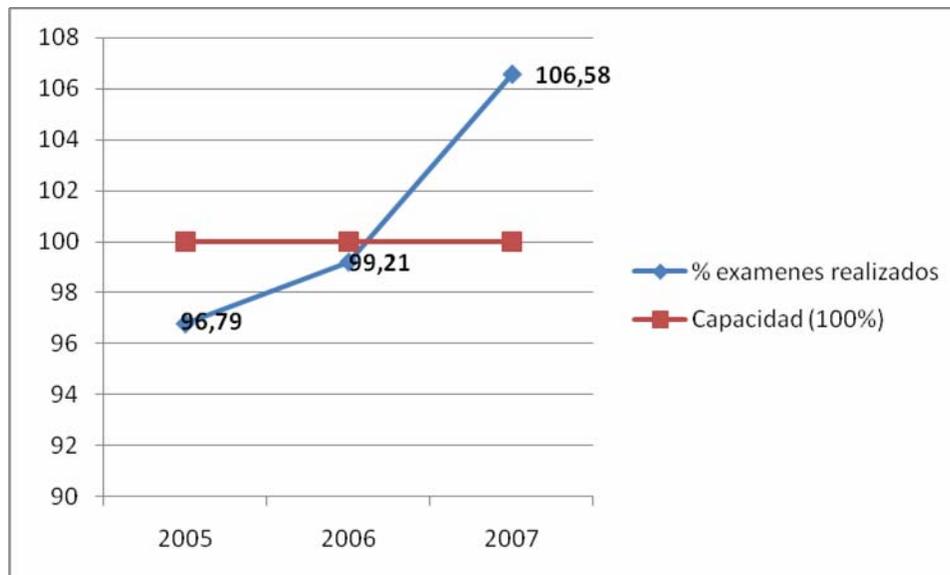
Gráfico 22. Total Rayos X realizados

ANÁLISIS: Para el gráfico 22, se muestra la actividad del servicio de RX durante el trienio 2005 – 2007 en el Ambulatorio, el cual muestra como la variable de RX realizados tuvo una ruta decreciente durante los tres primeros años estudiados, teniendo para el 2005 una actividad por encima de su capacidad de 4%, para el 2006 bajo en 0,5% para ubicarse en niveles normales en ese año y para el 2007 bajo en un 8% de la capacidad.

Tabla 12. Total exámenes realizados

Años	2005	2006	2007
Exámenes realizados	96785	99213	106582
Capacidad de exámenes	100000	100000	100000
Porcentaje (%)	96,79	99,21	106,58

Fuente: Jefe de RRHH.

Gráfico 23. Total exámenes realizados**Gráfico 24. Total exámenes realizados**

ANÁLISIS: los datos del servicio de exámenes del Ambulatorio Alí Romero presentados en el gráfico 24, presenta una actividad creciente, como se puede ver estuvo durante los dos primeros años por debajo del nivel

normal, es decir, que para los años 2005 y 2006 el servicio de exámenes del Ambulatorio trabajo con una capacidad normal de atención; ya para el año 2007 se presenta un aumento de más del 6% de la capacidad que tiene el área de prestar el servicio.

DISCUSIÓN

La OMS dentro de sus actividades de investigación a nivel mundial nos presenta: El Informe sobre la salud en el mundo, publicado por vez primera en 1995, es la principal publicación de la OMS. Cada año el informe combina una evaluación de la salud mundial a cargo de expertos, incluidas estadísticas sobre todos los países, con el análisis de un tema concreto. La finalidad principal del informe es proporcionar a los países, los organismos donantes, las organizaciones internacionales y otras entidades la información que necesitan para ayudarles a tomar decisiones de política y de financiación. El informe se hace llegar también a un público más amplio, desde universidades, hospitales docentes y escuelas, pasando por los periodistas, hasta el público general, en definitiva, a cualquier persona interesada profesional o personalmente en la salud internacional.

El último informe presentado por la OMS corresponde a “La Atención Primaria de la Salud, más importante que nunca”, este material muestra la necesidad que tienen los países de dar prioridad a la APS como medida primaria para el fortalecimiento de la salud pública, esto basándose en estudios arbitrados en los países adscritos a la organización.

Los informes presentados desde 1995 por la OMS presentan informes estadísticos que permiten relacionar las problemáticas en materia de salud pública con los niveles de pobreza de los países, con la importancia que dan los gobiernos a esta materia en cuanto al gasto público, entre otros. El informe actual, correspondiente al año 2008, nos muestra en estudios efectuados en países de Europa y América Latina como Portugal, Inglaterra, Bosnia, Colombia, Ecuador, Perú, Bolivia y otros; de cómo las desigualdades en materia de salud y en la prestación de atención en los

países afecta de forma negativa este sector, presentando estudios arbitrados de: Gasto de los hogares en salud por habitante como porcentaje del gasto total de los hogares, por grupo de ingresos; Tiempo que tardan para desplazarse a los ambulatorios por grupo de ingresos, cobertura de algunos programas de salud, entre otros que dan como resultado en fundamento a la necesidad de dar prioridad al regreso de la APS.

En el plano nacional el MPPS, en concordancia con la OMS y de acuerdo a las necesidades de la nación realiza numerosos estudios en materia de salud y desarrollo de las políticas y/o programas de salud mostrando diversos estudios estadísticos que presenta a través de sus anuarios publicados desde 1995 con relación a las diversas problemáticas y soluciones propuestas en materia de salud a nivel nacional. El último anuario publicado por el MPPS correspondiente al año 2006, presentan los resultado de un proceso de recolección de datos estadísticos sociales y diagnósticos en salud, nos presenta información estadística de cada Estado.

El anuario 2006 contiene información estadística de: las 25 principales causas de muerte diagnosticadas en el país, mortalidad general, infantil, por división territorial por grupos de edad según las causas. Toda esta información presentada en este anuario permite al Estado una planificación, ejecución y evaluación de las políticas públicas en materia de salud.

CONCLUSIÓN

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), los indicadores de salud son la base de la *epidemiología*, que estudia la aparición y la distribución de las enfermedades humanas en el seno de determinados sectores de población basándose sobre todo en el uso de estadísticas.

La recolección regular de información relativa la materia de salud en una determinada población, y su posterior análisis basándose en indicadores específicos, permite: determinar cuáles son los principales problemas sanitarios, orientar la formulación de las políticas sanitarias y la planificación de los programas de salud, supervisar la efectividad y la cobertura de los programas de atención sanitaria, asegurar que los recursos están dirigidos a las áreas con mayores necesidades y proveer información para la orientación de los esfuerzos científicos de investigación.

Considerando esta información y llevándola al ámbito de nuestro estudio, el análisis estadístico de las variables que se presentan para cada ente mostraron actividades que en muchos casos resultan preocupantes ya que se puede notar que los centros de salud de la zona norte del Estado, para este estudio tomados: El Hospital Universitario Dr. Luis Razetti, El Ambulatorio Alí Romero y el Ambulatorio de Boyacá V.

El HUDLR durante el trienio estudiado, nos muestra como Los diferentes servicios que presta en gran parte se mantuvieron con una actividad por encima de los niveles normales de su atención, para estos casos y de acuerdo a la información dada por el personal que allí labora y que fueron mencionados como fuente de la investigación, comentaron que en los casos de la emergencia, servicios de RX y Exámenes, se estuvo

trabajando con una atención que estuvo por encima de los parámetros normales de la capacidad de atención del Hospital, esto en líneas generales, según las fuentes que nos proporcionaron la información estos niveles en que se presentaron las actividades durante el trienio estudiado pudo presentarse debido a las mejoras hechas al centro para el 2006, acotando que los trabajos de reacondicionamiento del hospital hace que el público que conoce la situación asista en busca de una mejor atención dada las nuevas condiciones del ente.

Para el caso de los Ambulatorios de Boyacá V y Alí Romero; estos ambulatorios presenta datos que permiten ver que en el desarrollo de sus actividades aunque en la mayoría de los casos trabajaron al nivel de su capacidad con algunas altas y bajas, no es menos cierto que en los momentos en que se ven operando sobre su capacidad muchas veces es por lo lento que se prestan los servicios y la falta de cambios estructurales que le permitan crecer tanto en recursos materiales como en recurso humano capas de aumentar la capacidad de atención.

Es por lo antes expuesto que se puede decir que los análisis estadísticos permiten crear mecanismos de factibles de conlleven a mejorar el sistema de salud pública a través de programas, políticas y proyectos que de acuerdo con los resultados obtenidos puedan desarrollarse con relación a las necesidades de cada sector.

CAPITULO III

3.1 Análisis De Las Políticas Públicas En Materia De Salud

Para realizar un análisis de las políticas públicas es preciso establecernos conceptos que nos permitan manejar un poco el tema como serian, primero el de política: como Ciencia o Arte de lo posible, el objetivo de una política, es controlar y dirigir cursos futuros de una acción.

Como a nuestro estudio resulta imperioso citar la Constitución de la República ya que ella es la fuente de todas las políticas públicas y de la cual nacen todas las leyes guiadas a regir las distintas formas en que está dividido el sector público del país. Partiendo de este punto tendremos que dentro del análisis de las políticas públicas en materia de salud, entendida como una forma de encontrar caminos que permitan la promoción de un mejor servicio, calidad en su recurso tanto humano como materia, un mejor manejo de de las actividades de salud que estén a favor de la conservación y restablecimiento de la salud.

Dentro de los puntos a desarrollar en este capítulo tenemos al ente encargado de diseñar las políticas públicas del sector salud, en cual se plantea como marco de la problemática planteada y guiada a la atención y capacidad resolutive como aspecto integrador de las políticas creadas.

Es por ello que a través de este capítulo se intenta conocer cómo se desarrolla la actividad del sector salud en cuanto a políticas públicas, desde el punto de vista legal, de las instituciones y de cómo estas presentan las políticas y/o programas de salud.

3.2 Marco Institucional.

Dentro del **marco institucional** se presentan las diferentes leyes, reglamentos e instrumentos relacionados con los programas y/o políticas públicas implementadas por el Estado en materia de salud.

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

Gaceta Oficial N° 36.860 de fecha 30 de diciembre de 1999

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela plantea un proceso de adecuación legislativa, institucional y de nuevas estrategias para realizar los cambios en algunas materias, estableciendo las bases para desarrollar la naturaleza jurídica y el modelo organizativo del sector salud venezolano.

La Carta Magna, aprobada en 1999, establece las bases jurídicas para la Promoción de la Salud, definiéndola como una prioridad y la Participación de la Comunidad organizada con derecho a la toma de decisiones en la planificación, la ejecución y control en las instituciones públicas de salud.

Así lo establece en sus artículos:

Artículo 83. “La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen

derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.”

Análisis: Este artículo establece que la salud es un derecho social fundamental, parte integral del derecho a la vida, y una obligación del Estado, manifestando de forma taxativa que deben llevarse a cabo en concordancia con los tratados y convenios internacionales (OPS, OMS...).

Artículo 84. “Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.”

Análisis: Para garantizar el derecho a la salud el Artículo 84 ordena la creación de un sistema público nacional de salud, bajo la rectoría del MSDS, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, y regido por principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad.

Artículo 85. “El financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria. En coordinación con las universidades y los centros de investigación, se promoverá y desarrollará una política nacional de formación de profesionales, técnicos y técnicas y una industria nacional de producción de insumos para la salud. El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud.”

Análisis: El Artículo 85 establece que su financiamiento es obligación del Estado lo cual le permitirá cumplir con los objetivos de las políticas de salud.

Artículo 86. “Toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en contingencias de maternidad, paternidad, enfermedad, invalidez, enfermedades catastróficas, discapacidad, necesidades especiales, riesgos laborales, pérdida de empleo, desempleo, vejez, viudedad, orfandad, vivienda, cargas derivadas de la vida familiar y cualquier otra circunstancia de previsión social. El Estado tiene la obligación de asegurar la efectividad de este derecho, creando un sistema de seguridad social universal, integral, de financiamiento solidario, unitario, eficiente y participativo, de contribuciones directas o indirectas. La ausencia de capacidad contributiva no será motivo para excluir a las personas de su protección. Los recursos financieros de la seguridad social no podrán ser destinados a otros fines. Las cotizaciones obligatorias que realicen los trabajadores y las trabajadoras para cubrir los servicios médicos y asistenciales y demás beneficios de la seguridad social podrán ser

administrados sólo con fines sociales bajo la rectoría del Estado. Los remanentes netos del capital destinado a la salud, la educación y la seguridad social se acumularán a los fines de su distribución y contribución en esos servicios. El sistema de seguridad social será regulado por una ley orgánica especial.”

Análisis: Este artículo establece 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.

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

Análisis: El artículo 166 establece que los Estados crearán Consejo de Planificación y Coordinación de Políticas Públicas, que estarán compuestos o presididos por los diversos factores del Poder Público de cada Estado en su orden de jerarquía.

Artículo 184. “La ley creará mecanismos abiertos y flexibles para que los Estados y los Municipios descentralicen y transfieran a las comunidades y grupos vecinales organizados los servicios que éstos gestionen previa demostración de su capacidad para prestarlos, promoviendo:

La transferencia de servicios en materia de salud, educación, vivienda, deporte, cultura, programas sociales, ambiente, mantenimiento de áreas industriales, mantenimiento y conservación de áreas urbanas, prevención y protección vecinal, construcción de obras y prestación de servicios públicos. A tal efecto, podrán establecer convenios cuyos contenidos estarán orientados por los principios de interdependencia, coordinación, cooperación y corresponsabilidad...”

Análisis: Este artículo da lugar a que dentro de un marco legal se crearán los mecanismos para que los Estados y Municipios descentralicen y puedan verdaderamente las comunidades, capacitadas para ello, puedan gestionar y participar en ello. A través de la promoción y transferencia de servicios en materia de salud, educación, programas sociales...

LEY ORGANICA DE LA ADMINISTRACION PÚBLICA
Gaceta Oficial N° 37.305 de fecha 17 de octubre de 2001

La ley orgánica de la Administración Pública tiene por objeto establecer los principios, bases y lineamientos que rigen la organización y el funcionamiento de la Administración Pública; así como la creación de los mecanismos para promover la participación popular y el control, esto para cumplir con el mandato constitucional conforme a las previsiones del artículo 184.

A demás establece esta ley como parte de los objetivos de la función pública la evaluación de las políticas, planes y proyectos públicos (Art.1 de LOAP).

La LOAP presenta los órganos superiores de dirección del nivel central de la Administración Pública Nacional, el cual en orden de jerarquía está representado por la Presidenta o Presidente de la República, la Vicepresidenta Ejecutiva o Vicepresidente Ejecutivo, **el Consejo de Ministros, las ministras o ministros**, las viceministras o viceministros; **y las autoridades regionales**. Teniendo como fin prioritario dirigir la política interior y exterior de la República (especial atención a la formulación, aprobación y evaluación de las políticas públicas), ejercer la función ejecutiva y la potestad reglamentaria de conformidad con la Constitución y la ley, expresamente en sus artículos 44 y 45 de la LOAP.

Los ministerios son los órganos del Ejecutivo Nacional encargados de la formulación, adopción, seguimiento y evaluación de las políticas, estrategias, planes generales, programas y proyectos en las materias de su competencia. Quiere decir que es responsabilidad de la ministra o ministro (para el caso Ministro del Poder Popular para la Salud) llevar el seguimiento y evaluación de políticas públicas adscritas a su despacho. Esto a través de la unidad estratégica de seguimiento y evaluación de políticas públicas, que estará organizada por un grupo multidisciplinario.

LEY ORGÁNICA DE LA SALUD

Agosto de 2002

Esta ley tiene por objeto garantizar el derecho a la salud a todas las personas, consagrado constitucionalmente como derecho social fundamental y parte del derecho a la vida, así como también tiene a su bien establecer el régimen sobre las políticas, servicios y acciones de salud y de interés para la

salud en todo el territorio nacional, estableciendo en ello los principios, objetivos, funciones y organización del Sistema Público Nacional de Salud; garantizando como deber del Estado el Derecho a la salud mediante el desarrollo de las políticas de salud sociales y económicas, cumpliendo con los principios de: **Universalidad, equidad, gratuidad, solidaridad, integración Social, unicidad, integralidad y Transectorialidad, pertinencia cultural y lingüística, participación y corresponsabilidad social y efectividad Social**, esto siguiendo lo dispuesto por esta ley en su articulado 1 y 3. Todas estas iniciativas son implementadas y creadas por medio o a través del Sistema Público Nacional de Salud creado como el conjunto integrado de políticas, planes y acciones, recursos financieros de fuentes públicas e institucionales, redes de atención y servicios públicos destinados a la salud que operen en los ámbitos nacional, estatal y municipal, incluyendo todas aquellas instituciones, redes y servicios que reciban financiamiento por parte del Estado, así como lo dispone en los artículos 7 y 12 donde se define y se le dan las funciones a este sistema y donde se le da la rectoría expresa al Ministerio del sector salud como órgano del Poder Ejecutivo, constituyendo la máxima autoridad del Sistema Público Nacional de Salud a quien le corresponde la formulación, dirección y evaluación de las políticas nacionales de salud , como lo dispone en los artículos 14 y 15 de esta ley.

El artículo 16 de esta Ley Orgánica sin perjuicio de las excepciones establecidas en esta Ley, la función gestora de los servicios de salud corresponde a las instancias estatales, en el ejercicio de la función gestora señalada, las instancias estatales quedarán sujetas a las directrices emanadas del órgano rector del Sistema Público Nacional de Salud y a los lineamientos, objetivos y metas de las políticas nacionales de salud.

Para esta Ley así como están dispuestos en este Art. 16 los Estados integrarán en un único sistema estatal todos los centros, servicios y establecimientos de salud ubicados en su territorio, sin perjuicio de su titularidad. El sistema estatal de salud, independientemente de la forma organizacional que adopte, estará a cargo de una autoridad nombrada y removida directamente por el gobernador o gobernadora, y actuará como representante del ámbito estatal en el Sistema Público Nacional de Salud.

REGLAMENTO ORGÁNICO DEL MINISTERIO DE SALUD

Decreto Nº 5.077 del 22 de diciembre de 2006

Publicado en Gaceta Oficial Nº 38.591 del 26 de diciembre de 2006

Este reglamento orgánico muestra una consecución más definida de los lineamientos constitucionales.

Según las disposiciones de esta reglamento el MPPS tiene a su cargo el diseño, ejecución y evaluación de las políticas de salud pública; es a través de este órgano del poder ejecutivo se plantean las medidas que deben seguirse para lograr el bienestar social en cuanto a la materia de salud del estado, es por ello que el reglamento Orgánico del Ministerio de la Salud, se crean con el fin de determinar la estructura organizativa y funcional del ministerio para así poder establecer la distribución de las funciones de acuerdo a las diferentes dependencias, según lo dispuesto en el **artículo 1** de este reglamento.

Forman parte de este ministerio, la Dirección del Despacho, la Unidad Estratégica de Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas, de Auditoría Interna, de Consultoría Jurídica, de Gestión Administrativa, de Planificación,

Organización y Presupuesto, de Recursos Humanos, de Comunicación y Relaciones Institucionales, de Cooperación Técnica y Relaciones Internacionales y de Atención al Ciudadano (**Art. 3** del reglamento).

El artículo 6 de este reglamento expone que es menester de la Dirección del Despacho, coordinar las políticas públicas de diferentes programas de salud en atención a criterios de prevención, promoción y tratamiento de los problemas de salud-enfermedad. La Oficina Estratégica de Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas dentro de sus funciones, actúa como apoyo del gabinete ministerial en el seguimiento, evaluación y control del impacto de las políticas públicas, realizando análisis de entorno, informes técnico sobre tendencias y escenarios que faciliten la toma de decisiones; evalúan la información que suministran las distintas unidades del Ministerio sobre los planes, programas y proyectos desarrollados en el sector salud, ello para que puedan ser discutidos por el gabinete ministerial y así tomar las decisiones.

En su **artículo 11** se prevé la presencia de una Oficina de Cooperación Técnica y Relaciones Internacionales que permite la inter – relación a través del Ministerio de Relaciones Exteriores, asesorar, coordinar y formular las políticas, acuerdos y convenios en materia de salud con la comunidad de países y organismos internacionales.

Para finalizar el MPPS cuenta con una Dirección General de Programas de Salud, que tiene sus funciones definidas en el **artículo 29**, entre las cuales está: dirigir las políticas de gestión para los diferentes programas de salud en atención a criterios de prevención, promoción y tratamiento de los problemas de salud-enfermedad y prioridades en salud, que afectan a la población y la formulación y desarrollo de programas nacionales para la

prevención y control de los problemas de salud, bajo enfoques de integralidad, universalidad, equidad y calidad.

AGENCIA ENCARGADA DE DISEÑAR LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN MATERIA DE SALUD

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), son responsables de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales.

Para la República Bolivariana de Venezuela como país suscriptor de convenios internacionales asociados a la OMS y la OPS, organismos internacionales que reciben los aportes a través de evidencias, indicadores, factores de salud, entre otro, por medio de la actividad de Estado ejercida por **El Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS) actualmente Ministerio del Poder Popular para la Salud**, quien con facultad y competencia legítima representa el **ente rector de las políticas públicas de salud y garante del Derecho a la Salud**. Regulador en el ámbito nacional de prestadores regionales y locales de los servicios de atención médica.

Este órgano del Ejecutivo Nacional en su actuación como ente central y ente rector del Sistema Público Nacional dispuesto así por Ley, tiene adscritos a una variedad de entidades de salud pública, unos de nivel central como IVSS, IPASME, entre otros; y entes como el Instituto Anzoatiguense de

la Salud (SALUDANZ), creado como iniciativa del estado en su ejercicio de gobierno, con particularidad en el Estado Anzoátegui.

SALUDANZ, es el instituto regional de salud encargado de servir de órgano operativo del sistema de salud en el Estado Anzoátegui en su carácter técnico, político-administrativo y asistencial del sistema de salud estatal, que actúa bajo la rectoría política del MPPS. Se encarga a demás de la ejecución de programas con participación activa de los gremios del sector salud y la comunidad organizada.

En relación a la clasificación de establecimientos de la red ambulatoria y hospitalaria vigente, según la Gaceta Oficial de la República de Venezuela N° 32.650, del 21 de enero de 1.983, se mantienen aun los parámetros de categorización que regularon en su momento estas disposiciones. Según este documento de 25 años de vigencia, los establecimientos destinados a la prestación de servicios de atención médica del sector publico deben ajustarse a las características que le correspondan de acuerdo a la siguiente clasificación:

AMBULATORIOS

1. Ambulatorios Rurales.

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

2. Ambulatorios Urbanos.

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

HOSPITALES.

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

Los Ambulatorios Rurales Tipo I tienen las siguientes características:

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

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

Dependen de la Dirección del Distrito Sanitario.

Los Ambulatorios Rurales Tipo II tienen las siguientes características:

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

Son atendidos por médicos generales.

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

Dependen técnica y administrativamente de la Dirección del Distrito Sanitario.

Los Ambulatorios Urbano Tipo I tienen las siguientes características:

Prestan atención médico integral de nivel primario.

Son atendidos por médicos generales y familiares.

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

Dependen administrativa y técnicamente del Distrito Sanitario correspondiente.

Los Ambulatorios Urbanos Tipo II tienen las siguientes características:

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

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

Dependen técnica y administrativamente del Hospital de su jurisdicción.

Los Ambulatorios Urbanos Tipo III tienen las siguientes características:

Prestan atención médica integral de nivel primario secundaria o ambos.

Son dirigidos por un médico con curso medio de clínicas sanitarias.

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

Dependen técnica y administrativamente del Hospital de su jurisdicción.

En relación a los Hospitales

Los Hospitales tienen las siguientes características:

Prestan atención médica integral de nivel primario, secundario y terciario según su categoría.

Dentro de su organización contarán con camas de observación y de hospitalización.

Los Hospitales Tipo I tienen las siguientes características:

Prestan atención ambulatoria de nivel primario y secundario tanto médica como odontológica.

Sirven de centro de referencia de nivel ambulatorio.

Se encuentran ubicados en poblaciones hasta de veinte mil (20000) habitantes y con un área de influencia demográfica hasta de sesenta mil (60.000) habitantes.

Tienen entre 20 y 60 camas.

Están organizados para prestar los siguientes servicios básicos: medicina, cirugía, gineco-obstetricia y pediatría.

Cuentan con los siguientes servicios de colaboración: laboratorio, radiodiagnóstico, farmacia, anestesia, hemoterapia y emergencia.

Su estructura organizativa es así:

Dirección a cargo de un médico con experiencia comprobada en salud pública, preferiblemente con curso medio diversificado. Servicios clínicos básicos dirigidos por médicos especialistas. Administración de personal a Cargo del Jefe de la oficina de Personal. Administración a cargo de un intendente. Servicio de Mantenimiento a cargo del Jefe de Mantenimiento.

Los Hospitales Tipo II tienen las siguientes características:

Prestan atención de nivel primario, secundario y algunas de nivel terciario.

Se encuentran ubicados en poblaciones mayores de veinte mil (20.000) habitantes y con un área de influencia hasta de 100.000 habitantes.

Tienen entre 60 y 150 camas de hospitalización.

Podrán desarrollar actividades docentes asistenciales de nivel pre y post-gradado, paramédicos y de investigación.

Los Hospitales Tipo III tienen las siguientes características:

Prestan servicios de atención médica integral a la salud en los tres niveles clínicos.

Se encuentran ubicados en poblaciones mayores de sesenta mil (60.000) habitantes, con áreas de influencia hasta de cuatrocientos mil (400.000) habitantes.

Dentro de su organización contarán con una capacidad que oscilará entre 150 y 300 camas.

Los Hospitales Tipo IV tienen las siguientes características:

Prestan atención médica de los tres niveles con proyección hacia un área regional.

Se encontrarán ubicados en poblaciones mayores de cien mil (100.000) habitantes y con un área de influencia superior al millón (1.000.000) de habitantes.

Tienen más de 300 camas.

Cuentan con unidades de larga estadía y albergue de pacientes.

Esta clasificación funcional, realizada en su momento con el fin de organizar las redes de salud nos permite ubicar y delimitar nuestro estudio de la siguiente manera:

Hospital Universitario Dr. Luis Razetti – Hospital tipo IV.

Ambulatorio Boyacá V – Ambulatorio Urbano Tipo III.

Ambulatorio Alí Romero – Ambulatorio Urbano Tipo II.

Tomados estos centros de salud como los principales centros de salud de la zona norte del Estado Anzoátegui adscritos a SALUDANZ.

Esta a nuestro bien dejar claro estos conceptos con el fin de darle la delimitación necesaria a esta investigación ya que el Sistema Nacional de Salud a raíz de todos los cambios que han surgido nos presenta un nuevo sistema que corresponde a las iniciativas del Estado presentadas así primeramente su creación en el ámbito constitucional y legal como hemos visto como en la práctica, este nuevo Sistema Público de Salud trae consigo la transformación del sistema tradicional en el que encontrábamos a las redes ambulatoria y hospitalarias en sus diversos niveles a un nuevo modelo presentado a través de los Programas Barrio Adentro en sus distintas etapas

(I, II y III), siendo de relevancia para nuestro estudio el Programa Barrio Adentro III, quien viene a transformar la Red Ambulatoria y Hospitalaria.

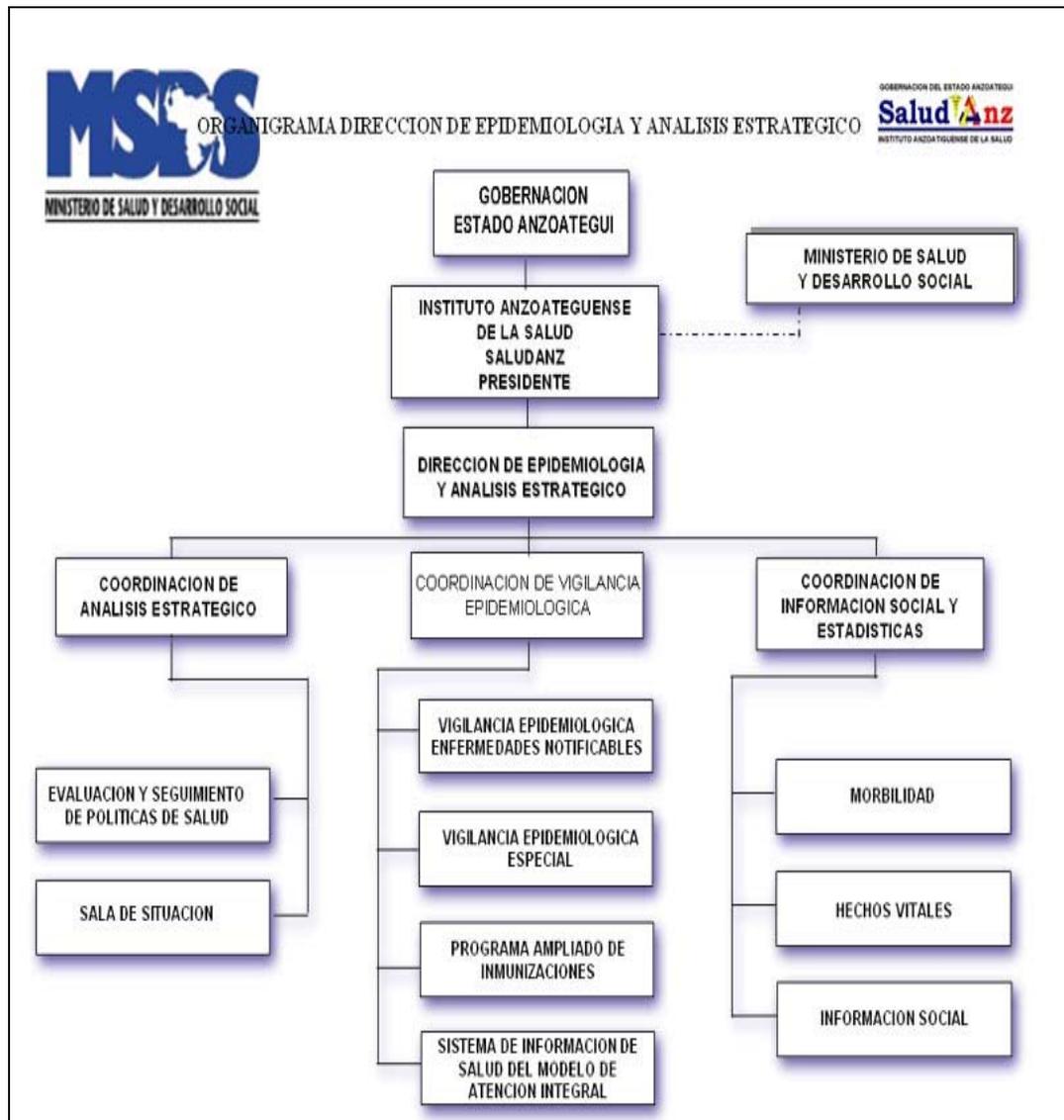
Con la entrada en vigencia de este nuevo modelo del Sistema Nacional de Salud Pública tenemos que estos centros pasan a ser:

Hospital Universitario Dr. Luis Razetti Tipo IV.

Centro Integral de Salud II Boyacá V

Centro Integral de Salud I Alí Romero

Organigrama de la dirección de epidemiología y análisis estratégico:



Fuente: <http://www.anzoategui.org/saludanz/organigrama1.htm>

Análisis de los programas y/o políticas en el sector salud

el Ministerio del Poder Popular para la Salud en concordancia con la constitución, leyes y tratados internacionales a los cuales suscribe, permite en el marco de la salud y el nuevo Sistema Nacional de Salud Pública, la creación de políticas de estado y programas de salud pública alineados a las diversas necesidades que en esta materia presenta el país.

Ya es claro que el ente que crea las políticas de salud es el ministerio quien a su vez transfiere al interior del país para que los entes adscritos al sistema de salud previo análisis de sus necesidades de acuerdo a la ubicación y características endémicas ajustaran esta políticas al entorno y necesidades prioritarias. Dentro de las políticas propuestas por el MPPS y que están directamente relacionadas a nuestro planteamiento están:

- Mejorar y ampliar la cobertura de atención y prestación de los servicios de salud
- Responder a la demanda de servicios de salud, generada por la implementación de los programas de solidaridad y equidad social.
- Mejoramiento del financiamiento y de la calidad del gasto en salud.

En este orden de ideas se plantea un conjunto de proyectos y programas en materia de salud emanados del MSDS para todos los estados del interior del país.

Ubicados en la necesidad de crear o proponer medidas que permitan resolver las diversas problemáticas que presenta el sector salud desde su ámbito nacional, regional, institucional y sectorial, el Estado presenta una

serie de proyectos y programas dirigidos al fortalecimiento del sector salud, en cuanto a la atención y capacidad resolutoria entre unas de las diferentes medidas tomadas y que son el basamento del problema planteado para nuestra investigación; el Estado por vía del Ejecutivo nacional y a través del MPPS ha creado o propuesto ante el país un proyecto llamado Misión Barrio Adentro.

Barrio Adentro es creado como una estrategia política de contenido social donde Gobierno y Pueblo se unen para promover el ejercicio de la Democracia Participativa. Consiste en la modernización de la red hospitalaria del país y, a diferencia de las Misiones Barrio Adentro 1 y 2, utiliza la red tradicional de hospitales para abrir esta tercera fase como un elemento fundamental en la composición del Sistema Público Nacional de Salud. En este sentido y en presencia de la reestructuración del Sistema Nacional de Salud Pública, Barrio Adentro es desarrollado a través de tres etapas o proyectos en los distintos niveles atención en materia de salud.

Y la creación de diversos proyectos y programas presentados por MPPS dentro de lo que fue el Plan Operativo Anual Institucional (POAI), La Dirección de Salud en su función de velar por la salud de la población del estado Anzoátegui, ejecutó durante el año 2006 diferentes acciones con el Objetivo Estratégico de **Organizar, integrar y consolidar la Red Asistencial del Sistema Público Nacional de Salud**, que garantizará la atención óptima de los pacientes. En este sentido se ha logrado integrar los hospitales y ambulatorios de la región, mejorando de esta manera la cobertura en la atención. Así se estos proyectos y programas con el fin de dar iniciativa a las redes ambulatoria y hospitalarias primordialmente para que den atención y/o cobertura de forma clasificada de acuerdo a las necesidades de salud que presenta la población. Estos programas son presentados a través de de la Tabla N° 1.

Proyectos y /o programas de salud:

Cuadro N°1. Proyectos y programas de salud pública implementados en el Estado Anzoátegui.

PROYECTOS	PROGRAMAS
Proyecto Madre	Programa niños, niñas y adolescentes Programa lactancia materna Programa salud sexual y reproductiva
Proyecto CAREMT	Programa salud renal Programa Endocrino – metabólico Programa salud cardiovascular Programa oncología Programa de neurología
Proyecto Salud Segura	Programa VIH/SIDA Programa ITS Programa salud respiratoria Programa asma Programa banco de sangre
Proyecto Comunidad Segura y Vida Plena	Programa salud mental accidentes y hechos violentos PASDIS (discapacidad)
Proyecto Atenciones Especiales	Trasplante Fibrosis quística Enfermedades reumáticas Salud bucal

	Salud visual
--	--------------

Fuente: Coordinador de Hospitales y Coordinador del programa endocrino – metabólico. Dirección general de salud pública del Estado Anzoátegui.

PROYECTO MADRE

Es el instrumento con el cual el Ministerio del Poder Popular Para la Salud adelanta acciones que permitan el cumplimiento de las metas del milenio 2.015, a través de estrategias orientadas a reducir la mortalidad materna e infantil, niñas y niños menores de cinco años.

El fin u objeto principal de este proyecto es el de continuar y profundizar la reducción de la mortalidad de la madre y de los niños y niñas menores de 5 años.

Este proyecto esta subdividido en tres programas:

PROGRAMA REGIONAL NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

El Programa de Salud de Niños, Niñas y Adolescentes se crea con la finalidad de asegurar el acceso universal de la población infantil y adolescente (0 a 19 años) a una atención eficiente, integral, personalizada y de alta calidad, por medio de un conjunto de acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud adecuado a este grupo de edad, e incentivar la activa participación de la comunidad en la identificación de prioridades, la asignación de recursos y la promoción de estilos de vida

saludables como parte de un proceso más amplio de construcción de la ciudadanía.

Este programa nace de la necesidad de combatir los elevados índices de mortalidad infantil, adoptada como una medida no solo nacional sino también mundial.

El Programa de Salud de Niños, Niñas y Adolescentes opera en los tres niveles del Sistema Público de Salud: Nacional, Estatal y Municipal, implementándose en las redes de atención: primaria, especializadas, emergencias y hospitalarias de acuerdo a su organización funcional y territorial.

Este programa ofrece los siguientes servicios:

Para niñas y niños:

Atención al recién nacido, diagnóstico de malformaciones congénitas.

Desarrollo psico-sexual, control de crecimiento y desarrollo.

Prevención y control de los ITS/VIH SIDA.

Atención víctimas de violencia doméstica, intrafamiliar, abuso y comercio sexual.

Para las y los adolescentes:

Atención Ginecológica y Urológica.

Prevención y control de los ITS/VIH SIDA.

Prevención y control Cáncer.

Control crecimiento y desarrollo.

Atención en salud sexual y planificación familiar.

Atención preconcepcional.

Atención en salud sexual prenatal y perinatal.

Atención víctimas de violencia doméstica, intrafamiliar, abuso y comercio sexual.

Educación y orientación sexual.

PROGRAMA LACTANCIA MATERNA

Este es un programa asumido por el MPPS para garantizar la atención materno –infantil, es por ello que se estimula como una política de salud en pro del rescate de la lactancia materna. Este programa forma parte de una estrategia nacional llamada TRIO POR LA VIDA con se forma en conjunto con el registro civil y la vacunación.

La lactancia materna como programa de salud tiene como finalidad disminuir directa e indirectamente las tasas de morbilidad y mortalidad en niñas y niños menores de dos años.

Se promueve en el Estado Anzoátegui, a fin de promover, fomentar y apoyar la Lactancia Materna, rescatando el proceso natural de dar el pecho o amamantar y lograr que las Madres del Estado Anzoátegui alimenten a sus hijos a través de la Lactancia Materna como único proceso que le proporciona la alimentación ideal y contribuye a su crecimiento y desarrollo saludable.

PROGRAMA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Según la Organización Mundial de la Salud se define a la salud sexual y reproductiva como una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia.

La atención en salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud reproductiva y al bienestar previniendo y solucionando problemas de salud reproductiva. También incluye la atención en salud sexual, cuyo propósito es mejorar la calidad de vida y las relaciones personales, y no sólo ofrecer consejería y cuidados relativos a la reproducción y a las enfermedades de transmisión sexual.

En conclusión se puede decir que este programa se crea para desarrollar una oferta de planes y Servicios integrales de Salud Sexual y Reproductiva Intra y Extra sectorial, con la Participación de las Redes Sociales, Entes Gubernamentales y no Gubernamentales, Privados y Públicos involucrados en las Áreas de la Salud de la Población del Estado Anzoátegui que permita así contribuir al Desarrollo Humano y Social de la Población a través de la Promoción, Prevención y Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva.

PROYECTO CAREMT

Este proyecto engloba la tarea de planificar, coordinar e integrar el desarrollo de la estrategia integrada de Cardiología, Salud Renal, Endocrino–Metabólica, Oncológica y tabaco (CAREMT) en sus aspectos de promoción de la salud, identificación y prevención de factores de riesgo de las enfermedades en concordancia con los principios, políticas y prioridades establecidas por MPPS para lograr en la población una atención integral de salud.

EL ESTADO PLANTEA UNA ESTRATEGIA QUE PERMITA EL ÉXITO EN EL DESARROLLO DE ESTE PROYECTO:

1. Mejorar la prevención de las enfermedades (cardiovascular, renal endocrino-metabólico, oncológico, y tabáquica) en el ámbito comunitario, reduciendo el inicio del consumo y hábito tabáquico, promoción de una alimentación saludable e incremento de la actividad física.
2. Mejorar la prevención de las enfermedades (CAREMT) en el ámbito individual: consejo y educación sanitaria individual y detección y control de factores de riesgo en el ámbito de la prevención primaria y secundaria.
3. Asistencia sanitaria: Atención en urgencias y emergencias, atención primaria, atención especializada, calidad, orientación al usuario y coordinación entre niveles asistenciales.
4. Mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades (CAREMT) y sus familiares: Rehabilitación cardiaca y cerebro vascular, apoyo al cuidador familiar del enfermo crónico.
5. Mejorar el conocimiento sobre las enfermedades crónicas: sistema de información, formación e investigación.
6. Desarrollo del sistema de registro de la morbi-mortalidad, factores de riesgo y factores protectores en la población general mediante un sistema de vigilancia convencional y no convencional.

Este proyecto presenta los siguientes programas de salud pública:

PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR

Los ataques al corazón y los accidentes vasculares cerebrales (AVC) suelen ser fenómenos agudos que se deben sobre todo a obstrucciones que impiden que la sangre fluya hacia el corazón o el cerebro. La causa más frecuente es la formación de depósitos de grasa en las paredes de los vasos sanguíneos que irrigan el corazón o el cerebro. Los AVC también pueden deberse a hemorragias de los vasos cerebrales o coágulos de sangre. (OMS 2007)

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte y de carga de enfermedad en la población adulta, constituyendo, además, una importante fuente de discapacidad. Estas enfermedades tienen una etiología en gran medida compartida en cuanto a determinantes sociales, ambientales y factores de riesgo modificables, como tabaquismo, alcoholismo, hábitos de alimentación no saludables, sedentarismo, sobre peso/obesidad, entre los más importantes.

El programa regional de salud fue creado para mejorar la calidad de vida de la población sana, expuesta al riesgo y afectado por la enfermedad a través de acciones de promoción, prevención y control de las enfermedades cardiovasculares, para lograr un impacto epidemiológico, que garantice el derecho a la salud consagrada así en la constitución. Planificar, Coordinar, Integrar y Viabilizar el desarrollo del programa cardiovascular en sus aspectos de promoción de la salud, identificación y prevención de riesgo y de enfermedades cardiovasculares, en concordancia con los principios, políticas, prioridades y estrategias, establecidas en el MPPS.

PROGRAMA DE SALUD RENAL

Los riñones son órganos importantes para mantener una vida sana. Se estima que en el mundo existen 500 millones de personas que sufren de enfermedad renal, por ello, debemos evitar que diversas enfermedades puedan afectar sus funciones y, por lo tanto, la calidad de vida (MPPS); entre los factores que pueden influir en el desarrollo de la enfermedad renal se encuentran la genética, el control de azúcar en la sangre y la presión arterial.

Garantizar la oferta de servicios y acciones integrales y transectoriales de salud representa uno de los objetivos más importantes enmarcados en la promoción de la calidad de vida y salud, ello con fin de contribuir a asegurar el pleno ejercicio de los derechos a la salud del paciente con patologías crónicas a través de la detección precoz y la referencia temprana de los pacientes con enfermedades renales agudas y crónicas.

La coordinación de programas de salud renal del estado crea a través de este una estructura programática que les permite desarrollar actividades que permiten: el control y seguimiento de los pacientes con enfermedades renales en estado normal y crónicas con una clasificación de estadios de I al V.

PROGRAMA DE SALUD ENDOCRINO – METABÓLICO

La diabetes es una enfermedad crónica multifactorial, que se manifiesta por la acción insuficiente de una hormona llamada insulina, lo que provoca un aumento del azúcar circulante (glucemia) y posteriormente azúcar en la orina (glucosuria). Este aumento de la glucemia provoca con el tiempo una serie de complicaciones en casi todo el organismo, si no es diagnosticada y

tratada adecuadamente. Algunas de estas complicaciones pueden aparecer en forma rápida y brusca, ya que un 50% de estas enfermedades no presentan síntomas siendo que entre las complicaciones agudas se presentan la "cetoacidosis", "coma diabético" y "hipoglucemias".

Este programa de salud regional fue creado por MPPS con el objeto primario de mejorar la calidad de vida de la población sana, expuesta al riesgo y afectado por la enfermedad a través de las acciones de promoción, prevención y control de la DIABETES MELLITUS.

PROGRAMA DE ONCOLOGIA

El cáncer es la segunda causa de muerte en nuestra comunidad así como en el resto de sociedades desarrolladas del mundo.

El objetivo primordial de este programa es el de disminuir en forma progresiva y estable la morbi-mortalidad por cáncer de cuello uterino, cáncer de mamas y la de próstata, mediante la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de la patología, en toda la Red de Sistema de Atención en Salud.

Este programa se lleva a cabo en mujeres entre 25-64 años de edad para el cáncer de cuello uterino, son de más riesgo las mujeres que están entre los 35-54 años. El cáncer de mamas en mujeres entre los 35-74 años y el cáncer de próstata para hombres de 50 y más.

Se lleva a cabo este programa a través de tres sub-programas:

1. Control y prevención del Cáncer de Cuello Uterino.
2. Control y prevención del Cáncer de mama.

3. Control y prevención del Cáncer de próstata.

PROGRAMA DE NEUROLOGIA

Las enfermedades neurológicas son trastornos del cerebro, la médula espinal y los nervios de todo el cuerpo. En conjunto, esos órganos controlan todas las funciones del cuerpo. Cuando algo funciona mal en alguna parte del sistema nervioso, es posible que tenga dificultad para moverse, hablar, tragar, respirar o aprender. También puede haber problemas con la memoria, los sentidos o el estado de ánimo.

Este programa de salud pública se crea como medida que permita garantizar la asistencia integral de la población expuesta en todos los establecimientos de salud sobre la base del conocimiento, magnitud y características de las enfermedades neurológicas.

Se crean a través de este programa estrategias dirigidas a:

1. Promocionar de forma conjunta con los miembros de la comunidad, padres, líderes y otros en relación a las patologías de la esfera neurológica para mejorar su salud y calidad de vida. Unificar criterios, esfuerzos, recursos y voluntades del personal de salud.
2. Consolidar los registros estadísticos de pacientes con patologías neurológicas y así garantizar la planificación, coordinación y ejecución de acciones.
3. Propiciar la identificación de grupos de alto riesgo a través del diseño de investigación epidemiológica.
4. Detectar y reducir la morbi-mortalidad y discapacidad causadas por las enfermedades neurológicas

PROYECTO SALUD SEGURA

Viabilizar el desarrollo de las estrategias integradas en los aspectos de atención, promoción y prevención de Enfermedades Transmisibles en concordancia con las políticas y prioridades establecidas por el Ministerio del Poder Popular para la salud, adaptadas a nuestra realidad regional, con el fin de lograr una atención Integral a la población con un enfoque social con calidad y calidez, que fomente la participación activa de la gente.

Lograr condiciones de vida saludables mediante acciones de prevención y promoción para la salud, reduciendo al mínimo los factores de riesgo, la Morbi-Mortalidad de enfermedades de transmisibles, mediante la participación de la comunidad organizada (Comités de Salud).

PROGRAMA VIH / SIDA

El SIDA o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, es la última fase de infección por VIH. En esta fase el sistema de defensa está destruido, lo que permite la aparición de múltiples enfermedades que llevan a la muerte.

El programa de salud tiene como iniciativa coordinar y desarrollar acciones de prevención y atención para la población expuesta a la infección por VIH en el Estado Anzoátegui, mediante la promoción de hábitos sexuales saludables, medidas eficaces de prevención en el ámbito laboral y otras formas de exposición; con especial atención a la prevención en la mujer embarazada y el niños.

PROGRAMA INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (I.T.S)

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), son infecciones virales, bacterianas o parasitarias transmitidas mediante el contacto sexual entre dos o más personas. Cada enfermedad de transmisión sexual tiene un cuadro clínico diferente y los síntomas pueden ser variados entre una u otra. Muchas ITS pasan desapercibidas sin síntoma alguno durante largos periodos (HIV, VPH) hasta que llegan a ser evidentes o sencillamente nunca se manifiestan en el host, que continua siendo portador de la enfermedad o termina siendo eliminada por el propio sistema inmune.

La creación y aplicación de programas de salud de ITS permiten garantizar el desarrollo de acciones y estrategias para mejorar la atención integral y oportuna de los usuarios en los servicios clínicos y de laboratorio de Infección de Transmisión Sexual, enfatizando la prevención, a través de la promoción de los hábitos sexuales saludables y estimulando nuevos métodos de control de las infecciones de transmisión sexual.

PROGRAMA SALUD RESPIRATORIA Y ASMA

Liderizar el desarrollo del Programa Nacional de Tuberculosis (TBC), asma y otras enfermedades respiratorias en el Estado a través del pleno ejercicio del derecho a la salud y la atención integral de los pacientes con enfermedades respiratorias de manera Universal y equitativa como expresión de una mejoría sostenida en calidad de vida y salud, mediante el desarrollo de una estrategia promocional de calidad de vida pesquisas y captación de los sintomáticos respiratorios, capacitación supervisión y evaluación del RRHH desde los diferentes niveles de atención y en articulación con la redes sociales de apoyo bajo un enfoque integral interdisciplinario y transectorial

que promueva la participación social del paciente con dichas afecciones sus familiares y la comunidad.

Contribuir al desarrollo humano y social fortaleciendo la salud del paciente con enfermedades respiratorias a través de políticas y acciones integrales, transectoriales y en redes sociales en el marco de una estrategia de calidad de vida y salud garantizando el derecho a la salud de la población.

La coordinación de salud respiratoria del estado que abarca enfermedades relacionadas a los pulmones y vías respiratorias permite a través del desarrollo del programa de salud pública disminuir la morbi-mortalidad por asma y tuberculosis presente en la población, mediante la vigilancia epidemiológica, prevención, estrategias y acciones de atención integral a pacientes, su familia y comunidad.

Desarrolla este programa a través de:

1. Programa nacional de control integrado de control de tuberculosis.
2. Programa nacional de control integrado de control de asma.

PROGRAMA BANCO DE SANGRE

Este es un servicio que se presenta como parte importante de los programas de salud que permite aumentar la donación voluntaria y repetida de sangre para una transfusión segura y libre de riesgos, mediante la promoción de la donación voluntaria y control de los bancos de sangre públicos y privados a los servicios de transfusión de los Centros Diagnostico Integral.

Este programa está dirigido a donantes de sangre que se encuentren en un rango de 18 a 60 años de edad. Ofreciendo servicios dirigidos a: procesamiento de derivados sanguíneos, estudios de hepatitis en sus grados B y C, V.D.R.L, Chagas, H.T.L.V I y II, H.I.V, realización de estudios inmunológicos, pruebas de compatibilidad, estudios de incompatibilidad, entre muchos otros servicios.

PROYECTO COMUNIDAD SEGURA Y VIDA PLENA

Planificar, coordinar e integrar las estrategias para mejorar la promoción de la salud, prevención de factores de riesgo de estas enfermedades en concordancia con las políticas establecidas en el ministerio del poder popular para la salud, para lograr con la participación de la gente una atención integral de salud con un enfoque social de calidad.

Mejorar las condiciones de vida y reducir al mínimo los factores de riesgo y morbi-mortalidad de las enfermedades referidas a salud mental, accidentes viales y hechos violentos, uso de drogas y alcohol, y personas con discapacidades (PASDIS), a través de los comités de salud, mediante acciones intersectoriales y transectoriales

PROGRAMA SALUD MENTAL

Este programa tiene como misión, promover, coordinar y desarrollar acciones comunitarias e institucionales que ayuden a fortalecer estilos de vida saludable y familiar armónicas y nutritivas, así como un ambiente comunitario solitario y productivo. Desarrollar las acciones de protección hacia grupos y familias vulnerables y promover despistaje activo de síntomas psiquiátricos precoces, así como cooperar con programas y proyectos

comunitarios para prevenir la violencia, la deserción escolar, el consumo de sustancias ilícitas y otros problemas psicosociales. Ofrecer espacios y tecnologías para la rehabilitación apropiada de las discapacidades y minusvalía provenientes de enfermedades psiquiátricas graves.

La consolidación del Programa Regional de Salud Mental permite responder a las problemáticas propias de nuestro estado, sobre la base de las redes ambulatorias de atención de salud y de las instituciones escolares, tomando especial interés en apoyar las poblaciones en riesgo y en prevenir el deterioro de pacientes expuestos a enfermedades psiquiátricas graves.

PROGRAMA ACCIDENTES DE TODO TIPO Y HECHOS VIOLENTOS

El programa de accidentes y hechos violentos viene dado por un conjunto de acciones integradas preventivas, educativas, con promoción de estilo de vida saludable que motiven la participación de la comunidad, docentes de los centros educativos, permitiendo la disminución de la morbi-mortalidad por Accidentes de Todo Tipo, Hechos Violentos, por adicción al Alcohol, Drogas y Psicofármacos.

El estado Anzoátegui a través de este programa crea acciones de promoción, prevención y educación sobre Accidentes de Todo Tipo y Hechos Violentos, así como también el uso de Alcohol y Drogas, donde se preserve y proteja la vida, logrando mejorar estilo de vida a través de cambios de conducta y comportamiento; promocionando factores protectores.

PROGRAMA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD (PASDIS)

Programa Nacional de Atención en Salud para las Personas con Discapacidad. Forma parte de la estructura organizativa y funcional del MPPS.

El equipo del PASDIS está conformado por médicos (Foniatras, Fisiatras, Neonatólogos), especialistas en terapia ocupacional, fisioterapia, terapia del lenguaje, psicólogos, así como educadores, comunicadores sociales, diseñadores, administradores, gestores de contenidos, trabajadores y obreros que conforman la gran familia PASDIS.

Este programa se crea para promover beneficios a la población de manera oportuna, sin discriminación, a través de acciones rehabilitadoras en salud, manteniendo una mejor y aceptable calidad de vida que permitan garantizar la inclusión e integración plena a la sociedad de las personas con Discapacidad.

PROYECTO ATENCIONES ESPECIALES

Este proyecto tiene como misión, garantizar de forma integral la calidad de salud de los habitantes del Estado Anzoátegui mediante un enfoque esencialmente preventivo que atienda de manera oportuna, eficiente y con sentido de equidad a la población usuaria con la participación activa de la comunidad en la toma de decisiones.

PROGRAMA DE TRASPLANTE

Los trasplantes de órganos y tejidos, constituyen el avance terapéutico más importante en los últimos 50 años en el campo de las ciencias de la salud. Su logro ha involucrado a prácticamente todas las especialidades de la medicina moderna.

La creación de este programa tiene como fin asegurar el control de la calidad y cumplimiento de normas técnicas, éticas, legales, y protocolos para las intervenciones en la realización de trasplantes, mediante la vigilancia en salud pública y acciones de atención integral a pacientes, su familia y comunidad. Este programa está dedicado a la atención de la población con necesidad de trasplante.

Las instituciones de salud pública ofrecen a los usuarios con la implementación de este programa: educación para la salud, laboratorios y salas de trasplante, tratamiento quirúrgico a los pacientes, personal proactivo y capacitado en las áreas correspondientes.

PROGRAMA DE ENFERMEDADES REUMATICAS

Este programa dedicado a la atención de los pacientes con enfermedades reumáticas tiene como fin primordial, brindar atención oportuna y eficaz a los pacientes con manifestaciones músculo-esqueléticas, retardando la aparición de los daños permanentes mediante la vigilancia de salud pública.

PROGRAMA FIBROSIS QUISTICA

La Fibrosis Quística es una enfermedad hereditaria donde las Glándulas Exocrinas del cuerpo no funcionan normalmente, los portadores son padres sanos que pocas veces saben de esta condición que pasan a su hijo. Esta patología afecta los sistemas respiratorio, digestivo y reproductor, así como las glándulas sudoríparas de forma progresiva e irreversible. El tratamiento de esta patología está dirigido a conservar funciones, evitar complicaciones y mejorar la calidad de vida de quienes la padecen.

La estrategia para el éxito de esta tarea se basa en el concepto de Atención Integral de la Fibrosis Quística, que consiste en la atención completa para el paciente y sus familiares, donde participa la comunidad junto al equipo de salud, con especial énfasis en la prevención y detección a tiempo del trastorno.

La Fibrosis Quística, FQ, es una enfermedad genética, que no tiene cura, pero si tratamiento cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida del paciente. Por ello se crean los programas de salud que tienen como fin la atención integral para el paciente con FQ asentándose en la creación de las Unidades de Fibrosis Quística, estas son unidades funcionales donde se garantizará la asistencia total y el suministro continuo de insumos, medicamentos, enzimas pancreáticas, vitaminas, minerales, oligoelementos y todo lo que sea necesario para el tratamiento de la enfermedad.

PROGRAMA SALUD ORAL

Las enfermedades bucodentales, como la caries, la periodontitis, etc., son un problema que afecta cada vez con mayor frecuencia a los países en

vías desarrollo, en especial entre las comunidades más pobres, según un informe publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Mejorar las condiciones de salud bucal de la población a través de la promoción de estilos saludables, prevención masiva y específica y atención odontológica básica enmarcada en el modelo de atención integral y con el apoyo de un sistema de vigilancia epidemiológica adecuado son las estrategias principales que utiliza el estado para la promoción de este programa.

La creación de este programa tiene como misión: contribuir a garantizar el derecho a la salud de la población Bolivarenses, incorporando el componente bucal en un enfoque integral de la salud. La Coordinación Regional del Componente de Salud Bucal es la unidad técnico-administrativa responsable de normar, asesorar, evaluar y controlar el desarrollo de los programas de la salud oral en el Estado Bolívar, en coherencia con los lineamientos políticos del Ministerio, privilegiando la promoción de la salud, la prevención masiva y específica y la incorporación de la comunidad con un eje coordinador interdisciplinario, interinstitucional e intersectorial.

PROGRAMA SALUD VISUAL

La detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual permite promover la salud visual, prevenir enfermedades oculares y reducir la ceguera prevenible o curable. La ceguera y la visión baja constituyen un problema de salud pública a nivel mundial. Se calcula que alrededor de un 89% de los casos de ceguera pueden ser curados o prevenidos, siempre y cuando existan los servicios adecuados, disponibles para toda la población.

Las alteraciones visuales producen consecuencias adversas en el individuo, lo cual limita el desarrollo adecuado de los niños y niñas y repercuten en el rendimiento escolar. Así mismo, la productividad en los adultos se limita, por el deterioro funcional que afecta la calidad de vida. La toma de la agudeza visual es el método más sencillo y costo efectivo para determinar las alteraciones de la agudeza visual.

El programa de salud visual se imparte a través de un proyecto iniciado por barrio a dentro que incluido en el sistema tradicional garantiza de forma integral la calidad de la salud visual de los habitantes del Estado Anzoátegui, mediante un enfoque esencialmente preventivo que atienda de manera oportuna y eficiente y con sentido de equidad a la población usuaria con la participación activa de la comunidad en la toma de decisiones.

Conclusión

Las políticas de salud son el marco donde los individuos, las organizaciones, las empresas y las asociaciones de una comunidad pueden ejercer su actividad y condicionan además la forma y el contexto en el que se desenvuelven nuestras vidas. Las políticas tienen que ver con los procesos y el poder para situar los valores en la sociedad. Estas se dan a varios niveles, desde el que se produce a nivel legislativo (macro) como las decisiones que se toman a nivel micro en las instituciones, centros de salud etc.

La creación de políticas públicas de salud tiene entre sus objetivos: identificar los problemas y grupos de la población que necesitan mayor atención y proporcionar coherencia a las intervenciones y los programas sanitarios necesarios. Es por ello que se puede notar a través de este estudio como a través de una cadena entidades u órganos internacionales, nacionales y regionales se hace posible el diseño, promoción, ejecución, control y evaluación de las diversas políticas y/o programas de salud pública.

CAPITULO IV

MARCO LEGAL

Dentro del marco legal se presentan las diferentes leyes, reglamentos e instrumentos relacionados con la planificación y políticas públicas implementadas por el Estado.

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

Gaceta Oficial N° 36.860 de fecha 30 de diciembre de 1999

Artículo 313. La administración económica y financiera del Estado se regirá por un presupuesto aprobado anualmente por ley. El Ejecutivo Nacional presentará a la Asamblea Nacional, en la oportunidad que señale la ley orgánica, el proyecto de Ley de Presupuesto. Si el Poder Ejecutivo, por cualquier causa, no hubiese presentado a la Asamblea Nacional el proyecto de Ley de Presupuesto dentro del plazo establecido legalmente, o el mismo fuera rechazado por éste, seguirá vigente el presupuesto del ejercicio fiscal en curso.

La Asamblea Nacional podrá alterar las partidas presupuestarias, pero no autorizará medidas que conduzcan a la disminución de los ingresos públicos ni gastos que excedan el monto de las estimaciones de ingresos del proyecto de Ley de Presupuesto.

Con la presentación del marco plurianual del presupuesto, la ley especial de endeudamiento y el presupuesto anual, el Ejecutivo Nacional hará explícitos los objetivos de largo plazo para la política fiscal, y explicará

Cómo dichos objetivos serán logrados, de acuerdo con los principios de responsabilidad y equilibrio fiscal.

Artículo 314. No se hará ningún tipo de gasto que no haya sido previsto en la Ley de Presupuesto. Sólo podrán decretarse créditos adicionales al presupuesto para gastos necesarios no previstos o cuyas partidas resulten insuficientes, siempre que el Tesoro Nacional cuente con recursos para atender a la respectiva erogación; a este efecto, se requerirá previamente el voto favorable del Consejo de Ministros y la autorización de la Asamblea Nacional o, en su defecto, de la Comisión Delegada.

Artículo 315. En los presupuestos públicos anuales de gastos, en todos los niveles de gobierno, se establecerá de manera clara, para cada crédito presupuestario, el objetivo específico a que esté dirigido, los resultados concretos que se espera obtener y los funcionarios públicos o funcionarias públicas responsables para el logro de tales resultados. Éstos se establecerán en términos cuantitativos, mediante indicadores de desempeño, siempre que ello sea técnicamente posible. El Poder Ejecutivo, dentro de los seis meses posteriores al vencimiento del ejercicio anual, presentará a la Asamblea Nacional la rendición de cuentas y el balance de la ejecución presupuestaria correspondiente a dicho ejercicio.

LEY ORGANICA DE LA ADMINISTRACION PÚBLICA
Gaceta Oficial N° 37.305 de fecha 17 de octubre de 2001

Principio de funcionamiento planificado y control de la gestión y de los resultados.

Artículo 18. El funcionamiento de los órganos y entes de la Administración Pública se sujetará a las políticas, estrategias, metas y objetivos que se establezcan en los respectivos planes estratégicos y compromisos de gestión. Igualmente, comprenderá el seguimiento de las actividades, así como la evaluación y control del desempeño institucional y de los resultados alcanzados.

Principio de eficacia en el cumplimiento de los objetivos y metas fijados

Artículo 19. La actividad de los órganos y entes de la Administración Pública perseguirá el cumplimiento eficaz de los objetivos y metas fijados en las normas, planes y compromisos de gestión, bajo la orientación de las políticas y estrategias establecidas por el Presidente o Presidenta de la República, por el gobernador o gobernadora, el alcalde o alcaldesa según el caso.

La actividad de las unidades administrativas sustantivas de los órganos y entes de la Administración Pública se corresponderán y ceñirá a su misión, y la actividad desarrollada por las unidades administrativas de apoyo técnico y logístico se adaptará a la de aquellas.

Principio de eficiencia en la asignación y utilización de los recursos públicos

Artículo 20. La asignación de recursos a los órganos y entes de la Administración Pública se ajustará estrictamente a los requerimientos de su funcionamiento para el logro de sus metas y objetivos. El funcionamiento de la Administración Pública propenderá a la utilización racional de los recursos humanos, materiales y presupuestarios.

En los casos en que las actividades de los órganos y entes de la Administración Pública, en ejercicio de potestades públicas que por su naturaleza lo permitan, fueren más económicas y eficientes mediante la gestión del sector privado o de las comunidades, dichas actividades serán transferidas a éstos, de conformidad con la ley, reservándose la Administración Pública la supervisión, evaluación y control del desempeño y de los resultados de la gestión transferida. La Administración Pública procurará que sus unidades de apoyo administrativo no consuman un porcentaje del presupuesto destinado al sector correspondiente mayor que el estrictamente necesario. A tales fines, los titulares de la potestad organizativa de los órganos y entes de la Administración Pública, previo estudio económico y con base en los índices que fueren más eficaces de acuerdo al sector correspondiente, determinarán los porcentajes mínimos de gasto permitido en unidades de apoyo administrativo.

Principio de suficiencia, racionalidad y adecuación de los medios a los fines Institucionales.

Artículo 21. El tamaño y la estructura organizativa de los órganos y entes de la Administración Pública serán proporcionales y consistentes con los fines y propósitos que les han sido asignados. Las formas organizativas que adopte la Administración Pública serán suficientes para el cumplimiento de sus metas y objetivos y propenderán a la utilización racional de los recursos del Estado. Sin perjuicio de sus unidades estratégicas propias, los órganos de la Administración Pública podrán incluir oficinas técnicas de carácter estratégico, integradas por un cuerpo multidisciplinario de asesores cuya remuneración se podrá establecer por vía contractual con base en honorarios profesionales u otras modalidades fijadas de conformidad con la ley, al margen de la escala de los sueldos y salarios de la Administración

Pública, con el objeto de obtener una asesoría técnica de máxima calidad y eficiencia.

Principio de descentralización funcional

Artículo 29. Los titulares de la potestad organizativa podrán crear entes descentralizados funcionalmente cuando el mejor cumplimiento de los fines del Estado así lo requiera, en los términos y condiciones previstos en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y en la presente Ley. Los entes descentralizados funcionalmente serán de dos tipos:

1. Entes descentralizados funcionalmente con forma de derecho privado: estarán conformados por las personas jurídicas constituidas y regidas de acuerdo a las normas del derecho privado en los términos de la presente Ley, y serán de dos tipos:

a. Entes descentralizados funcionalmente sin fines empresariales: serán aquellos entes descentralizados funcionalmente que no realicen actividades de producción de bienes o servicios destinados a la venta y cuyos ingresos o recursos provengan fundamentalmente del presupuesto de la República, los estados, los distritos metropolitanos, o los municipios.

b. Entes descentralizados funcionalmente con fines empresariales: serán aquellos cuya actividad principal sea la producción de bienes o servicios destinados a la venta y cuyos ingresos o recursos provengan fundamentalmente de esta actividad.

2. Entes descentralizados funcionalmente con forma de derecho público: estarán conformados por aquellas personas jurídicas creadas y

regidas por normas de derecho público y podrán perseguir fines empresariales o no empresariales, al igual que podrán tener atribuido el ejercicio de potestades públicas. La descentralización funcional podrá revertirse por medio de la modificación del acto que le dio origen.

LEY ORGANICA DE LA ADMINISTRACION FINANCIERA DEL SECTOR PÚBLICO

Gaceta Oficial N° 37.606 de fecha 09 de enero de 2003

Artículo 10.- Los presupuestos públicos expresan los planes nacionales regionales y locales, elaborados dentro de las líneas generales del plan de desarrollo económico y social de la Nación aprobadas por la Asamblea Nacional, en aquellos aspectos que exigen, por parte del sector público, captar y asignar recursos conducentes al cumplimiento de las metas de desarrollo económico, social e institucional del país; y se ajustarán a las reglas de disciplina fiscal contempladas en esta Ley y en la Ley del marco plurianual del presupuesto.

El plan operativo anual, coordinado por el Ministerio de Planificación y Desarrollo, será presentado a la Asamblea Nacional en la misma oportunidad en la cual se efectúe la presentación formal del proyecto de ley de presupuesto.

Artículo 12.- Los presupuestos públicos comprenderán todos los ingresos y todos los gastos, así como las operaciones de financiamiento sin compensaciones entre sí, para el correspondiente ejercicio económico financiero. Con el proyecto de ley de presupuesto anual, el Ministerio de Finanzas presentará los estados de cuenta anexos en los que se describan

los planes de previsión social, así como la naturaleza y relevancia de riesgos fiscales que puedan identificarse, tales como:

1. Obligaciones contingentes, es decir, aquellas cuya materialización efectiva, monto y exigibilidad dependen de eventos futuros inciertos que de hecho pueden no ocurrir, incluidas garantías y asuntos litigiosos que puedan originar gastos en el ejercicio;

2. Gastos tributarios, tales como excepciones, exoneraciones, deducciones, diferimientos y otros sacrificios fiscales que puedan afectarlas provisiones sobre el producto fiscal tributario estimado del ejercicio;

3. Actividades cuasi - fiscales, es decir, aquellas operaciones relacionadas con el sistema financiero o cambiario, o con el dominio público comercial, incluidos los efectos fiscales previsibles de medidas de subsidios, de manera que puedan evaluarse los efectos económicos y la eficiencia de las políticas que se expresan en dichas actividades. La obligación establecida en este artículo no será exigible cuando tales datos no puedan ser cuantificables o aquellos cuyo contenido total o parcial haya sido declarado secreto o confidencial de conformidad con la ley.

Artículo 30.- La ley de presupuesto constará de tres títulos cuyos contenidos serán los siguientes:

TITULO I Disposiciones Generales

TITULO II Presupuestario De Ingresos Y Gastos Y Operaciones De
Financiamiento De La República

TITULO III Presupuesto De Ingresos Y Gastos Y Operaciones De
Financiamiento De Los Entes Descentralizados Funcionalmente De La
República, Sin Fines Empresariales

Artículo 35.- El Presidente de la República, en Consejo de Ministros, fijará anualmente los lineamientos generales para la formulación del proyecto de ley de presupuesto y las prioridades de gasto, atendiendo a los límites y estimaciones establecidos en la ley del marco plurianual del presupuesto.

A tal fin, el Ministerio de Planificación y Desarrollo practicará una evaluación del cumplimiento de los planes y políticas nacionales y de desarrollo general del país, así como una proyección de las variables macroeconómicas y la estimación de metas físicas que contendrá el plan operativo anual para el ejercicio que se formulará. El Ministerio de Finanzas, con el objeto de delimitar el impacto anual del marco plurianual del presupuesto, por órgano de la Oficina Nacional de Presupuesto, preparará los lineamientos de política que regirán la formulación del presupuesto.

Artículo 36.- La Oficina Nacional de Presupuesto elaborará el proyecto de ley de presupuesto atendiendo a los anteproyectos preparados por los órganos de la República y los entes descentralizados funcionalmente sin fines empresariales, y con los ajustes que resulte necesario introducir.

Artículo 37.- Los órganos del Poder Judicial, del Poder Ciudadano y del Poder Electoral formularán sus respectivos proyectos de presupuesto de gastos tomando en cuenta las limitaciones establecidas en la Constitución y en la ley del marco plurianual del presupuesto y los tramitarán ante la Asamblea Nacional, pero deberán remitirlos al Ejecutivo Nacional a los efectos de su inclusión en el proyecto de ley de presupuesto.

Artículo 38.- El proyecto de ley de presupuesto será presentado por el Ejecutivo a la Asamblea Nacional antes del quince de octubre de cada año. Será acompañado de una exposición de motivos que, dentro del contexto de

la ley del marco plurianual del presupuesto y en consideración del acuerdo de la Asamblea Nacional a que se refiere el artículo 28 de esta Ley, exprese los objetivos que se propone alcanzar y las explicaciones adicionales relativas a la metodología utilizada para las estimaciones de ingresos y fuentes financieras y para la determinación de las autorizaciones para gastos y aplicaciones financieras, así como las demás informaciones y elementos de juicio que estime oportuno.

Artículo 39.- Si por cualquier causa el Ejecutivo no hubiese presentado a la Asamblea Nacional, dentro del plazo previsto en el artículo anterior, el proyecto de ley de presupuesto, o si el mismo fuere rechazado o no aprobado por la Asamblea Nacional antes del quince de diciembre de cada año, el presupuesto vigente se reconducirá, con los siguientes ajustes que introducirá el Ejecutivo Nacional:

1. En los presupuestos de ingreso:
 - a. Eliminará los ramos de ingreso que no pueden ser recaudados nuevamente.
 - b. Estimaré cada uno de los ramos de ingreso para el nuevo ejercicio.
2. En los presupuestos de gasto:
 - a. Eliminará los créditos presupuestarios que no deben repetirse, por haberse cumplido los fines para los cuales fueron previstos.
 - b. Incluirá en el presupuesto de la República la asignación por concepto del Situado Constitucional correspondiente a los ingresos ordinarios que se estimen para el nuevo ejercicio, y los aportes que deban ser hechos de conformidad con lo establecido por las leyes vigentes para la fecha de presentación del proyecto de ley de presupuesto respectivo.
 - c. Incluirá los créditos presupuestarios indispensables para el pago de los intereses de la deuda pública y las cuotas que se deban aportar por

concepto de compromisos derivados de la ejecución de tratados internacionales.

d. Incluirá los créditos presupuestarios indispensables para asegurar la continuidad y eficiencia de la administración del Estado y, en especial, de los servicios educativos, sanitarios, asistenciales y de seguridad.

3. En las operaciones de financiamiento:

a. Suprimirá los recursos provenientes de operaciones de crédito público autorizadas, en la cuantía en que fueron utilizados.

b. Excluirá los excedentes de ejercicios anteriores, en el caso de que el presupuesto que se reconduce hubiere previsto su utilización.

c. Incluirá los recursos provenientes de operaciones de crédito público, cuya percepción deba ocurrir en el ejercicio correspondiente.

d. Incluirá las aplicaciones financieras indispensables para la amortización de la deuda pública.

4. Adaptará los objetivos y metas a las modificaciones que resulten de los ajustes anteriores.

Artículo 49.- No se podrán adquirir compromisos para los cuales no existan créditos presupuestarios, ni disponer de créditos para una finalidad distinta a la prevista.

LEY ORGÁNICA DE LA SALUD

15 de agosto de 2002

Artículo 15. Son competencias exclusivas del Ministerio con competencia salud, en representación del ámbito nacional:

1. La definición de los lineamientos políticos de dirección y planificación estratégica, así como los objetivos y metas nacionales de desarrollo en salud, a través de la Agenda

Estratégica y el Plan Nacional de Salud, velando por que los planes estatales y municipales se ajusten a sus directrices.

3. La evaluación de políticas, planes y acciones que generan impacto en la salud y la calidad de vida de la población, elaboradas por sectores diferentes al Sistema Público Nacional de Salud; la cooperación, coordinación y vigilancia con los entes responsables, así como hacer las recomendaciones al órgano rector respectivo, con la finalidad de mejorarlas o corregirlas.

Artículo 17. Son competencias exclusivas de las instancias estatales de salud, en el ámbito del Sistema Público Nacional de Salud en sus respectivas jurisdicciones político-territoriales:

8) La participación en la elaboración de la Agenda Estratégica Nacional y el Plan Nacional de Salud.

9) La elaboración del Plan Estatal de Salud, desde una perspectiva intersectorial y con la participación de la sociedad, en concordancia con los objetivos y metas establecidas en la Agenda Estratégica Nacional y los lineamientos del Plan Nacional de Salud.

Gestión del Sistema Público Nacional de Salud

Instrumentos de Gestión

Artículo 127. El Sistema Público Nacional de Salud, establecido como de responsabilidad intergubernamental, utilizará como elementos

fundamentales de su gestión el Plan Nacional de Salud y la Agenda Estratégica de Salud.

Plan Nacional de Salud

Artículo 129. Para el cumplimiento de la Agenda Estratégica de Salud, el Consejo Nacional de Salud, concertará anualmente el Plan de Salud, que reunirá las estrategias específicas para el sector y los lineamientos generales para los diferentes ámbitos en función de los determinantes y condicionantes de la salud.

El Plan Nacional de Salud deberá estar en consonancia con el financiamiento del sector.

Los Estados y municipios adecuarán sus planes a los lineamientos del Plan Nacional de Salud.

Conformación del Plan Nacional de salud

Artículo 130. La coordinación general de la acción del Sistema Público Nacional de Salud se realizará a través del Plan Nacional de Salud desarrollado intergubernamentalmente, como instrumento de planificación, programación y financiamiento del sistema, en el que se establecerán:

1. Los objetivos y metas trazadas en los planes y programas de salud estatales y municipales.

2. La fijación de compromisos entre las distintas instancias gubernamentales y órganos del Sistema Público Nacional de Salud, en cuanto a objetivos, medios, acciones y costos, asignación de responsabilidades, mecanismos de rendición de cuenta, criterios y lapsos de cumplimiento.

3. La determinación de mecanismos de evaluación de desempeño y resultados de la gestión estatal y municipal de salud.

4. La definición de mecanismos y acciones para suprimir las inexistencias o deficiencias que subsistan.

5. El desarrollo de espacios y mecanismos de participación activa y efectiva de la comunidad en la formulación y evaluación de los planes de salud, en el tiempo oportuno para su difusión y discusión colectiva.

El cumplimiento de metas y el balance de resultados e impactos alcanzados por las diferentes instancias y órganos del Sistema Público Nacional de Salud, constituirán parámetros para la asignación, elaboración, ejecución y evaluación de los presupuestos de salud.

OFICINA NACIONAL DE PRESUPUESTO (ONAPRE)
Manual del Instructivo N° 2, “Normas para la Formulación del
Presupuesto de los Órganos del Poder Nacional”

La Oficina Nacional de Presupuesto (ONAPRE), como ente rector del sistema presupuestario público en Venezuela, cumpliendo con lo establecido en la Ley Orgánica de la Administración Financiera del Sector Público (LOAFSP) en su artículo 21, numeral 7°, ha elaborado bajo un enfoque metodológico uniforme el siguiente documento, el cual contiene las instrucciones, normas y orientaciones que permitirán a los Órganos del Poder Público Nacional formular sus respectivos presupuestos, de acuerdo a la técnica de elaboración del presupuesto por Proyecto.

El Presupuesto deberá responder a los criterios de disciplina, calidad, eficiencia, optimización, productividad del gasto y estará estrechamente vinculado a los lineamientos de la Comisión Central de Planificación.

Este instructivo tiene como objetivo establecer los aspectos técnicos, normas y lineamientos que permitirán a los Órganos del Poder Nacional, formular su proyecto de Presupuesto bajo un enfoque metodológico uniforme. Este manual está dirigido a todos los usuarios y usuarias en el desempeño de las actividades asociadas al proceso de formulación del Presupuesto de los Órganos del Poder Nacional.

El gobierno nacional basa este manual en la nueva ética socialista, la refundación ética y moral de la nación, hundiendo sus raíces en la fusión de los valores y principios de lo más avanzado de las corrientes humanistas del socialismo y de la herencia histórica del pensamiento de Simón Bolívar.

El Jefe de la Oficina Nacional de Presupuesto, **Alfredo R. Pardo Acosta**, acota “La Nueva Ética Socialista es la superación de la ética del capital para crear la conciencia revolucionaria bajo una nueva moral colectiva, que sólo puede ser alcanzada mediante la dialéctica de la lucha por la transformación material de la sociedad y el desarrollo de la espiritualidad”

Además en materia de construcción de proyectos de inversión, el manual contempla la importancia de obtener los recursos necesarios para terminar los proyectos ya iniciados a lo largo y ancho del país, así como también dar prioridad al mantenimiento y conservación de la infraestructura existente.

Criterios Operativos

- Para el registro y transmisión de la data correspondiente al proyecto de presupuesto, los Órganos del Poder Nacional deberán utilizar la herramienta informática SISPRE que la Oficina Nacional de Presupuesto, ha puesto a su disposición.
- Los créditos presupuestarios han de ser imputados a nivel de la Unidad Ejecutora Local, de la acción específica correspondiente vinculada al proyecto o acción centralizada en la cual esta dependencia administrativa preste sus servicios.
- Cuando existan Proyectos o Acciones Centralizadas, en la respectiva denominación debe señalarse “Total de Acciones específicas de los proyectos. (Código de los Proyectos o de las Acciones Centralizadas que son condicionados por dichas Acciones Específicas)”.
- Los créditos presupuestarios para asociados con los gastos de los trabajadores según su contratación colectiva, deben ser asignados, en todos los casos, a las categorías presupuestarias donde presta servicio el personal.
- Los créditos presupuestarios para Servicios Básicos deben ser asignados, en la medida de lo posible a las categorías presupuestaria que corresponda.
- Los créditos presupuestarios para atender las transferencias y donaciones deben ser asignados a la unidad ejecutora de la categoría presupuestaria donde son definidas, administradas y evaluadas.
- Las imputaciones presupuestarias en las acciones específicas de las Acciones Centralizadas predeterminadas por la Oficina Nacional de Presupuesto, se encuentran restringidas en uso según la naturaleza

del gasto de las partidas y el espíritu de la Acción Centralizada – acción específica que se trate.

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL 2001 – 2007 (PNDES)

Un Estado que tiene como sus fines esenciales, la defensa y el desarrollo de la persona y el respeto a su dignidad, el ejercicio democrático de la voluntad popular, la construcción de una sociedad justa y amante de la paz, la promoción de la prosperidad y bienestar del pueblo y la garantía del cumplimiento de los principios, derechos y deberes reconocidos y consagrados en la constitución. La educación y el trabajo son los procesos fundamentales para alcanzar tales fines.

El Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social 2001 – 2007, se presenta bajo los lineamientos generales de, dirigido bajo las directrices de:

- **EQUILIBRIO ECONÓMICO:** guiado a desarrollar la economía productiva del país, fortalecer el proceso de estabilización económica a través de políticas que condujeran al logro de los objetivos de sostenibilidad fiscal y la eliminación progresiva de la volatilidad económica a demás de incrementar el ahorro, la inversión, la internalización de los hidrocarburos, la diversificación productiva, que asegurarán el crecimiento económico sostenido y la incorporación del cambio tecnológico y por último el fortalecimiento de la economía social que estimulará la democratización del capital y la legitimación del mercado con el apoyo de un sistema de microfinanzas.

- **EQUILIBRIO SOCIAL:** el cual presento como objeto alcanzar la justicia social, se propuso responder a las necesidades sociales alcanzando la equidad como nuevo orden de justicia social, presentando los principios orientadores de esta equidad social la universalidad, equidad, participación y corresponsabilidad como base a la garantía de todos los derechos de los ciudadanos buscando remediar las fallas del sistema económico y social excluyente, es decir, plantea la inclusión. A través de este nuevo orden se planteo garantizar el disfrute de los derechos sociales como lo son: educación, **salud**, seguridad social, vivienda, seguridad ciudadana, acceso a la cultura, recreación entre otros. Así mismo planteo mejorar la distribución de los ingresos y las riquezas y fortalecer la participación social generando el poder ciudadano en espacios públicos de decisión.
- **EQUILIBRIO POLÍTICO:** muestra como objetivo construir la democracia bolivariana, buscando consolidar la estabilidad política y social promoviendo la eficacia institucional de los órganos que ejercen el Poder Público Nacional para el ejercicio de sus competencias. Otro de los aspectos que presentó este plan fue el funcionamiento del Sistema Nacional de Planificación estratégico, democrático, participativo y de consulta abierta, requiriendo incorporar o vincular los procesos de planificación, presupuesto y gestión, desarrollar el marco plurianual del presupuesto, diseñar e implementar un sistema integral de información y estadística nacional y establecer mecanismos de participación ciudadana. Otro de los fines fue mejorar la calidad de gestión pública que significaba prestar servicios guiados a satisfacer las necesidades de los ciudadanos, construir un nuevo marco

institucional y contribuir al establecimiento de la democracia participativa y protagónica. Esto en términos generales.

- ***EQUILIBRIO TERRITORIAL:*** plantea ocupar y consolidar el territorio, orientado a disminuir los desequilibrios del territorio presentando, aumentar las actividades productivas y la población en áreas de desconcentración a través de mejoras en los servicios públicos y las condiciones ambientales, estableciendo programas de desarrollo integral, promoviendo incentivos para la localización de las actividades productivas y el de establecimientos de zonas especiales de desarrollo. A demás de plantear incrementar la superficie ocupada y mejorar la infraestructura física y social del país.
- ***EQUILIBRIO INTERNACIONAL:*** presentó el fortalecimiento de la soberanía nacional promoviendo un mundo multipolar, con el propósito de estimular la acción concertada de los países en vías de desarrollo, estimulando la solidaridad y la cooperación, esto promoviendo la integración latinoamericana y caribeña, consolidando y diversificando la relaciones internacionales, fortaleciendo el posicionamiento de Venezuela en la economía internacional y promoviendo un nuevo sistema de seguridad integral hemisférico.

Este modelo se fundamentó en el equilibrio de las fuerzas y factores que intervienen en la multidimensionalidad del desarrollo nacional. En este contexto el quehacer productivo diversificado y sustentable por su eficiencia y eficacia, sería capaz de garantizar la generalización de los beneficios económicos como fórmula de equidad en el acceso al bienestar para toda la

población. El perfil social del concepto de equilibrio se afina en la exigencia histórica de balancear adecuadamente el interés individual y el interés social, especialmente la exclusión y marginalización de los más débiles y procurar un mejor vínculo racional y justo en la distribución social de la riqueza y el ingreso nacional generado, de tal forma que el modelo será incluyente en la atención de las necesidades de la población. En materia de salud el PNDES enuncia:

EQUILIBRIO SOCIAL

Salud y calidad de vida para todos.

El concepto de salud parte de un enfoque social, que la concibe como un derecho humano fundamental y universal y una necesidad vital para las personas. Su protección y defensa representa la conquista de la calidad de vida.

Este concepto rompe con el tradicional e intenta ir más allá de los servicios de atención de enfermedades. Se concibe la promoción de la calidad de vida como el desarrollo de intervenciones que se orienten a la transformación de las determinantes y causalidades (económicas, sociales, culturales, geográficas) que influyen el proceso salud – enfermedad. Se construye partiendo de que la salud es el indicador de la síntesis de los resultados del desarrollo económico y social.

Por ser una necesidad humana y un derecho fundamental, en primer lugar la salud tiene que ser considerada como un bien de interés público, es decir, garantizada por el Estado y la sociedad en forma conjunta donde lo público integra lo privado; en segundo lugar, promover la salud como desarrollo de las capacidades para el ejercicio de la autonomía de los

individuos y del colectivo incluyendo las políticas y acciones educativas para la calidad de vida, la protección de la vida, la prevención de enfermedades, la asistencia curativas en tiempos oportunos y adecuados, y el acceso universal a los servicios básicos.

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

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

Desarrollar un Sistema Público Nacional de Salud, único, descentralizado, intergubernamental, intersectorial y participativo. Este objetivo supone el rescate del carácter público de la salud y postula la integración de todos los entes públicos prestadores de servicios en un Sistema Público Nacional, cuyo objetivo es garantizar la efectividad del derecho a la protección de la salud de forma universal y equitativa.

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

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

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

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO REGIONAL

Dentro del proceso de formulación del **Plan Nacional de Desarrollo Regional 2001-2007**, el Ministerio de Planificación y Desarrollo se propuso la reactivación de dichos Organismos Regionales de Desarrollo para orientar la

actividad de planificación en aquellos ámbitos que sobrepasan las competencias de los gobiernos estatales y locales, a objeto de coordinar y compatibilizar los requerimientos de los diferentes estados y municipios con los de la Nación. Al atender varios estados, adquieren un carácter dinámico; en este caso, las regiones se agruparon, fundamentalmente, a efectos de la nueva estrategia territorial, en conocimiento de que existen diferencias entre la regionalización establecida en el instrumento legal vigente. Las competencias de tales organismos incluyen las siguientes:

- **Planificación del Desarrollo Regional:** Elaboración de planes, programas y proyectos regionales de desarrollo, con la consecuente captación y/o asignación de recursos, a través de diferentes fuentes de financiamiento.
- **Promoción del Desarrollo Regional:** Instrumentación de estrategias para la promoción de las ventajas comparativas y oportunidades para la inversión regional, haciendo énfasis en los sectores dinamizadores y el estímulo de las fuerzas desconcentradoras. Igualmente, promover el intercambio entre los diferentes actores regionales, nacionales e internacionales que contribuyan con el establecimiento de diversas iniciativas de desarrollo regional.
- **Investigación, Evaluación y Seguimiento:** Generación y difusión de conocimiento sobre las ventajas, potencialidades y oportunidades de las regiones, mediante la elaboración de estudios y la evaluación de planes, programas y proyectos regionales de desarrollo que garanticen su factibilidad económica, social y ambiental. Igualmente, mantenimiento de un banco regional de proyectos y monitoreo constante de proyectos que se estén ejecutando, para determinar el cumplimiento de las metas y medir los resultados obtenidos.

- **Capacitación, Asesoría y Asistencia Técnica:** Formación de recursos humanos para la planificación del desarrollo regional y el desempeño en la transferencia de funciones en gobernaciones y alcaldías.
- **Coordinación de Entes Ejecutores y Comunidades:** Coordinación de recursos, competencias y acciones del sector público y privado para el logro de objetivos comunes a los diferentes organismos y comunidades de los estados y municipios de las regiones, en función del Plan Nacional de Desarrollo.

Las estrategias de planificación de políticas públicas en materia de salud para la región oriental están estructuradas en lineamientos y propuestas para el desarrollo, las mismas deben ser llevadas a cabo por los organismo regentes de la salud en cada estado de la región, en caso del Estado Anzoátegui son estudiadas e implementadas por Instituto Anzoatiguense de la Salud (SALUNDAZ) y de allí distribuidas las directrices a todas las direcciones, hospitales y redes ambulatorios, incluyendo la Misión Barrio Adentro en sus diferentes niveles.

REGIÓN ORIENTAL

Equilibrio Social

A. Lineamientos estratégicos:

- Lograr un desarrollo humano sustentable que garantice una vida prolongada y saludable, el acceso a la educación y el disfrute de un adecuado nivel de vida, manteniendo el capital humano, físico,

financiero, social y medio-ambiental sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus propios requerimientos.

- Para tal fin, se requiere la formulación de proyectos sociales integrales, dentro de cuyo marco los gobiernos sub-regionales se obliguen a consolidar y fortalecer su rol de líderes en la iniciativa social, a fin de que los ciudadanos se conviertan en el centro de la acción a través de un intenso trabajo con la sociedad.

B. Propuestas para el desarrollo:

- Programa de promoción y prevención de salud
- Optimización del servicio de atención primaria
- Mantenimiento de infraestructura y equipos técnicos en las instituciones de salud.

Plan Operativo Anual Institucional (POAI) 2001-2007

A partir de Noviembre de 2004 el Ejecutivo Nacional impulsa una Nueva Etapa en la cual resultó prioritario lograr una mejor coordinación entre los distintos niveles del estado, tanto a nivel nacional como estatal y municipal, a fin de dar un salto adelante en la atención a las necesidades de la población.

En el mapa estratégico de la Nueva Etapa se establecieron diversos objetivos , de los cuales el MPPS se suscribió al de **Avanzar en la conformación de la nueva estructura social**, teniendo así como objetivo general para el año de aplicación el de avanzar hacia la construcción de un nuevo Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), establecido en la Constitución, donde Barrio Adentro constituyó la estrategia clave, aunado a

otras estrategias que permitieron un cambio de modelo en el sistema de salud y que tienda hacia el SPNS.

Siguiendo este orden de ideas, el Plan Operativo Anual Nacional (POAN) y Plan Operativo Anual Institucional (POAI) 2006, contenían Proyectos estratégicos en aras de propiciar el alcance de los objetivos de gobierno (Plan de Acción de la Nueva Etapa), bien sea porque expandían la cobertura o incrementaban la calidad del bien o servicio demandado por la sociedad, o resultaban indispensables para el desarrollo y adecuado funcionamiento de la nueva institucionalidad en salud.

En tal sentido, las líneas estratégicas que orientaron el Plan-Presupuesto giraron en tres **perspectivas**:

1. Los componentes nuevos que permitieran un avance inmediato al SPNS y que estuvieran enmarcados en la estrategia Barrio Adentro.
2. Los componentes de cambio de modelo que vinieron surgiendo de manera integrada con otros organismos públicos que prestan servicios de salud.
3. Los componentes de reconversión e integración hacia el nuevo modelo, que aún cuando no implicó en lo inmediato un cambio de modelo eran insustituibles para la salud de la gente, particularmente la población excluida.

En cuanto a los Proyectos, cada uno de ellos tenían especificidades, tales como:

- Proyectos exclusivamente regionales de acuerdo a la problemática y particularidades de la situación de salud o de las áreas específicas de que se tratara.

Siguiendo dicha orientaciones, los Proyectos respondieron a las siguientes políticas institucionales:

- Organizar, integrar y consolidar la Red Asistencial del Sistema Público Nacional de Salud.
- Disminuir las brechas sociales e inequidades en territorios sociales, grupos priorizados de la población o por ciclo de vida, contribuyendo a elevar la calidad de vida.
- Controlar y reducir la morbi-mortalidad de la población por enfermedades.
- Abordar problemas de salud pública a través de intervenciones estratégicas o mediante el control de factores asociados a los mismos.
- Actuar en intervenciones específicas trascendentes
- Fortalecer la soberanía como país y la capacidad rectora del Ministerio de Salud.

La desagregación de los mismos fue:

1. Organizar, integrar y consolidar la Red Asistencial del Sistema Público

Nacional de Salud (SPNS)

Líneas Estratégicas de Proyectos

- 1) Fortalecimiento y Consolidación de Barrio Adentro I
- 2) Fortalecimiento y Consolidación de Barrio Adentro II
- 3) Fortalecimiento y Consolidación de Barrio Adentro III

2. Disminuir las brechas sociales e inequidades en territorios sociales, grupos priorizados de la población o por ciclo de vida, contribuyendo a elevar la calidad de vida.

- **Líneas Estratégicas de Proyectos:** Reducción de la Mortalidad Materna, de la Mortalidad Infantil y del Hambre, así como población Indígena, saludes en Fronteras, niñas, niñas y adolescentes, adultos y Adultos Mayores, personas con discapacidad, drogadicción, indigencia, etc.

3. Controlar y reducir la morbi-mortalidad de la población por enfermedades.

- **Líneas Estratégicas de Proyectos:** VIH-SIDA, Malaria, TBC, Cáncer, Dengue, Cardiovascular, Chagas, Parasitosis, Diabetes, Oncología, Endocrino metabólico, Renales, etc.

4. Abordar problemas de salud pública a través de intervenciones estratégicas o mediante el control de factores asociados a los mismos

- **Líneas Estratégicas de Proyectos:** vacunas, alimentos, tabaco, salud mental, sexual y reproductiva, accidentes y hechos violentos, salud ambiental, etc.

5. Actuar en intervenciones específicas transcendentales

- **Líneas Estratégicas de Proyectos:** trasplantes, cardiopatías congénitas marcapasos, osteosíntesis, cirugía ambulatoria, etc.

6. Fortalecer la soberanía como país y la capacidad rectora del Ministerio de Salud.

- **Líneas Estratégicas de Proyectos:** Formación, capacitación e investigación; Participación Comunitaria en Salud; Sistemas de Información; Comunicacional, Contraloría Sanitaria, Vigilancia Epidemiológica, Sistemas de Regulación, Convenios y compromisos de Relaciones Internacionales, Implantación del nuevo modelo de relación laboral del SPNS.

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL 2007 - 2013 (PNDES)

A partir del 2 de febrero de 1999, se inició un cambio en Venezuela orientado hacia la construcción del Proyecto Nacional Simón Bolívar, el cual continúa una nueva fase a partir de los lineamientos del Plan de Desarrollo Económico y Social 2001 – 2007.

El Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social 2007 – 2013, orienta al país a través de las siguientes directrices:

Nueva Ética Socialista:

Propone la refundación de la Nación Venezolana, la cual hunde sus raíces en la fusión de los valores y principios de lo más avanzado de las corrientes humanistas del Socialismo y de la herencia histórica del pensamiento de Simón Bolívar.

La Suprema Felicidad Social:

A partir de la construcción de una estructura social incluyente, un nuevo modelo social, productivo, humanista y endógeno, se persigue que todos vivamos en similares condiciones, rumbo a lo que decía el Libertador: “La Suprema Felicidad Social”.

Democracia Protagónica y Revolucionaria:

Para esta nueva fase de la Revolución Bolivariana se consolidará la organización social, de tal manera de transformar su debilidad individual en fuerza colectiva, reforzando la independencia, la libertad y el poder originario del individuo.

Modelo Productivo Socialista:

Con el fin de lograr trabajo con significado, se buscará la eliminación de su división social, de su estructura jerárquica y de la disyuntiva entre la satisfacción de las necesidades humanas y la producción de riqueza subordinada a la reproducción del capital.

Nueva Geopolítica Nacional:

La modificación de la estructura socio-territorial de Venezuela persigue la articulación interna del modelo productivo, a través de un desarrollo territorial desconcentrado, definido por ejes integradores, regiones programa, un sistema de ciudades interconectadas y un ambiente sustentable.

Venezuela: Potencia Energética Mundial:

El acervo energético del país posibilita una estrategia que combina el uso soberano del recurso con la integración regional y mundial. El petróleo continuará siendo decisivo para la captación de recursos del exterior, la generación de inversiones productivas internas, la satisfacción de las propias necesidades de energía y la consolidación del Modelo Productivo Socialista.

Nueva Geopolítica Internacional:

La construcción de un mundo multipolar implica la creación de nuevos polos de poder que representen el quiebre de la hegemonía unipolar, en la búsqueda de la justicia social, la solidaridad y las garantías de paz, bajo la profundización del diálogo fraterno entre los pueblos, su autodeterminación y el respeto de las libertades de pensamiento.

En lo correspondiente a nuestro tema de estudio ligado al sector salud, lo cual es tema directamente vinculado a nuestra investigación, este se encuentra ubicado dentro de los lineamientos del PNDES 2007 – 2013, en el denominado ***“la Suprema Felicidad Social”***, que nos presenta que la estructura social de Venezuela está en proceso de transición hacia una formación económico social más incluyente, porque el Gobierno está ejecutando, especialmente con las Misiones (para nuestro caso Barrio Adentro III), un proceso de inclusión social masivo y acelerado, financiado por la nueva forma de utilizar la renta petrolera, lo que ha permitido avanzar en la cobertura y la universalización en la satisfacción de necesidades de

identidad, alimentación, **salud**, educación, vivienda y empleo. En materia de salud el PNDES enuncia:

Profundizar la atención integral en salud de forma universal, con el fin de:

- Expandir y consolidar los servicios de salud de forma oportuna y gratuita.
- Reducir la mortalidad materno-infantil y en niños menores de cinco años.
- Fortalecer la prevención y el control de enfermedades.
- Propiciar la seguridad y soberanía farmacéutica.
- Incrementar la prevención de accidentes y de hechos violentos.
- Optimizar la prevención del consumo de drogas y asegurar el tratamiento y la rehabilitación de la población afectada.

EVALUACION DEL SISTEMA DE PLANIFICACION

El ministerio del poder popular para la salud en concordancia con la constitución, leyes y tratados internacionales a los cuales suscribe, permite en el marco de la salud pública la creación de políticas de estado y programas de salud pública alineados a las diversas necesidades que en esta materia presenta el país.

El creador de las políticas de salud, es el MPPS, quien a su vez transfiere al interior del país para que los entes adscritos al sistema de salud previo análisis de sus necesidades de acuerdo a la ubicación y características endémicas ajustaran estas políticas al entorno y necesidades prioritarias.

El Estado con la necesidad de resolver las diversas problemáticas que presenta el sector salud desde su ámbito nacional, regional, institucional y sectorial, crea, propone y presenta una serie de proyectos y programas dirigidos al fortalecimiento del sector salud, en cuanto a la atención y capacidad resolutiva; el Estado por vía del Ejecutivo nacional y a través del MPPS ha creado o propuesto ante el país un proyecto llamado Misión Barrio Adentro.

Barrio Adentro es una iniciativa del Estado Venezolano y del Gobierno Bolivariano que tiene por objeto el fortalecimiento del tercer nivel de atención como integrante del Sistema Público Nacional de Salud. Comprende la modernización de la red de hospitales públicos constituida por los pertenecientes al Ministerio de Salud, Gobernaciones, IVSS, PDVSA, Sanidad Militar e IPASME. Esta Misión conjuga una visión integral que abarca: Modernización y actualización tecnológica hospitalaria, cambios del modelo de atención, reestructuración del modelo de gestión donde se pretende potenciar la sinergia y la participación comunitaria como elemento central de la contraloría social consagrada en La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y construcción de nuevos hospitales para garantizar el acceso a la salud a todos los ciudadanos y transformar la condición de excluidos del subsistema de salud.

Esta propuesta, puesta en marcha a partir del 2005, comprende tres etapas de aplicación desde Barrio Adentro I al III. siendo Barrio Adentro III en conjunto los proyectos y programas dirigidos a cumplir con los objetivos de fortalecer y mejorar la atención como prioridad enmarcados en la constitución y las leyes y llevados a cabo a través de los planes nacionales, regionales, institucionales y sectoriales del país.

El MPPS, cumpliendo con el principio de equilibrio social, dentro del PNDES 2001 – 2007, presenta este proyecto Barrio Adentro III al igual que los programas de salud dirigidos a la transformación de la red ambulatoria y hospitalaria, con el fin de alcanzar la justicia social, garantizar el disfrute de los derechos sociales de forma universal y equitativa. Planteando así:

- Asistencia Técnica.
- Equipamiento y Dotación.
- Formación y Capacitación.
- Infraestructura Social.

En lo correspondiente al PNDES 2007 – 20013, se seguirán ejecutando los planes, proyectos y programas que aun no estuvieran terminados. En lo correspondiente a los que se presentaron por esta investigación y que fueron mencionados anteriormente según lo dispuesto en este plan se seguirán implementando pero con el fin de seguir fortaleciendo y optimizando los mismo.

Este proyecto tiene como finalidad la modernización tecnológica de la red pública de hospitales del país. Esta modernización comprende:

- Primera etapa: cuarenta y tres (43) hospitales pertenecientes al Ministerio de Salud, IVSS y Sanidad Militar de mayor complejidad y en su mayoría son sede de enseñanza universitaria; y las Unidades Médica del IPASME.
- Segunda etapa: con Cincuenta (50) Hospitales, incluye hospitales de mediana complejidad.
- Tercera etapa: que abarca Ciento cincuenta (150) hospitales, predominantemente tipo I y II, de menor complejidad.

Metodológicamente, por la gran cantidad y diversa complejidad de los equipos, a adquirir en cada etapa, se priorizaron los servicios a modernizar tomando en consideración: demanda de servicio, obsolescencia tecnológica, déficit o inoperatividad de equipos.

En caso del Estado Anzoátegui y a través del Instituto Anzoatiguense de la Salud (SALUNDAZ), se ve materializado este proyecto de modernización (Barrio Adentro III), en diferentes centros hospitalarios del Estado como: el Hospital Dr. Luis Felipe Guevara Rojas y **el Hospital Universitario Dr. Luis Razetti**, siendo este último objeto de estudio de esta investigación.

En cuanto a los diversos proyectos y programas dirigidos a la población capaz de captar la atención de la población a través de la implementación de estos en los centros ambulatorios en todos los estados y que se llevan a cabo en los **Ambulatorios de Boyacá V y Alí Romero**. Se presentan, en el marco de la planificación, proyectos y programas con el fin de dar iniciativa a las redes ambulatoria primordialmente para que den atención y/o cobertura de forma clasificada de acuerdo a las necesidades de salud que presenta la población a través del PNDES 2001-2007 y definidos en el POAI 2001 – 2007, de la siguiente manera:

PROYECTO MADRE:

Objetivo: continuar y profundizar la reducción de la mortalidad de la madre y de los niños y niñas menores de 5 años.

Programas estratégicos de este proyecto:

Programa regional niños, niñas y adolescentes: El Programa de Salud de Niños, Niñas y Adolescentes se crea con la finalidad de asegurar el acceso universal de la población infantil y adolescente (0 a 19 años) a una atención eficiente, integral, personalizada y de alta calidad, por medio de un conjunto de acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud adecuado a este grupo de edad, e incentivar la activa participación de la comunidad en la identificación de prioridades, la asignación de recursos y la promoción de estilos de vida saludables como parte de un proceso más amplio de construcción de la ciudadanía. Este programa nace de la necesidad de combatir los elevados índices de mortalidad infantil, adoptada como una medida no solo nacional sino también mundial.

Este programa ofrece los siguientes servicios:

- Para niñas y niños:
- Atención al recién nacido, diagnóstico de malformaciones congénitas.
- Desarrollo psico-sexual, control de crecimiento y desarrollo.
- Prevención y control de los ITS/VIH SIDA.
- Atención víctimas de violencia doméstica, intrafamiliar, abuso y comercio sexual.

Para las y los adolescentes:

- Atención Ginecológica y Urológica.
- Prevención y control de los ITS/VIH SIDA.
- Prevención y control Cáncer.
- Control crecimiento y desarrollo.
- Atención en salud sexual y planificación familiar.
- Atención preconcepcional.

- Atención en salud sexual prenatal y perinatal.
- Atención víctimas de violencia domestica, intrafamiliar, abuso y comercio sexual.
- Educación y orientación sexual.

Programa lactancia materna: Este es un programa asumido por el MPPS para garantizar la atención materno –infantil, es por ello que se estimula como una política de salud en pro del rescate de la lactancia materna. Este programa forma parte de una estrategia nacional llamada TRIO POR LA VIDA con se forma en conjunto con el registro civil y la vacunación.

Programa salud sexual y reproductiva: este programa se crea para desarrollar una oferta de planes y Servicios integrales de Salud Sexual y Reproductiva Intra y Extra sectorial, con la Participación de las Redes Sociales, Entes Gubernamentales y no Gubernamentales, Privados y Públicos involucrados en las Áreas de la Salud de la Población del Estado Anzoátegui que permita así contribuir al Desarrollo Humano y Social de la Población a través de la Promoción, Prevención y Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva.

PROYECTO CAREMT

Objetivo: Este proyecto engloba la tarea de planificar, coordinar e integrar el desarrollo de la estrategia integrada de Cardiología, Salud Renal, Endocrino–Metabólica, Oncológica y tabaco (CAREMT) en sus aspectos de promoción de la salud, identificación y prevención de factores de riesgo de las enfermedades en concordancia con los principios, políticas y prioridades

establecidas por MPPS para lograr en la población una atención integral de salud.

Programas estratégicos de este proyecto:

Programa salud renal: La coordinación de programas de salud renal del estado crea a través de este una estructura programática que les permite desarrollar actividades que permiten: el control y seguimiento de los pacientes con enfermedades renales en estado normal y crónicas con una clasificación de estadios de I al V.

Programa endocrino – metabólico: Este programa de salud regional fue creado por MPPS con el objeto primario de mejorar la calidad de vida de la población sana, expuesta al riesgo y afectado por la enfermedad a través de las acciones de promoción, prevención y control de la DIABETES MELLITUS.

Programa salud cardiovascular: El programa regional de salud fue creado para mejorar la calidad de vida de la población sana, expuesta al riesgo y afectado por la enfermedad a través de acciones de promoción, prevención y control de las enfermedades cardiovasculares, para lograr un impacto epidemiológico, que garantice el derecho a la salud consagrada así en la constitución. Planificar, Coordinar, Integrar y Viabilizar el desarrollo del programa cardiovascular en sus aspectos de promoción de la salud, identificación y prevención de riesgo y de enfermedades cardiovasculares, en concordancia con los principios, políticas, prioridades y estrategias, establecidas en el MPPS.

Programa oncología: El objetivo primordial de este programa es el de disminuir en forma progresiva y estable la morbi-mortalidad por cáncer de cuello uterino, cáncer de mamas y la de próstata, mediante la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de la patología, en toda la Red de Sistema de Atención en Salud. Este programa se lleva a cabo en mujeres entre 25-64 años de edad para el cáncer de cuello uterino, son de más riesgo las mujeres que están entre los 35-54 años. El cáncer de mamas en mujeres entre los 35-74 años y el cáncer de próstata para hombres de 50 y más.

Se lleva a cabo este programa a través de tres sub-programas:

- 1) Control y prevención del Cáncer de Cuello Uterino.
- 2) Control y prevención del Cáncer de mama.
- 3) Control y prevención del Cáncer de próstata.

Programa de neurología: Este programa de salud pública se crea como medida que permita garantizar la asistencia integral de la población expuesta en todos los establecimientos de salud sobre la base del conocimiento, magnitud y características de las enfermedades neurológicas.

Se crean a través de este programa estrategias dirigidas a:

- 1) Promocionar de forma conjunta con los miembros de la comunidad, padres, líderes y otros en relación a las patologías de la esfera neurológica para mejorar su salud y calidad de vida. Unificar criterios, esfuerzos, recursos y voluntades del personal de salud.
- 2) Consolidar los registros estadísticos de pacientes con patologías neurológicas y así garantizar la planificación, coordinación y ejecución de acciones. Propiciar la identificación de grupos de alto riesgo a través del diseño de investigación epidemiológica.

- 3) Detectar y reducir la morbi-mortalidad y discapacidad causadas por las enfermedades neurológicas

PROYECTO SALUD SEGURA

Objetivo: Viabilizar el desarrollo de las estrategias integradas en los aspectos de atención, promoción y prevención de Enfermedades Transmisibles en concordancia con las políticas y prioridades establecidas por el Ministerio del Poder Popular para la Salud, adaptadas a nuestra realidad regional, con el fin de lograr una atención Integral a la población con un enfoque social con calidad y calidez, que fomente la participación activa de la gente.

Programas estratégicos de este proyecto:

Programa VIH / SIDA: El programa de salud tiene como iniciativa coordinar y desarrollar acciones de prevención y atención para la población expuesta a la infección por VIH en el Estado Anzoátegui, mediante la promoción de hábitos sexuales saludables, medidas eficaces de prevención en el ámbito laboral y otras formas de exposición; con especial atención a la prevención en la mujer embarazada y el niños.

Programa infecciones de transmisión sexual (I.T.S): La creación y aplicación de programas de salud de ITS permiten garantizar el desarrollo de acciones y estrategias para mejorar la atención integral y oportuna de los usuarios en los servicios clínicos y de laboratorio de Infección de Transmisión Sexual, enfatizando la prevención, a través de la promoción de los hábitos sexuales saludables y estimulando nuevos métodos de control de las infecciones de transmisión sexual.

Programa salud respiratoria: La coordinación de salud respiratoria del estado que abarca enfermedades relacionadas a los pulmones y vías respiratorias permite a través del desarrollo del programa de salud pública disminuir la morbi-mortalidad por asma y tuberculosis presente en la población, mediante la vigilancia epidemiológica, prevención, estrategias y acciones de atención integral a pacientes, su familia y comunidad.

Desarrolla este programa a través de:

- 1) Programa nacional de control integrado de control de Tuberculosis.
- 2) Programa nacional de control integrado de control de asma.

PROYECTO COMUNIDAD SEGURA Y VIDA PLENA

Programas estratégicos de este proyecto:

Programa salud mental: Este programa tiene como misión, promover, coordinar y desarrollar acciones comunitarias e institucionales que ayuden a fortalecer estilos de vida saludable y familiar armónicas y nutritivas, así como un ambiente comunitario solitario y productivo. Desarrollar las acciones de protección hacia grupos y familias vulnerables y promover despistaje activo de síntomas psiquiátricos precoces, así como cooperar con programas y proyectos comunitarios para prevenir la violencia, la deserción escolar, el consumo de sustancias ilícitas y otros problemas psicosociales. Ofrecer espacios y tecnologías para la rehabilitación apropiada de las discapacidades y minusvalía provenientes de enfermedades psiquiátricas graves.

Programa accidentes de todo tipo y hechos violentos: El programa de accidentes y hechos violentos viene dado por un conjunto de acciones integradas preventivas, educativas, con promoción de estilo de vida saludable que motiven la participación de la comunidad, docentes de los centros educativos, permitiendo la disminución de la morbi-mortalidad por Accidentes de Todo Tipo, Hechos Violentos, por adicción al Alcohol, Drogas y Psicofármacos.

Programa de atención a personas con discapacidad (PASDIS): Programa Nacional de Atención en Salud para las Personas con Discapacidad. Forma parte de la estructura organizativa y funcional del MPPS. Este programa se crea para promover beneficios a la población de manera oportuna, sin discriminación, a través de acciones rehabilitadoras en salud, manteniendo una mejor y aceptable calidad de vida que permitan garantizar la inclusión e integración plena a la sociedad de las personas con Discapacidad.

PROYECTO ATENCIONES ESPECIALES

Objetivo: Este proyecto tiene como misión, garantizar de forma integral la calidad de salud de los habitantes del Estado Anzoátegui mediante un enfoque esencialmente preventivo que atienda de manera oportuna, eficiente y con sentido de equidad a la población usuaria con la participación activa de la comunidad en la toma de decisiones.

Programas estratégicos de este proyecto:

Programa Fibrosis Quística: La estrategia para el éxito de esta tarea se basa en el concepto de Atención Integral de la Fibrosis Quística, que

consiste en la atención completa para el paciente y sus familiares, donde participa la comunidad junto al equipo de salud, con especial énfasis en la prevención y detección a tiempo del trastorno.

Programa Salud Bucal: La creación de este programa tiene como misión: contribuir a garantizar el derecho a la salud de la población Bolivarenses, incorporando el componente bucal en un enfoque integral de la salud. La Coordinación Regional del Componente de Salud Bucal es la unidad técnico-administrativa responsable de normar, asesorar, evaluar y controlar el desarrollo de los programas de la salud oral en el Estado Anzoátegui, en coherencia con los lineamientos políticos del Ministerio, privilegiando la promoción de la salud, la prevención masiva y específica y la incorporación de la comunidad con un eje coordinador interdisciplinario, interinstitucional e intersectorial.

Programa Salud Visual: El programa de salud visual se imparte a través de un proyecto iniciado por barrio a dentro que incluido en el sistema tradicional garantiza de forma integral la calidad de la salud visual de los habitantes del Estado Anzoátegui, mediante un enfoque esencialmente preventivo que atiende de manera oportuna y eficiente y con sentido de equidad a la población usuaria con la participación activa de la comunidad en la toma de decisiones.

CAPITULO V

DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN

El acceso o accesibilidad a los servicios de salud se define como el proceso mediante el cual se logra satisfacer una necesidad relacionada con la salud de un individuo o una comunidad. Este proceso involucra el deseo de buscar atención en salud, la iniciativa por buscarla, por tenerla y por continuar con esa atención, bien sea en términos del diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, la prevención o la promoción de la salud.

En recorrido de la investigación pudimos notar que las problemáticas que presenta el sector salud son múltiples, a pesar de las iniciativas del Estado por crear políticas guidas a contrarrestarlas. Dentro de esas diversos problemas que presenta el sector, consideramos de importancia los relacionados al estado de las instalaciones de salud pública de la red tradicional, Hospitales y Ambulatorios, y como esto interfiere en la deficiencia en cuanto a la capacidad instalada y atención que prestan los mismos.

La deficiencia antes mencionada la fundamentamos con los datos obtenidos y analizados estadísticamente en el Capítulo II, en los que se observó, que durante los períodos estudiados los principales centros de salud de la zona norte del Estado Anzoátegui realizaron sus actividades con niveles de atención que superaban la capacidad para prestar sus servicios.

Por lo antes expuesto y dando cumplimiento a uno de los objetivos de esta investigación es que proponemos algunas ideas que permitan la elaboración de proyectos en materia de salud que ayuden a disipar parte de la problemática.

**ALTERNATIVAS SUGERIDAS PARA LA ELABORACION DE
PROYECTO EN MATERIA DE SALUD PÚBLICA**

**Proyecto de mejoras en los servicios prestados por la red
hospitalaria y ambulatoria tradicional**

OBJETIVO GENERAL

Incrementar los niveles de los servicios prestados en los Hospitales y Ambulatorios de la zona norte del Estado Anzoátegui a través de las mejoras en la eficiencia, calidad y equidad del sistema de salud.

<u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u>	<u>ACCIONES ESTRATÉGICAS</u>
<p>1. Fortalecer las prácticas de servicios médicos en busca de mejorar la atención prestada en los centros hospitalarios y ambulatorios de la zona.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dotación y modernización de equipos médicos, tecnológicos, industriales, etc. Que permitan prestar mejores servicios.
<p>2. Incrementar los servicios que prestan los centros de salud permitiendo así que estos pasen de un nivel a otro con relación a la clasificación de los mismos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Buscar apoyo financiero de los entes nacionales, regionales y locales para la realización de las mejoras y ampliaciones de los centros de salud. ✓ Habilitar y/o rehabilitar espacios dentro de los centros de salud para la incorporación de nuevos servicio. ✓ Realización de ampliaciones en los centros para la incorporación de los nuevos

	servicio a incorporar.
<p>3. Incrementar y capacitar al personal que labora en los centros de salud y apoyarlos mediante el pago de incentivos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Buscar apoyo financiero de los entes nacionales, regionales y locales para la contratación del personal. ✓ Programas de incentivos para fomentar los pago puntuales del personal. ✓ Capacitación del personal para que se preste la adecuada atención de acuerdo a los diferentes servicios que ofrecen los centros de salud.
<p>4. Capacitar y concientizar a las comunidades en el buen uso, manejo y acceso de los centros de salud de acuerdo a los niveles de atención.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Creación de oficinas de orientación e información para las comunidades de asisten a los centros. ✓ Concientizar a las comunidades por medio de charlas y comunicados acerca de la utilización y acceso a los centros de salud ambulatorios

	y hospitalarios.
5. Establecer normas de control en la adquisición y distribución de los medicamentos y suministros médicos.	<ul style="list-style-type: none">✓ Mejorar los sistemas de control de inventarios de recibo y almacén de medicamentos y suministros médicos.✓ Mejorar las entradas y salidas de medicamentos y suministros médicos en los centros a través de control interno.

Proyecto de conservación y mantenimiento de infraestructura de las redes ambulatorias y hospitalarias.

<u>OBJETIVO GENERAL</u>	
<p>Contribuir a la conservación y mantenimiento de las estructuras ya existentes con la participación de las comunidades y el personal que labora en los centros de salud de la red ambulatoria y hospitalaria.</p>	
<u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u>	<u>ACCIONES ESTRATÉGICAS</u>
<p>1. Minimizar el deterioro de las estructuras de los centros de salud que conforman la red ambulatoria y hospitalaria existente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promoviendo la conservación y mantenimiento de los hospitales y ambulatorios, con la participación de la población. ✓ Realización de jornadas de limpieza y mantenimiento en los centros con la participación activa de las comunidades y el personal de los centros de salud.
<p>2. Crear un comité de mantenimiento y conservación de las instalaciones de salud con el fin de controlar y asignar actividades en beneficio de las mismas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluación de las condiciones de las instalaciones con el objeto de ubicar y determinar las áreas afectadas. ✓ Elaborar planes para el desarrollo armónico de las actividades de conservación y mantenimiento. ✓ Designación de brigadas para realizar las actividades de

	<p>conservación y mantenimiento con la participación de las comunidades y personal de los centros de salud.</p>
<p>3. Establecer y fortalecer mecanismos de información a través de medios impresos en pro de la conservación y mantenimientos de los centros de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Elaboración de folletos, volantes, entre otros medios informativos, sobre la importancia de tener un ambiente limpio, cuidado, conservado en los centros de salud. ✓ Elaboración y colocación de avisos que fomenten a las comunidades visitantes el cuidado y mantenimiento de las instalaciones de salud.
<p>4. Capacitar y concientizar a las comunidades en cuanto a la conservación y mantenimiento de las instalaciones hospitalarias y ambulatorias fundamentándose en los valores culturales de la población.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Capacitación de las comunidades para que sean los supervisores y controladores del buen uso que le dan las comunidades a los centros. ✓ Sensibilizar a la población a contribuir con el mantenimiento y conservación de las instituciones de salud de las cuales se sirven.

CONCLUSIÓN

En la constitución de 1946 de la Organización Mundial de la Salud, la **salud** es definida como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Para garantizar el derecho a la salud en nuestro país, el Artículo 84 de la CRBV, nos presenta a la salud como un Derecho fundamental que debe ser garantizado por el estado, ordenando así la creación de un sistema público nacional de salud, bajo la rectoría del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (hoy Ministerio del Poder Popular para la Salud), de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, y regido por principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad.

En este orden de ideas el estado venezolano a través de los órganos del Poder Público confiere facultades o competencias para el desarrollo de las políticas de estado en diversas materias; en lo correspondiente a nuestra investigación como se puede ver en su contenido, abarcamos la materia de salud en lo correspondiente a la creación e implementación de la planificación y políticas públicas.

A lo largo de esta investigación se estudiaron diversas políticas sociales implementadas en el área de la salud desde hace algunos años y que de acuerdo al diagnóstico presentado están no han solucionado las problemáticas que presenta este sector. Este diagnóstico hecho a los principales centros de salud de la zona Norte del Estado Anzoátegui, con

especialidad en el Hospital Universitario Dr. Luis Razetti y los Ambulatorios de Boyacá V y Alí Romero, pertenecientes al sistema tradicional de salud pública. Presentados en la investigación en su enfoque tradicional dado a que los esfuerzos en la implementación de políticas públicas y con los cambios del SPNS la red hospitalaria y ambulatoria es la que menos ha sentido estos cambios.

Una aplicación de planificación y políticas en el área de salud públicas, implica grandes retos donde la columna vertebral parte de sus creaciones, formas y maneras de implementación al igual que los niveles de aceptación o rechazo que tenga tal política a lo interno de las comunidades, ya que al final son estas la que medirán este factor.

Dadas las necesidades que se pudieron constatar con el desarrollo de esta investigación se pudo presentar como una manera de resolver algunas de ellas la propuesta de dos ideas o alternativas de proyectos en con el fin de aportar un granito de arena en pro de la búsqueda soluciones prácticas en esta materia.

RECOMENDACIONES

- Apoyar la verdadera descentralización de los servicios de salud y el fortalecimiento de las instituciones regionales y locales.
- Reestructuración, fortalecimiento y modernización de la red de salud en cuanto a los ambulatorios y hospitales que comprenden la red tradicional. Esto en el marco de los cambios propuestos con el nuevo sistema de salud pública.
- Ampliar los centros de salud con la finalidad de llevarlos a otros niveles dentro de la nueva estructura del SPNS, para poder ofrecer más y mejores servicios.
- Incrementar el personal en las áreas que mantienen deficiencias.
- Crear medios de control para la adquisición y distribución de medicamentos y suministros médicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ BALESTRINI ACUÑA, Mirían: Estudios Documentales, Teóricos, Análisis de Discurso y Historia de Vida, Una Propuesta Metodológica para la Elaboración de sus Proyectos, Caracas, BL Consultores Asociados, Servicio Editorial, 1998.
- ✓ BUSTELO, P. (2004): “La evaluación de las políticas públicas desde una perspectiva histórica”, en *La evaluación de las políticas públicas de igualdad de géneros de los gobiernos centrales y autonómicos en España: 1995-1999*, tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid.
- ✓ CANALES, ALVARADO y PINEDA (2004): Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. Editorial Limusa.1990.
- ✓ DERY, David (1984): Problem Definition in Policy Analysis. Kansas: Lawrence, KS: University Press.
- ✓ ECHEBARRÍA Koldo; LORA, Eduardo; PAYNE, Mark; TOMMASI, Mariano y STEIN, Ernesto (Informe 2006): “*La política de las políticas públicas*” Progreso económico y social en América Latina. Banco Interamericano De Desarrollo David Rockefeller Center For Latin American Studies Harvard University. Editorial Planeta.
- ✓ Ley Orgánica de la Administración Pública. N° 5.890 Extraordinario del 31 de julio de 2008.
- ✓ Ley Orgánica de la Administración Financiera del Sector Público. N° 37.978 del 13 de julio de 2004.
- ✓ Ley Orgánica de la Salud. De agosto de 2002.

- ✓ MATUS, Carlos (1984). *Política, planificación y gobierno*. Caracas: Fundación ALTADIR.
- ✓ Plan nacional de Desarrollo regional 2001 – 2007.
- ✓ Proyecto Nacional Simón Bolívar. Desarrollo Económico y Social de la Nación 2.001- 2.007. Ministerio del Poder Popular para la Planificación y Desarrollo.
- ✓ Proyecto Nacional Simón Bolívar. Desarrollo Económico y Social de la Nación 2.007 - 2.013. Ministerio del Poder Popular para la Planificación y Desarrollo.
- ✓ Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud. Decreto nº 5.077 del 22 de diciembre de 2006. Publicado en gaceta oficial nº 38.591 del 26 de diciembre de 2006.
- ✓ República Bolivariana de Venezuela (2000). Constitución de la República Bolivariana de Venezuela 1999. Caracas: Imprenta Nacional.
- ✓ Resumen informativo de los principales logros del MPPS del año 2006.
- ✓ SABINO, Carlos (2002). El proceso de investigación científica. Editorial Panapo.
- ✓ VILLASEÑOR ROCA Y L. E. ZAMUDIO RODRIGUEZ, “Técnicas actuales de investigación documental”, 3ª. Edición, Ed. Trillas-UAM, México.
- ✓ WEISS, Carol. (1998): *Evaluation*. 2nd Edition. Prentice Hall.
- ✓ Organización Panamericana de la Salud (2003) Origen y evolución de la salud pública en Venezuela. Caracas: Organización Panamericana de la Salud.
- ✓ GVU's 8th WWW user survey. (n. d). Extraído el 19 de Noviembre de 2008 desde:

http://www.realinstitutoelcano.org/wps/portal/rielcano/contenido?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/Elcano_es/Zonas_es/Lengua+y+Cultura/DT4-2006.

- ✓ GVI's 8th WWW user survey. (n. d). Extraído el 19 de Noviembre de 2008 desde: <http://www.scribd.com/doc/2893890/es-posible-evaluar-una-politica-publica>
- ✓ GVI's 8th WWW user survey. (n. d). Extraído el 28 de Noviembre de 2008 desde: http://www.ag.org.ar/3congreso/Ponencias/Rodriguez_a.doc.
- ✓ GVI's 8th WWW user survey. (n. d). Extraído el 01 de Febrero de 2009 desde: <http://www.anzoategui.org/saludanz/>

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

TÍTULO	PLANIFICACIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS EN LOS PRINCIPALES CENTROS DE SALUD DE LA ZONA NORTE DEL ESTADO ANZOÁTEGUI.
SUBTÍTULO	

AUTOR (ES):

APELLIDOS Y NOMBRES	CÓDIGO CULAC / E MAIL
BRITO S, YESSIKA V	CVLAC: 16.717.247 E MAIL: Laurent_bs@hotmail.com
MARTÍNEZ A, MARÍA A	CVLAC: 16.854.927 E MAIL: mariloli_27@hotmail.com

PALÁBRAS O FRASES CLAVES:

Salud

Planificación

Políticas Públicas

Programa

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ÀREA	SUBÀREA
Ciencias Administrativas	Administración

RESUMEN (ABSTRACT):

La Salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad. El saneamiento del medio ambiente, el control de las enfermedades transmisibles, la educación sanitaria, la organización de los servicios médicos y de enfermería; el desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren al individuo y a la comunidad un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud. Los Programas de Salud son de gran importancia porque es una asistencia especializada brindada por los centros integrales y algunos ambulatorios, que le ofrece a la comunidad apoyo integral, garantizando a los pacientes el acceso gratuito a consultas médicas y fármacos, para aquellos tratamientos especiales y constantes. El estado venezolano, brindara a la población el desarrollo de políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

CONTRIBUIDORES:

APELLIDOS Y NOMBRES	ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL				
Daisy Rodríguez	ROL	CA	AS(X)	TU(X)	JU (X)
	CVLAC:	8.304.444			
	E_MAIL	Daisy_c_rodriguez@hotmail.com			
	E_MAIL				
Linda Núñez	ROL	CA	AS(X)	TU(X)	JU (X)
	CVLAC:	5.614.169			
	E_MAIL	Lync61@cantv.net			
	E_MAIL				
Bethzaida Castro	ROL	CA	AS(X)	TU(X)	JU (X)
	CVLAC:	5.997.239			
	E_MAIL	bcastrod@hotmail.com			
	E_MAIL				

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

2009	03	16
------	----	----

LENGUAJE.ESPAÑOL**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:****ARCHIVO (S):**

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
Trabajo Especial de Grado.doc	Application/ms word

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

ALCANCE

ESPACIAL: _____ (OPCIONAL)

TEMPORAL: _____ (OPCIONAL)

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:Licenciada En Administración.**NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:**Pre- grado_____**ÁREA DE ESTUDIO:**Departamento de Administración_____**INSTITUCIÓN:**Universidad De Oriente- Núcleo Anzoátegui_____**METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:****DERECHOS**

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

BRITO S. YESSYKA V. V
AUTOR

MARTÍNEZ A, MARÍA A
AUTOR

DAYSÍ RODRIGUEZ
JURADO

LINDA NÚÑEZ
JURADO

BETHZAIDA CASTRO
JURADO

POR LA SUBCOMISION DE TESIS