



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
ESTUDIOS DE POSTGRADO NUCLEO DE SUCRE  
PROGRAMA DE POSTGRADO- ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES  
DOCTORADO EN ESTUDIOS SOCIALES**

**LA GESTIÓN PÚBLICA DE SALUD EN EL ESTADO SUCRE DESDE LA  
PERSPECTIVA DEL DESARROLLO HUMANO: HACIA UN NUEVO  
SIGNIFICADO**

**Autor: Msc. Evelin Mago L**

**Tutor: Dra. Carmen Guevara**

**Trabajo presentado como requisito parcial para optar al título de Doctor en Ciencias  
Sociales**

**Cumana, mayo de 2024.**



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

**N° 02-2024**

**ACTA DE DEFENSA DE TESIS DE GRADO**

Nosotros, Dra. Carmen Guevara. C.I. N° 6.633.124, Dra. Mercedes Fernandez C.I. N° 5.083.206 y Dr. Wilfredo Guerra C.I. N° 9.636.337, integrantes del jurado designado por la Comisión Coordinadora del Doctorado en Estudios Sociales para examinar la Tesis Doctoral titulada: **LA GESTIÓN PÚBLICA DE SALUD EN EL ESTADO SUCRE DESDE LA PERSPECTIVA DEL DESARROLLO HUMANO: HACIA UN NUEVO SIGNIFICADO**, realizada por la Doctoranda: **MSc. Evelin Mago L.**, Cédula de identidad N° 9.978.432, a los fines de cumplir con el requisito legal para optar al grado de: **DOCTOR EN ESTUDIOS SOCIALES**, hacemos constar que hemos examinado el mismo e interrogado a la postulante en sesión pública, celebrada hoy miércoles 29 de mayo de 2024, a las 9:00 a.m., en el Aula 1 del Rectorado II, de la Universidad de Oriente. Finalizada la defensa del trabajo por parte del postulante, el jurado decidió dar el veredicto de **APROBADO** por unanimidad, considerando que el mismo está ajustado a lo dispuesto y exigido por el Reglamento de Estudios de Postgrado de la Institución.

En fe de lo anterior se levanta la presente acta, que firmamos conjuntamente con la Coordinadora del Doctorado en Estudios Sociales. En Cumaná, Estado Sucre a los veintinueve días del mes de mayo de 2024.

**Jurado examinador:**

Dra. Carmen Guevara. C.I. N° 6633124  
(Tutora UDO)

Dra. Mercedes Fernández. C.I. N° 5.083.206  
(Jurado Principal - UNA)

Dr. Wilfredo Guerra C.I. N° 9.636.337  
(Jurado Principal - UDO)

  
Dra. Carmen Guevara  
Coordinadora del Programa de Postgrado:  
Doctorado en Estudios Sociales



## AGRADECIMIENTO

*En primer lugar, agradezco a Dios todopoderoso por haberme dado la salud, la fuerza, la sabiduría y la perseverancia para poder finalizar esta investigación.*

*A la santísima virgen bajo las advocaciones: Ntra. Sra. del Valle y Rosa Mística, madre santísima quien través de la oración diaria me transmitió su fuerza y la serenidad que en muchos momentos difíciles requerí para salir adelante.*

*A mi tutora, Dra. Carmen Guevara por haber creído en mí, por levantarme tantas veces cuando desanimada no quería continuar, más que una asesora ha sido mi hada madrina . Gracias amiga, por tu acompañamiento y por tus asertivos conocimientos, Dios te bendiga. Te quiero y admiro mucho.*

*A la profesora del Departamento de Sociología Dra. Carmen Bastidas, gran amiga, quien siempre apostó a la culminación de esta investigación y en sus inicios aportó sabios conocimientos para que la misma se desarrollara.*

*A mis compañeras de clases quienes a través de las redes sociales y el teléfono fueron y han sido mi apoyo y mi estímulo. Les quiero mucho. En especial a las profesoras: Yocelyn Castro e Iris Malaver. Les abrazo con el alma.*

*A la Universidad de Oriente –Núcleo de Sucre, la Casa más alta del conocimiento, por haberme brindado la oportunidad de cursar estudios doctorales y de contar con docentes de altísimo profesionalismo.*

## DEDICATORIA

*Quiero dedicar este trabajo a mi ángel de la guarda, quien me cuida y bendice todos los días desde el cielo, **mi madre**. Gran mujer, fiel ejemplo de tenacidad, integridad y honestidad, a quien le debo todo lo que soy. Mi compañera en estos avatares académicos. Te amo mama hasta el infinito y más allá.*

*A mi hijo Samuel Eduardo, quien a través de su forma particular de ver la vida y tener para cada situación una solución, ha sido mi motor y mi combustible para seguir adelante pese a cualquier adversidad. Espero este logro te sirva de ejemplo para seguir adelante. Te amo grandote, mi príncipe.*

*A mis sobrinos, los propios y los que la vida me ha regalado: Samira, Diego, Eva, Jesús David, Gabriela, Emiliano, Valery; quienes con sus ocurrencias y juegos llenaron muchas veces mis momentos de desaliento. Les quiero mucho.*

*Finalmente quiero hacer una mención especial a mis vecinos y compañeros de grupos de oración, quienes siempre me motivaron a finalizar este trabajo y me hicieron entender que en la vida hay que cerrar ciclos para que se aperturen otros nuevos. Dios les bendiga por siempre.*

## INDICE DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTO .....	II
DEDICATORIA .....	III
INDICE DE FIGURAS .....	VI
RESUMEN .....	VII
INTRODUCCION .....	1
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	6
1.1.- Descripción del problema de investigación .....	6
1.2.- Senderos investigativos: .....	18
1.2.1.- Objetivo general:.....	18
1.2.2.- Objetivos específicos:.....	18
JUSTIFICACIÓN: .....	19
CAPITULO II .....	22
MARCO TEÓRICO REFERENCIAL .....	22
2.1.-Antecedentes de la investigación: .....	22
2.1.1.- Internacionales.....	22
2.2.- Referentes teóricos.....	23
2.2.1.- Gestión Pública: .....	23
2.2.2.- La teoría de la gestión pública para el desarrollo .....	25
2.2.3.- Salud:.....	27
2.2.4.- Gestión pública de salud: .....	32
2.2.5.- Actor social:.....	38
2.2.6.- Posturas Teóricas sobre el actor social:.....	42
2.2.7.- Ética y Bioética: principios y finalidad, su vinculación con el sector salud: .....	49
2.2.8.- Desarrollo Humano: .....	54
2.3- Bases Legales:.....	66
CAPITULO III: CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS .....	72
3.1.- Paradigma de investigación .....	72
3.2.- Modalidad de investigación: fenomenología:.....	72
3.3.- Proceso metodológico desarrollado .....	72
Etapa descriptiva:.....	73

Etapa estructural: En esta etapa se estudian las descripciones contenidas en los protocolos, es decir, las entrevistas de los sujetos de investigación de acuerdo a los pasos siguientes:.....	73
3.4.- Caracterización de los informantes claves:.....	74
3.5.- Técnicas de recolección de información: Entrevistas y observación en fenomenología. ....	75
3.6.- Tratamiento y análisis de la información.....	76
CAPITULO IV .....	77
HALLAZGOS DE LA INVESTIGACION.....	77
LA GESTIÓN PÚBLICA EN SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DEL DESARROLLO HUMANO .....	77
4.1.- Significado de la gestión pública en salud en relación a: instrumentos legales, políticas públicas, aspectos administrativos, efectividad y continuidad, provisión de los servicios sanitarios. ....	77
4.1.1.- Dimensión instrumentos legales: el deber ser de la gestión pública en salud desde los instrumentos legales. ....	78
4.1.2. – Dimensión políticas públicas .....	100
4.1.3. Dimensión recursos administrativos, humanos, materiales y financieros.....	118
4.1.4. Dimensión efectividad y continuidad de los programas y proyectos del sector salud .	128
4.1.5. Dimensión provisión de los servicios sanitarios:.....	136
4.2.- Rol de los actores sociales y su vinculación en la gestión pública de salud en relación a: alianzas interinstitucionales, alianzas interdisciplinarias.....	146
4.2.1.- Alianzas interinstitucionales e interdisciplinarias:.....	150
4.2.2.-Los actores sociales y el sistema de salud pública:.....	154
CAPITULO V .....	157
LINEAMIENTOS ONTO-EPISTEMOLÓGICOS QUE PERMITAN LA RESIGNIFICACIÓN DE LA GESTIÓN PÚBLICA EN SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DEL DESARROLLO HUMANO. ....	157
CAPÍTULO VI: .....	171
CONSIDERACIONES FINALES .....	171
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	173
ANEXOS .....	181
HOJAS DE METADATOS .....	182

## INDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura N° 1 <b>Dimensiones de la gestión pública</b>	79
Figura N°2 <b>Red categorial de la dimensión instrumentos legales</b>	81
Figura N° 3 <b>Dimensión políticas publicas</b>	102
Figura N°4 <b>Dimensión recursos administrativos, humanos, materiales y financieros</b>	120
Figura N°5 <b>Dimensión efectividad y continuidad de los programas y proyectos del sector salud</b>	131
Figura N°6 <b>Dimensión provisión de los servicios sanitarios</b>	138
Figura N° 7 <b>Una gerencia en salud “otra”</b>	162
Figura N° 8 <b>Vínculos sector público-privado</b>	163
Figura N° 9 <b>Elementos constitutivos de una visión otra de la gestión pública de salud desde la perspectiva del desarrollo humano</b>	164
Figura N° 11 <b>Resignificación de los fines del sistema de salud</b>	167
Figura N 10 <b>Concepciones o Enfoques sobre el desarrollo humano</b>	62



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
ESTUDIOS DE POSTGRADO NUCLEO DE SUCRE  
PROGRAMA DE POSTGRADO- ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES  
DOCTORADO EN ESTUDIOS SOCIALES**

**LA GESTIÓN PÚBLICA DE SALUD EN EL ESTADO SUCRE DESDE LA  
PERSPECTIVA DEL DESARROLLO HUMANO: HACIA UN NUEVO  
SIGNIFICADO**

**Autora: MSc. Evelyn Mago  
Tutora: Dra. Carmen Guevara**

**RESUMEN**

El sistema de salud en Venezuela, y específicamente en el estado Sucre, ha experimentado en las últimas décadas una profunda crisis que se evidencia en los problemas de accesibilidad, cobertura y legitimidad que enfrentan las instituciones que prestan los servicios médico-asistenciales. En este contexto, surge la inquietud de esta investigación al estudiar la forma como ha venido funcionando la gestión pública en el sector salud, por cuanto consideramos que allí subyace el centro de esta problemática, en virtud, de que son los actores sociales los que direccionan la formulación y ejecución de las políticas públicas en esta área y los que pueden propiciar los cambios en el sistema de salud pública. Ante este escenario, se planteó como objetivo principal de la investigación: resignificar la gestión pública de salud desde la perspectiva del desarrollo humano, para lo cual se asumió una metodología fenomenológica. Como hallazgos significativos se encontró a una gerencia que continua funcionando con esquemas tradicionales y que desarrolla programas y políticas con escasa vinculación con el desarrollo humano, por cuanto la misma sigue teniendo una concepción asistencialista y curativa, lo que se expresa en el deficiente servicio de salud pública y por ende, en el descontento de la población usuaria. No obstante, se evidenció que hubo la creación de organizaciones comunitarias en salud (OCS) y actualmente están en funcionamiento los comités de salud, dentro de la estructura de los consejos comunales. Esta última instancia se constituyó en su momento como una alternativa importante para promover el proceso de reeducación y promoción a la salud a la población, desde el desarrollo humano. En función a lo planteado existe la necesidad una gerencia pública en salud humanizada, fundamentada en el Desarrollo Humano y generadora de saberes colectivos.

**Palabras claves:** Gestión pública, salud, políticas públicas y desarrollo humano.

## INTRODUCCION

La gestión pública de salud, actúa como un instrumento estratégico transversal en los diferentes niveles del sistema sanitario. Es inherente a la actividad del personal de salud, especialmente de quienes ejecutan acciones para la identificación y gestión del riesgo, con el propósito de reducir la desinformación de la colectividad para lograr su autocuidado. Representa un conjunto de procesos que, bajo la dirección y liderazgo de la autoridad sanitaria, buscan que todos los actores del Sistema de Salud logren resultados en pro de la salud de las poblaciones bajo su responsabilidad, mediante el desarrollo e implementación efectiva y eficiente de las políticas planes, programas y estrategias de promoción y gestión del riesgo en salud en el marco de las competencias de cada uno de ellos. (Vílchez y Palpán, 2014).

La Gestión Pública en el área de salud, es la aplicación de todos los procesos e instrumentos que posee la administración pública para lograr los objetivos de desarrollo o de bienestar de la población. De acuerdo con esto, la gestión pública, se entiende según Pereira, J. & Heredia, H. (2014:66), como :

Un proceso dinámico, integral, sistemático y participativo, que articula la planificación, ejecución, seguimiento, evaluación, control y rendición de cuentas de las estrategias de desarrollo económico, social, cultural, tecnológico, ambiental, político e institucional de una Administración, sobre la base de las metas acordadas de manera democrática

Para Alleyne G. (1996:44).

... la salud en el desarrollo implica, necesariamente, reducir las desigualdades sociales ante la salud, reducir el impacto de la crisis entre los más desvalidos, conformar programas integrales de bienestar social y mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de las grandes mayorías, especialmente de los grupos sociales más desposeídos, y transformar los sistemas de salud sobre la base de un mayor énfasis en las acciones poblacionales de promoción de la salud y prevención y control de daños y riesgos, así como de una mayor participación ciudadana organizada"

Este autor nos plantea que no es posible pensar que persona alguna pueda aspirar a alcanzar un desarrollo integral si carece de salud. Es decir, la salud es un indicador preciso y una pieza clave de desarrollo humano. La búsqueda de la salud, ya se trate de actuaciones individuales o colectivas, es concebida como la fuerza propulsora de los esfuerzos que despliegan los seres humanos. Alleyne G. (1996:47), señala que la salud, la educación, un ambiente saludable, crecimiento económico y un grupo de derechos humanos que son esenciales en nuestras democracias modernas, son considerados componentes del desarrollo humano, enfatizando la necesidad de trabajar para poner en evidencia la relación entre salud y el resto de los componentes bajo la premisa de que la salud tiene un valor intrínsecamente igual al de los otros componentes del desarrollo humano.

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1997), el combate de las inequidades en salud responde a dos imperativos: por un lado, el acceso a la salud es un derecho humano fundamental y, por el otro, los efectos de las inequidades en salud constituyen uno de los mayores obstáculos al desarrollo humano sostenible pues impide la formación del capital humano y la incorporación óptima de la población al proceso productivo. La Región de las Américas se caracteriza por presentar la mayor inequidad en la distribución de la riqueza, fenómeno que resulta un factor determinante en la presencia de oportunidades diferenciales en el estado de salud por grupos de población.

Históricamente, la forma como ha venido funcionando el sistema de salud pública en Venezuela ha sido preocupación para muchos investigadores, en virtud de la merma que se ha observado en la calidad del servicio que prestan las instituciones de salud, la cual se refleja en deterioro físico de las instalaciones médico-asistenciales, salarios devengados por el personal que labora en los centros asistenciales, ausencia de insumos médicos, deterioro y obsolescencia de equipos médicos, todo lo cual confluye en la prestación de un servicio deficiente y por ende, en la insatisfacción de la población que a diario demanda los mismos.

En este sentido, las autoridades gubernamentales de salud han efectuado procesos de reformas en la búsqueda de dar solución a la problemática, a pesar de los esfuerzos los avances han sido pocos en relación a las demandas de los ciudadanos. Los problemas estructurales de la sociedad también se reflejan en este sector, el cual para la sociedad es

necesario e indispensable, porque éste es el responsable de la atención médica y de salud de la población.

Todo lo indicado se considera una preocupación que se debe investigar y analizar. La problemática de salud, es una temática de interés mundial, latinoamericano. La gestión pública de este sector; es pieza clave en la comprensión de este fenómeno, puesto que es de allí donde se diseñan, estructuran y direccionan las políticas públicas y dado su carácter decisorio que esta posee, los cambios solo vendrán si se renueva la estructura gerencial del sector. En este sentido, se propone el desarrollo humano como el enfoque que debe impregnar y regir el accionar de la nueva gestión pública en salud, debido a que éste va más allá de la concepción economicista del desarrollo e integra en el análisis aspectos sociales de la población tales como: equidad, justicia, libertad y el cuidado del medio ambiente, entre otros.

Se incluye en este enfoque a la salud, como un elemento constitutivo de la teoría del desarrollo, los entornos institucionales, políticos y sociales que permiten el acceso a la salud por ser un factor primordial para avanzar hacia una sociedad sustentable. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020:19), “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”; de acuerdo a esta definición la salud implica sentirse bien en los aspectos físico, psicológico y social, pero alcanzar este estándar requiere un contexto adecuado en el que los buenos hábitos permitan tener una vida saludable. La salud es un componente fundamental del desarrollo humano y está directamente relacionada con los entornos institucionales, políticos y sociales en los que las personas viven. La teoría del desarrollo nos ayuda a comprender cómo estos entornos interactúan y afectan la salud de las poblaciones.

Tomando en cuenta lo dicho con anterioridad, es relevante señalar que en la gestión de la salud debe ser el núcleo en el cual se exprese y comprenda la salud en sus múltiples dimensiones, determinantes y expresiones. La misma debe orientar las prácticas sociales de salud que se refieren al desarrollo y el fortalecimiento colectivo. Desde esta gerencia se debe promover una cultura de vida y de salud, que genere entornos saludables. Promoviendo acciones en pro del control de riesgos, y la prevención de daños a la salud colectiva. Desde esta visión en la gestión es prioritario la atención de necesidades, la organización de las demandas de salud, motivando la participación activa en el desarrollo de la ciudadanía.

Es por ello, que la gestión pública del sector debe repensar el concepto de salud, en virtud de que este ha tenido una visión reduccionista, se puede también afirmar que lo que acontece en la gestión de salud pública es producto de la mala gestión de políticas públicas y la corrupción en esa materia, A pesar de algunas reformas que se generaron en el contexto venezolano, aún persiste la concepción asistencialista en el servicio a las demandas, en muchas ocasiones en condiciones indignas y en desmedro de su situación de enfermedad, sea cual fuere. Para el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD2020), los países desarrollados generalmente tienen un acceso universal a servicios de salud de calidad, mientras que en algunos países latinos el acceso aún es limitado, especialmente para las poblaciones más pobres y marginadas. Los países desarrollados tienen mejores niveles de educación, ingresos y seguridad social, lo que impacta positivamente en la salud de la población. Estos invierten más en investigación médica, promoción de la salud y prevención de enfermedades.

El modelo en salud que ha imperado en Venezuela se contrapone a la visión que se debe aspirar ya que implica la humanización de la salud y amplía su horizonte en relación a la atención, más dirigida hacia la prevención, empoderamiento y participación activa de los ciudadanos, quienes deben asumir un compromiso tanto individual como colectivo para transformar relaciones de dominación en torno a la salud y su contexto, desde una mirada que incorpore el desarrollo humano.

En esta investigación apreciamos a la salud en su totalidad, como una serie de componentes de diferentes orden: social, cultural, espiritual, físico, psicológico, económico y ambiental que interactúan entre sí como una red de múltiples influencias, tanto internas como externas que determinan factores de riesgos y oportunidades para las personas, haciendo énfasis en que éstos deben ser partícipes de sus procesos de salud-enfermedad y asumir su rol protagónico de manera activa, en procura de su bienestar.

Esta construcción de un nuevo concepto de salud, tiene sus cimientos en lo establecido en los instrumentos legales, como es la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999). Desde aquí se plasma en los estatutos de derechos humanos y de responsabilidad compartida, que expresan los propósitos de cambios, tal como se señala a continuación.

## Artículo 83:

La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado que lo garantizara 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 protección 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.

En este sentido, la asunción de lo público como espacio de la gestión en salud en el marco del desarrollo humano y del compromiso ético de las comunidades con sus espacios de acción, apunta al mejoramiento de la situación de salud y condiciones de vida de sus habitantes, buscando la transformación de la realidad y valorando la responsabilidad social y el compromiso de todos con el desarrollo de iniciativas capaces de afrontar la complejidad y las múltiples determinaciones del espacio de la salud pública.

Por todo lo señalado la presente investigación tiene como propósito resignificar la gestión pública de salud en el estado sucre desde la perspectiva del desarrollo humano. Buscando con esto generar lineamientos onto-epistemológicos que generen rupturas en pro de procesos de transformaciones, que se traduzcan en bienestar para sus comunidades y ciudadanos.

En lo atinente a la metodología se asumió la modalidad fenomenología la cual está inscrita bajo el paradigma cualitativo; se recurrió a muestreo por conveniencia. En el caso del muestreo por conveniencia, los informantes clave escogidos considerando la disponibilidad del investigador a acceder a ellos, Se seleccionaron sujetos de investigación vinculados con la temática de investigación, los cuales voluntariamente aceptaron participar, se les realizaron entrevistas en profundidad.

El informe de investigación se presenta en cinco capítulos. En el primer capítulo se desarrolló la aproximación al objeto de estudio, donde inicialmente se caracteriza el objeto de investigación que conlleva a desarrollar la interrogante, que da vida al propósito y sus ejes indagatorios, para cerrar con la justificación que representa la utilidad de la investigación desde diferentes enfoques. Posteriormente, se presenta el capítulo dos, donde se evidencian

los fundamentos teóricos – referencias, comenzando con los antecedentes que representan investigaciones previas que sirven de base desde lo epistemológico, ontológico, axiológico y metodológico.

En el tercer capítulo, se abordaron los fundamentos metodológicos y epistemológicos relacionados con la investigación cualitativa que permitan la especificidad del mismo desde la modalidad fenomenológica asumiendo lo referido por Husserl (1998), Heidegger (2006), Gadamer (1977). Para la caracterización de los informantes clave se consideró los aportes M. Valles (1998) y el criterio de selección seleccionado fue el muestreo por conveniencia luego se estructuró los procedimientos a seguir; 1er fase: Etapa previa o clarificación de presupuestos, 2da fase Recoger la experiencia vivida, 3era fase Recoger anécdotas de otras personas; 4ta fase Reflexión acerca de la experiencia vivida-Etapa estructural, según Martínez (2011)

Después de obtener los relatos de los informantes, logrados a través de entrevistas en profundidad, el capítulo cuatro permitió interpretar los relatos de los tres informantes clave, conllevando a obtener categorías fenomenológicas:

En el capítulo cinco, se construyeron reflexiones de los aspectos significativos de los relatos obtenidos de los informantes, los cuales llevaron a la definición de las siguientes dimensiones de la gestión pública: Instrumentos legales, Políticas públicas, Aspectos administrativos, Efectividad y continuidad y Provisión de los servicios sanitarios.

Para finalizar se ubican las consideraciones finales y las referencias bibliográficas.

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

### **1.1.- Descripción del problema de investigación**

En las últimas décadas ha sido una preocupación constante por parte de diversas organizaciones, la agudización de la crisis económica en los países latinoamericanos y con ello la disminución de la calidad de vida de la población. Ante la situación descrita la Comisión para América y el Caribe (CEPAL) en el año 2022 en reunión con representantes

de los países latinos los exhorto a la realización de cambios en sus políticas públicas. En este respecto, la CEPAL señala lo siguiente:

“Después de la peor crisis económica y social que ha atravesado la región, provocada por la pandemia de enfermedad por coronavirus(Covid-19), se viven momentos de grandes dificultades e incertidumbres generadas por una serie de crisis en cascadas: crisis climática, de salud, de empleo, social, educativa, de seguridad alimentaria, energética y de costo de la vida” (CEPAL 2022: 13)

La situación narrada se constituye en un reto para estos países sobre todo en la coyuntura actual, por cuanto deben revertir el bajo crecimiento de la productividad y la inversión que han tenido en las últimas décadas debido a que esto viene repercutiendo a nivel estructural en que no se consolide un modelo de desarrollo capaz de activar eficientemente el aparato productivo a través de la generación de empleos, uso de la tecnología y que sea respetuoso con el medio ambiente.

Además de la CEPAL esta problemática han sido motivo de preocupación y discusión por diferentes gobiernos, organismos financieros, instituciones multilaterales, analistas académicos y la sociedad civil en su conjunto, quienes han observado con una mirada de largo alcance tanto el pasado como el futuro para identificar caminos más rápidos y efectivos hacia un desarrollo sostenible e incluyente.

En este sentido, cabe acotar algunas experiencias desarrolladas en varios países quienes han tomado la sustentabilidad como modelo para el desarrollo de proyectos, algunas de estas fueron compartidas en una reunión del Foro de los países de América Latina y el Caribe celebrada el 25 de abril de 2019 en la oficina de la CEPAL en Chile, teniendo como lema central: ¿Como vincular transición ecológica y justicia social?; a este respecto se tiene que:

“En el marco del foro de los países de América Latina y el Caribe, representantes de Alemania, Francia, México y Chile, compartieron sus experiencias en el diseño e implementación de políticas públicas que fomenten sinergias entre políticas climáticas y estrategias de desarrollo con el fin de lograr la transición ecológica con justicia social. En este respecto, el Dr Felix Matthes, miembro de la Comisión Alemana para el crecimiento, cambio estructural y el empleo comento la experiencia de Alemania sobre el cambio en la matriz energética, abandonando la producción a base de centrales de carbón y privilegiando el uso de energías renovables no convencionales; hizo énfasis en como diferentes áreas

de la economía se han beneficiado como es el caso del sector agrícola, quienes han sido los más beneficiados por la implementación del uso de energías renovables no convencionales” (CEPAL 2019: p.2)

De igual modo, hay experiencias exitosas de sustentabilidad en materia de la construcción, tratando de vincular a estos proyectos la variable ambiental, con miras de preservación de los recursos naturales y minimizando la contaminación. A este respecto, se señala:

“El crecimiento intensivo de las ciudades resulta ser un problema grave ya que el crecimiento intensivo de las ciudades resulta ser un problema grave ya que el aprovechamiento desmedido de materias primas, ayuda a la degradación de la tierra y reduce las probabilidades de frenar la contaminación “ (ALVAREZ, 2024 pag.2)

Un ejemplo de este tipo de edificaciones lo constituye la Torre BBVA Bancomer, CDMX (Mexico) quien mantiene estructura tradicional pero se le adecuaron varias cosas bajo el criterio de preservación del ambiente y la sustentabilidad; se eliminó el uso de agua potable para el riesgos de plantas cercanas, y con la ayuda de la iluminación LED producida por plantas sostenibles y la ventilación externa que regula la temperatura del edificio.

Dentro de este orden de ideas, es importante acotar que en el marco de la preocupación por promover el desarrollo sostenible como estrategia generadora de crecimiento económico y bienestar social para los países latinoamericanos, se efectuó una reunión consultiva en Santiago de Chile promovida por la CEPAL donde se diagnosticaron los siguientes obstáculos que han dificultado la aplicación de estrategias que permitan la implementación del modelo de desarrollo sostenible, entre las que podemos mencionar las siguientes:

“ a.- Falta de políticas integrales. b.- Demasiados organismos interdependientes tienen intervención en el manejo de los problemas de desarrollo sostenibles. C.- Falta de financiamiento adecuado. D.- Carencia de tecnologías adecuadas para crear una base de información en cada uno de los países latinoamericanos. E.- Falta de adecuación a la legislación vigente” (CEPAL, 2000 pag. 19)

Los señalamientos anteriores nos muestran la necesidad de establecer alianzas entre los diferentes actores sociales que hacen vida en materia de desarrollo en cada uno de los países,

así como rescatar el papel protagónico que debe poseer el Estado en la concreción de un modelo de desarrollo que genere realmente un desarrollo económico autosostenido,

En el caso de Venezuela, se han implementado una serie de modelos para generar el desarrollo pero en su mayoría se han enfocado en lograr el crecimiento económico, esto con la convicción que de esta forma se producirá automáticamente el bienestar social. En este sentido, se tránsito desde un modelo de desarrollo de visión liberal, inscrito en el marco de la doctrina del liberalismo económico de Adam Smith y David Ricardo, en el cual el Estado no interviene en la actividad económica, pasando por una visión Keynesiana caracterizada por un Estado controlador, seguidos de modelos de corte neoliberal donde se propugno la libertad del mercado en desmedro de la actividad estatal y el modelo inscrito en el socialismo del siglo XXI donde se promueve el desarrollo endógeno, siendo una de sus estrategias fundamentales el desarrollo sustentable.

A este respecto, podemos apuntar que al concebir la gestión gubernamental actual el desarrollo sustentable como una de sus estrategias reconoce la necesidad de incorporar la variable ambiental en el modelo de desarrollo y al hombre como centro, en tanto se procure la satisfacción de sus necesidades. Con ello se trasciende de una visión meramente economicista del desarrollo hacia una visión más amplia.

Cabe señalar que la sostenibilidad ambiental es uno de los componentes planteados en el Informe Brundtlan(1987), donde se resalta la importancia del medio ambiente en el crecimiento económico y a su vez, la necesidad de crecimiento para disminuir la pobreza.

En relación al desarrollo sustentable el Informe Brundtlan, lo define como: “un desarrollo que satisface las necesidades de generación presente, sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras, para satisfacer las propias necesidades”. Brundtlan (1987)

Esta afirmación denota fundamentalmente la necesidad de preservar los recursos naturales existentes estableciendo un modelo de desarrollo donde su uso sea menos intensivo y cuya preocupación central sea el bienestar de la población. Esta preocupación la han tenido algunos investigadores, como es el caso de Amartya Sen (1998) quien sienta las bases de un nuevo modelo denominado desarrollo humano, el cual es una forma de abordar los procesos

de cambio económico y social más allá de las restricciones que implican limitarlo a un proceso de acumulación material.

Es importante acotar que el Programa de Naciones Unidas (PNUD) se nutre de los planteamientos teóricos de Amartya Sen y propone el enfoque del desarrollo humano en la década de los 90 y el Índice de Desarrollo Humano (IDH), el cual surge como un cuestionamiento a la economía del desarrollo dominante, que se caracteriza –como ya hemos señalado anteriormente- por proponer el crecimiento económico como objetivo. En este sentido, esta propuesta se centra en dos sentidos:

“Uno, porque coloca el centro de la concepción del desarrollo en el proceso de expansión de las capacidades de las personas de manera que puedan elegir su modo de vida. Dos, porque cuestiona que el desarrollo dependa fundamentalmente de la expansión del capital físico y se resalta la importancia del capital humano. En definitiva, se sustituye una visión del desarrollo centrado en la producción de bienes por otra centrada en la ampliación de las capacidades de las personas” (PNUD, 1998).

A este respecto, Sen propone el enfoque de las capacidades como la estrategia para lograr el desarrollo humano, señalando lo siguiente:

“El enfoque de las capacidades busca que cada persona sea tratada como digna de atención a través de una sociedad que ponga a cada persona en condiciones de vivir en forma realmente humana, para lo cual la igualdad de capacidades y el desarrollo humano constituyen la meta principal”

Lo señalado anteriormente acerca de la teoría de las capacidades humanas nos muestra una perspectiva diferente en la forma de concebir el desarrollo, puesto que Sen analiza en esta teoría los problemas sociales del bienestar humano como: desigualdad, pobreza, calidad de vida, desarrollo humano y la injusticia social para medir sus alcances y limitaciones en la sociedad y como el individuo en libertad y con sus capacidades puede decidir que acciones emprender para satisfacer sus necesidades y mejorar su calidad de vida.

En otras palabras, para el autor las capacidades son :

“ las oportunidades reales de una persona de ser o hacer algo; es decir, iguala capacidades a otros términos como opciones, oportunidades y libertades”.  
(TAMI, 2008 pag 7)

De igual forma, en lo referente al desarrollo Sen manifiesta lo siguiente:

“ El desarrollo es un proceso de expansión de libertades reales de las que disfruta el individuo, estas libertades dependen de otros factores como las instituciones sociales, económicas, derechos políticos y humanos . Este desarrollo exige la eliminación de las principales fuentes de privación de libertad como la pobreza y escasez de oportunidades económicas y sociales. Para Sen las libertades fundamentales (políticas, educativas y asistencia sanitaria) se encuentran entre los componentes constitutivos del desarrollo de un país, y son los indicadores fundamentales del desarrollo de un país, a través de las razones de evaluación y eficacia, ya que el éxito y desarrollo de una sociedad se da en función de las libertades de sus miembros” (PARRELLADA, 2010 pag 12)

Esta afirmación nos muestra que según Sen, hay una independencia entre los indicadores económicos y los demás indicadores y que puede haber acumulación de riquezas en un país pero ello no va garantizar el bienestar económico de la nación. Por tanto, la implementación de un modelo de desarrollo amerita ocuparse de mejorar la vida de la población, brindándole oportunidades para su crecimiento personal. Esto lleva a repensar y reestructurar las políticas públicas. Por ello el enfoque de desarrollo humano planteado por Sen supone la expresión de la libertad de las personas para vivir una vida prolongada y creativa y que ello le permita participar en forma activa en el desarrollo sostenible de nuestras sociedades.

En este sentido, la propuesta de Sen se centra en dos sentidos:

‘Uno, porque coloca el centro de la concepción del desarrollo en el proceso de expansión de las capacidades de las personas de manera que puedan elegir su modo de vida. Dos, porque cuestiona que el desarrollo depende fundamentalmente de la expansión del capital físico y se resalta la importancia del capital humano. En definitiva, se sustituye una visión del desarrollo centrada en la producción de bienes por otra, centrada en la ampliación de las capacidades de las personas” ( PNUD, 1998)

Tomando en consideración lo dicho anteriormente podemos decir que el autor traspasa la visión economicista por cuanto centra su análisis en problemas sociales del bienestar humano como la desigualdad, pobreza, calidad de vida, injusticia social, lo cual va permitir a una sociedad medir sus alcances y limitaciones; además le permite visualizar la forma como en el desarrollo pleno de las capacidades de los individuos, en libertad pueden desplegar acciones en pro de satisfacer sus necesidades y mejorar su calidad de vida.

Dentro de este orden de ideas es importante apuntar que la Teoría de las Capacidades desarrollada por Sen, vincula las capacidades y libertades del individuo con las instituciones sociales, económicas, los derechos políticos y humanos y rescata la ética particularmente en

la concepción de la salud. A este respecto, el autor sustenta su concepción de la salud en cuatro características:

´ a. Una noción de vida buena de carácter pluralista; b. La expansión de la libertad como fundamento ético de las acciones en salud; c. Concepción de la persona como agente; d. Reconocimiento de la visión interna de la salud posicional basada en su objetividad” (RESTREPO 2013, pag 9)

En relación a la ética que el autor incorpora dentro del análisis de la salud y que El denomina razonamiento ético, lo resume en cuatro aspectos:

“- Insuficiencia de la asistencia sanitaria como criterio de ventaja individual; - Equidad en salud como aspecto fundamental de la justicia social; - Relevancia de la visión que tienen las personas en relación hacia su propia salud; -Desarrollo de las capacidades como finalidad de las políticas públicas en el campo de la salud publica” (RESTREPO 2013, pag 10)

Los argumentos anteriormente expresados nos muestran que Sen pone la lupa en varios problemas que posee el sistema de salud y que demandan cambios en los aspectos gerenciales, organizacionales y presupuestarios del sector de la salud y que estos encajan en su propuesta del enfoque del desarrollo humano.

Dentro de este orden de ideas es importante resaltar que la gestión pública en general, tiene como objetivo buscar las soluciones a los problemas administrativos que afectan la eficacia y eficiencia de los programas sociales en las diversas áreas: educación, seguridad, salud pública, alto costo de la vida, infraestructura vivienda, entre otros. Por tanto, es relevante revisar la actuación que han tenido los actores sociales vinculados a la salud, por cuanto ellos son los que direccionan las acciones tendientes a la ejecución de las políticas públicas y los programas sociales, siendo el Estado uno de los actores de primer orden.

Cabe señalar, que en la ejecución de estas políticas públicas y programas ejecutados subyace una visión de un modelo de desarrollo que evidentemente impregna los resultados que se obtengan en los programas sociales de cada uno de los sectores mencionados. Es decir, sus niveles de eficiencia y eficacia.

En este sentido, vale la pena hacer mención que Venezuela para el año 2014, según el Informe del Programa para las Naciones Unidas del Desarrollo (PNUD) ocupaba el puesto 67 en

cuanto al índice del desarrollo humano, lo que nos permite medir lo ineficiente de los programas sociales para ese momento, lo que a su vez muestra la falta de voluntad política y gerencial para mejorar la situación. Aun cuando ha habido el presupuesto económico para estos fines. En torno a ello el Dr Francisco Galindo sugiere en lo relativo a la gerencia pública de la salud lo siguiente:

“ Para que una gerencia publica fomente el desarrollo humano de muy alto nivel debe tener como propósito un buen desempeño, ofrecer más y mejores oportunidades, adaptarse al entorno, coordinar, promover la ética, se proactivo; ella no puede quedarse cumpliendo procesos meramente formales; lo que conlleva a plantear una nueva visión de la gerencia publica basada en la gobernanza que incorpora democracia política, económica, legitimidad e innovación” (Galindo 2014 pag 4)

. Lo dicho anteriormente nos muestra la necesidad de construir una nueva visión para la gerencia pública de salud en el país, y que esta se exprese en la mejoría de los programas sociales del sector, en la elevación de la calidad en la prestación del servicio y en el bienestar de la población. Cabe señalar que esta situación descrita, está presente en la realidad sanitaria de todos los estados del país; en este caso veremos la realidad para el estado sucre, y concretamente de la ciudad de Cumaná, municipio sucre por ser el objeto de la investigación.

Es importante acotar que se delimito la investigación a la zona geográfica descrita anteriormente, debido a que el investigador no contó con la logística requerida para ampliar la población a estudiar; además siendo una investigación de tipo cualitativa esta puede ser abordada con la muestra de (3) sujetos que fueron seleccionados

Geográficamente, la región Nororiental de Venezuela se encuentra el estado Sucre, que limita al norte con el mar caribe y al sur con los estados Monagas y Anzoátegui En relación a su extensión total se tiene que el estado Sucre posee una extensión de 11.800 km<sup>2</sup> habitados por una población estimada de 987.143 personas, distribuidas en 15 municipios que se dividen en 57 parroquias, siendo su capital la ciudad de Cumana.

A través de un informe elaborado por el Grupo Interdisciplinario para la Emergencia humanitaria compleja en el estado Sucre, se identificaron en la entidad los problemas siguientes:

“ Encarecimiento de los alimentos lo que ha traído consigo hambre y desnutrición, la gran declinación del sistema de salud, con aumentos de la mortalidad materna e infantil y la cancelación de la educación para una parte sustantiva de niños, niñas y adolescentes de menores recursos, esto se intensificó con la pandemia del Covid 19. Además, existe una profunda contracción de la producción económica, perdiendo una gran importante parte de su industria. En relación a la pesca que es una gran importante actividad económica, siendo además fuente de alimentos para gran parte de la población, se ha venido paralizando por la escasez de combustible. En general, la situación de pobreza en general y el deterioro sostenido de la calidad de vida, mantienen a las personas en permanente sobrevivencia.”(Hum Venezuela, 2019, pag 5)

En materia de salud, pese a que existen problemas para la obtención de estadísticas confiables y actualizadas, se obtuvo información a través del reporte 2019-2021 elaborado por el Grupo interdisciplinario para la emergencia sanitaria del estado sucre, el cual señala lo siguiente:

“ En 2021 se registró un repunte de muertes maternas que supera las de 2018 y remonta a las estadísticas de los años setenta. Estas muertes se relacionan con insalubridad y precariedad de las áreas de terapia intensiva neonatal y de sala de parto. En el municipio Bermúdez se han incrementado casos de madres y niños recién nacidos que se atendieron en el hospital materno infantil de Carúpano, siendo causas de muertes: falta de controles prenatales, déficit de especialistas y escasez de insumos y alimentos”(Hum Venezuela, 2019. Pag 6)

Lo dicho anteriormente nos muestra el incremento de algunos indicadores en salud que nos hablan de un deficiente trabajo de la gerencia pública en el sector salud, puesto que no han venido realizado los cambios tendientes a elevar la calidad en la prestación de un servicio eficiente de la salud, ello se ratifica en lo siguiente:

“ Los centros de salud públicos en el estado Sucre presentan severo desabastecimiento de insumos y medicamentos, para el año 2019 el desabastecimiento alcanzaba el 49% en el área de emergencia del Hospital Dr Andres Gutierrez ubicado en Guiria, que atiende a gran parte de toda la población de la península de Paria. Este hospital no cuenta con antibióticos, ni antiinflamatorios. La inoperatividad de los servicios de imageneología y rayos X alcanzo 72% y 52% de los quirófanos se encontraban inoperativos. Tampoco disponen de termómetros ni de ventiladores mecánicos. De 40 camas disponibles, solo 20 se encontraban operativas y las dos; las dos ambulancias que disponían no están en funcionamiento. Situación similar se presenta en Hospital Antonio Patricio de Alcala que a pesar de contar con 140 camas ya el 40% de ellas están infuncionales. Los pabellones de cirugía no funcionan y si lo hacen es en forma intermitente. La situación descrita ha empeorado con el éxodo del personal médico y de enfermería. Aunado a lo anteriormente descrito esta la problemática

de escasez del agua oscilando la suspensión del vital líquido entre 6 y 12 horas diarias. De igual modo, los gremios alertaron sobre condiciones de insalubridad en terapia intensiva de adultos, terapia intensiva, nefrología, neonatología y quirófanos”. ( Hum Venezuela, 2019 pa, 7)

Estas cifras presentan la inoperatividad del sistema de salud pública en la entidad sucrense y la carencia de planificación y organización por parte de Fundasalud (Organismo gerencial que viene trabajando como ente rector en el sector salud desde 1993) siendo creado durante la gestión gubernamental del Gobernador Ramón Martínez como el encargado de promover y motorizar las acciones en materia de salud. De seguida veamos acerca de este instituto encargado de la gerencia de la salud en el estado sucre.

### **Fundasalud (Fundación del estado Sucre para la Salud):**

Es un instituto autónomo adscrito a la gobernación del Estado Sucre, creado para desarrollar el sistema estatal de salud, así como también, administrar y operar los establecimientos y servicios transferidos del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social a la Gobernación.

En este sentido, este instituto tiene como objetivo principal la administración del servicio de salud, la cual por delegación le fue transferida, por Decreto N 1807 del Ejecutivo Regional, de fecha 17 de marzo de 1995; publicado en la Gaceta Oficial Extraordinaria;

“ de las competencias establecidas en el convenio de transferencia al Estado Sucre de los Servicios de Salud que prestaba el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y organismos adscritos” suscrito en fecha 3 de febrero de 1995, así como la planificación y financiamiento

Dentro de orden de ideas, a pesar que uno de los objetivos de la transferencia de competencias era la solución de los problemas de salud en un menor tiempo siendo atendidos directamente por la gobernación del Estado, las estadísticas señaladas con anterioridad nos muestran que se han incrementado por ejemplo, el número de muertes maternas lo que a su vez expresa la falta de voluntad política para abocarse a la rehabilitación de la infraestructura necesaria para la atención de este sector poblacional.

Creemos además que otro de los problemas a nivel gerencial en el sector de salud y que evidentemente, incide en la direccionalidad y resultados de los problemas en el área lo constituye la concepción que se ha venido manejando acerca de la salud, la cual ha estado centrada mayormente en el aspecto curativo y no preventivo; para ello se considera pertinente revisar el concepto de salud plasmado en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y La Organización Mundial de la salud (OMS), en el cual se visualiza a la salud en forma integral:

“La salud se define en un sentido amplio, incorporando el medio físico, así como las condiciones sociales y ambientales que la deterioran, en la práctica las políticas y programas de salud tienen un carácter predominantemente reactivo y curativo, lo cual se evidencia en el énfasis dado a los programas médico-asistenciales sobre los de promoción y prevención que se diseñan y ejecutan en el marco de la política pública de salud.” (OMS, 1985)

Esta concepción de la salud plasmada en los instrumentos legales, incorpora la participación ciudadana como un actor central en el proceso de planificación y ejecución de las políticas públicas de salud, puesto que exhorta acerca de la necesidad de poner mayor énfasis a los programas de promoción y prevención de salud en las comunidades. En este respecto, en la entidad sucrense se crearon en la década de los noventa organizaciones comunitarias que respondieron a este concepto, denominadas (OCS) organizaciones comunitarias en salud y estuvieron encargadas de realizar actividades de promoción y educación de la salud a través de talleres y jornadas educativas. Cabe señalar que en la actualidad, estas organizaciones comunitarias están prácticamente inoperativas, limitando su accionar a realización de talleres puntuales en algunas comunidades, pero no se efectúa un trabajo sistemático dirigido a promover por ejemplo, hábitos saludables en la población y a crear conciencia para que asuman su rol protagónico en el cuidado de su salud (autocuidado) y a ser portavoces en sus comunidades acerca del cuidado de su salud.

Esta descripción acerca del trabajo realizado por fundasalud, nos indica que es posible la incorporación de la población en el diseño, ejecución y evaluación de las políticas públicas lo que es parte del enfoque del desarrollo humano que propone Sen y bajo el cual nos suscribimos como parte de los cambios que se requieren en la gerencia pública de salud.

Se trata de un enfoque creado en centrar mejores oportunidades y posibilidades de elección para todas las personas. Significa potenciar las capacidades de las personas y darles oportunidades para poder usarlas en un ambiente saludable, para que desarrollen plenamente sus potencialidades y aumenten oportunidades de vivir una vida productiva y creativa.

Dentro de este orden de ideas cabe hacer notar que bajo este enfoque la promoción de la salud no es una actividad exclusiva del personal de salud, sino que la responsabilidad recae sobre el colectivo social, es decir individuos, la familia, el Estado y las diferentes organizaciones sociales

Esto no significa que el Estado (nacional o regional) pierda su responsabilidad frente al problema de la salud pública; por el contrario, se mantiene su papel de rectoría para impulsar desde este, las transformaciones en el nivel cultural, social y político y generar un saber colectivo que pueda cambiar la conciencia social en torno a la salud y vida.

Lo anterior permite decir que el trabajo por la vida y la salud en la sociedad tiene un compromiso de orden político, porque al ser vista la salud y la vida como un derecho, los elementos de orden económico y social que la favorecen son determinados por lo político, entendiendo lo político en términos de relaciones de poder y acceso a la toma de decisiones por parte de los ciudadanos.

Esto implica construir una nueva visión sobre la gestión pública la cual busque transformar mentalidades a fin de lograr unos gestores públicos comprometidos en el cumplimiento de los objetivos de las instituciones públicas en las que laboran en pro de la consecución de mejores condiciones de vida para todo; para ello los gestores públicos deben sentir e interiorizar la pertinencia de la labor que realizan y que la misma tiene incidencia en la sociedad y que puede afectar positiva o negativamente el desarrollo de los ciudadanos.

En este sentido, construir una nueva gestión pública desde el desarrollo humano demanda el fomento de una conciencia cívica colectiva para avanzar sobre acuerdos nacionales y regionales en pro del desarrollo de proyectos y solución de los problemas a enfrentar, pensando en las generaciones futuras como requisito indispensable para una gerencia pública planificada, ágil, oportuna y que redunde en la prestación de servicios públicos de calidad.

Ante la situación descrita -en párrafos anteriores- sobre el funcionamiento del sector de la salud y tomando los elementos teóricos esgrimidos por Amartyan Sen, se propone repensar la gestión pública en salud para que pueda estar en correspondencia con el enfoque del desarrollo humano y así pueda generar los cambios demandados por el sector de la salud pública y elevar la calidad del servicio. Para ello nos trazamos las siguientes interrogantes:

¿Cuál es el significado de la gestión pública en salud desde los testimonios de los actores sociales en relación a: Instrumentos legales, políticas públicas, aspectos administrativos, efectividad y continuidad y provisión de los servicios sanitarios?

¿Cuál es el rol desempeñado por los actores sociales en la gestión pública de salud en relación a: alianzas interinstitucionales y alianzas interdisciplinarias?

¿Cuáles pudieran ser los lineamientos onto-epistemológicos que permitan la resignificación de la gestión pública en salud desde la perspectiva del desarrollo humano?

## **1.2.- Senderos investigativos:**

### **1.2.1.- Objetivo general:**

Resignificar la gestión pública de salud en el Estado Sucre desde la perspectiva del desarrollo humano.

### **1.2.2.- Objetivos específicos:**

- Develar desde los testimonios de los sujetos de investigación el significado de la gestión pública de salud con relación a: instrumentos legales, políticas públicas, aspectos administrativos, efectividad y continuidad, provisión de los servicios sanitarios.
- Analizar el rol de los actores sociales y su vinculación en la gestión pública de salud en relación a: alianzas interinstitucionales, alianzas interdisciplinarias.

- Generar lineamientos onto-epistemológicos para la resignificación de la gestión pública de salud en Venezuela desde la perspectiva del desarrollo humano.

### **JUSTIFICACIÓN:**

La forma histórica como ha venido funcionando la gestión pública en Venezuela ha estado signada por un esquema jerárquico, tradicional y vertical, que no ha venido dando respuestas satisfactorias a los ciudadanos demandantes de los servicios públicos. Pese al incremento en el presupuesto dirigido al sector social se ha observado que los niveles de vida de los ciudadanos no han mejorado sustancialmente; situación que nos conduce a afirmar que la optimización en el funcionamiento de la gestión pública no solo depende del aspecto financiero sino que además involucra la formulación y diseño de las políticas públicas lo cual está estrechamente vinculado a la concepción que posean los gestores públicos sobre lo social.

En este sentido, se tiene que la concepción que ha privado en las políticas públicas ha sido de carácter no economicista, lo que ha traído como consecuencia el desarrollo de programas sociales que solo permiten mitigar algunas necesidades y demandas ciudadanas de forma coyuntural sin resolver de fondo los diversos problemas. Por tanto, los programas

gubernamentales emprendidos no han incidido en cambiar las condiciones de vida de la población.

Tomando en consideración lo anteriormente expresado, se debe abordar y pensarse la gestión pública en una forma distinta, que no solo haga énfasis en los cambios organizacionales, tecnológicos y en la capacitación de sus funcionarios, sino que además haga énfasis en la ética que deben poseer los gestores públicos para que estos empoderados de su función como entes catalizadores de cambios puedan lograr transformaciones reales en la vida de las personas a través del desarrollo e implementación de programas que generen un verdadero desarrollo social.

Y es allí donde subyace la preocupación de esta tarea investigativa y su vinculación con el paradigma del desarrollo humano, por cuanto consideramos debe repensarse y redefinirse al accionar de la gestión pública haciéndola más humana, es decir una gestión pública que incorpore en el diseño de sus políticas y programas todas las dimensiones que afectan el desarrollo pleno de los ciudadanos y que no se queda solo en el plano de la mera satisfacción coyuntural de las necesidades básicas. Este repensar la gestión pública se constituye en una necesaria tarea para promover un desarrollo social a partir de la participación real de los ciudadanos en los asuntos públicos, lo cual implica la revisión y análisis exhaustivo de los paradigmas vigentes hasta ahora sobre la gestión pública y sobre ello generar nuevas líneas y propuestas que permitan la construcción de una visión y acción de la gestión pública.

Dentro de este orden ideas es importante acotar que la selección de esta temática como eje central de investigación, obedece a varias razones: en primer lugar por la trayectoria como investigadora en la línea de investigación de salud pública; segundo a las revisiones bibliográficas acerca de los modelos del desarrollo y sus resultados en materia del bienestar social y tercero; a las experiencias académicas que obtuve a partir de las asesorías a estudiantes quienes trabajaron en pasantías y tesis de grado en Fundasalud; teniendo de este modo un acercamiento a indicadores y resultados de programas sociales en el sector.

En este sentido, considere que era relevante el estudio de las políticas públicas ejecutadas por la gerencia regional para la salud (Fundasalud) en el estado Sucre, a fin de comprender los resultados no satisfactorios en lo que respecta a la calidad del servicio. De este modo,

examine su filosofía, principios rectores y planes regionales de salud, donde pese se manifiesta una concepción de la salud vinculada a la promoción y prevención, así como la descripción de programas tendientes al recate de la infraestructura de los centros asistenciales; la realidad muestra un panorama diferente. Por esta razón me interrogaba donde subyace la causas de la crisis del sistema de salud en el estado Sucre? Sera necesario repensar los roles de los actores sociales que hacen vida en el sistema de salud y o buscar nuevas formas de gestión? Como influye el modelo de desarrollo económico dominante en el diseño e implementación de las políticas y programas dirigidos al sector? Estas y otras interrogantes fueron la motivación para realizar investigaciones bibliográficas previas al respecto y llegar a concluir que existe la necesidad de repensar y de reconceptualizar a la gestión pública en salud a la luz de un nuevo modelo de desarrollo, siendo seleccionado el de desarrollo humano. Creemos que esta propuesta que hacemos en la gestión pública desde el desarrollo humano en el municipio sucre, pudiese ser replicable en otros municipios del estado sucre, como una herramienta que permita repensar y reestructurar las acciones gerenciales para elevar la calidad del servicio a través de una visión holística de la salud. Además de incorporar la ética, la educación en salud y el autocuidado esta última como una forma de tomar conciencia acerca de los hábitos saludables que ayudarían al mantenimiento de la salud.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO REFERENCIAL**

En este apartado se expondrán algunos trabajos de investigación que constituyen antecedentes a la temática de investigación seleccionada, así mismo se abordan categorías de análisis, leyes y normativas y elementos de orden teórico que permitieron construir el soporte teórico de este trabajo.

#### **2.1.-Antecedentes de la investigación:**

##### **2.1.1.- Internacionales**

Altaba, Eugenia (2010). Universidad Rovira-España. Tesis Doctoral **“La nueva gestión pública y la gestión por competencias”**. En este trabajo se señala como objetivo central efectuar un acercamiento hermenéutico en la formulación de los proyectos de reforma

educativa, es decir, a la LOC del Partido Popular y la LOC de partido comunista. Como conclusiones significativas se tiene que parte de lo que acaece en los centros educativos depende de las prescripciones legislativas y de las posturas que el profesor adopta tanto respecto a las leyes educativas como a la calidad de la escuela y la calidad de la enseñanza.

Este trabajo se seleccionó como antecedente debido a que en el mismo se esbozan elementos acerca de lo que debe poseer la nueva gerencia para desempeñar un rol asertivo, los cuales permiten nutrir nuestra propuesta acerca de la redefinición de la gerencia en el sector salud.

García, Miguel (2023) Universidad España. Tesis doctoral. **Adaptación del enfoque de desarrollo humano a procesos de transformación e innovación en la España Vacía; aplicación al territorio rural de Altiplano de Granada.** En esta investigación se efectuó un análisis crítico de la evolución que ha tenido en las últimas décadas el programa LEADER, la política de desarrollo rural más emblemática de España. A partir de evidencias disponibles en la literatura académica sobre las fortalezas y debilidades de LEADER, se identifican orientaciones alternativas y experiencias que puedan servir de pauta para una actualización de políticas e iniciativas de desarrollo rural en un contexto en el que la dimensión demográfica ha adquirido mayor notoriedad.

## **2.2.- Referentes teóricos**

En este apartado se expone el desarrollo de categorías básicas las cuales son necesarias para el análisis del objeto de la investigación.

### **2.2.1.- Gestión Pública:**

Hablar de gestión pública es referirse, de forma novedosa, al papel que juegan las instituciones y los organismos de gobierno en la vida social de un país y en particular de quienes se encuentran al frente de los mismos. La novedad radica en la aparición de la gestión pública como relevo generacional de la administración y que encuentra su origen en la necesidad de contar con instrumentos adecuados para el análisis de una realidad en constante

movimiento, resultado de las múltiples transformaciones que han caracterizado las últimas décadas.

En este sentido, es pertinente señalar que existen varias concepciones acerca de la gestión pública en cuanto a su conceptualización, así como varias teorías y modelos que explican el proceso; veamos en primer término lo relativo a la conceptualización.

Del latín *gestio*, el concepto de gestión hace referencia a la acción y a la consecuencia de administrar o gestionar algo. Al respecto, hay que decir que gestionar es llevar a cabo diligencias que hacen posible la realización de una operación comercial o de un anhelo cualquiera. En este sentido, la noción de gestión se extiende hacia el conjunto de trámites que se llevan a cabo para resolver un asunto o concretar un proyecto. Pérez y Merin (2012:3)

Otros significados del término de gestión aluden al correcto manejo de los recursos de los que dispone una determinada organización, como por ejemplo, empresas, organismos públicos, organismos gubernamentales etc. El término gestión puede abarcar una larga lista de actividades, pero siempre se enfoca en la utilización eficiente de estos recursos en la medida en que debe maximizarse su rendimiento. Pérez y Merin (2012:3)

De igual modo, la Universidad Internacional de la Rioja, España (UNIR) (2008:19), señala acerca de la gestión pública lo siguiente:

La gestión pública está enfocada en la administración eficiente de todos los recursos con los que cuenta una nación con la finalidad de dar respuesta a las demandas de sus habitantes, a la vez que garantizar el desarrollo del país.

Es importante hacer notar que la gestión pública se materializa a través de las entidades gubernamentales por medio de los procesos por los que el Estado proyecta y efectúa políticas, distribuye bienes y servicios y aplica disposiciones orientadas a regular sus funciones.

Por otro lado, Alzate (2009:16) asocia el concepto de gestión pública a los resultados que logre una administración y se ha definido como un proceso integral, sistemático y participativo que se articula en tres grandes momentos: la planificación, la ejecución,

seguimiento y evaluación de las estrategias de desarrollo económico, social, ambiental conveniente acotar, lo que entendemos como gestión pública para efectos de esta investigación, la cual alude a un proceso a través del cual se hace un uso eficiente de los recursos disponibles en procura de lograr metas establecidas por la organización y que se le una respuesta oportuna a las demandas de las personas; garantizando su bienestar. Esta conceptualización nos permitirá medir si en el caso de la gestión pública de la salud esto se está cumpliendo.

A continuación presentamos la teoría de la gestión pública para el desarrollo, vinculada con los propósitos de esta investigación.

### **2.2.2.- La teoría de la gestión pública para el desarrollo**

La teoría de la gestión pública para el desarrollo surge en la década de 1980, en el contexto de la crisis económica y social que azotó a muchos países en desarrollo. En este contexto, se hizo evidente que la gestión pública tradicional, centrada en la eficiencia y la eficacia, no era suficiente para promover el desarrollo humano.

En este respecto, la gestión pública debe buscar de manera eficaz y eficiente resultados frente a la reducción de la pobreza y el mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes y en consecuencia avanzar hacia un desarrollo sostenible.

En este sentido, Castro (2007) define a la gestión pública como la aplicación de todos los procesos e instrumentos que posee la administración pública para lograr los objetivos del desarrollo y bienestar de la población, el ejercicio de la función administrativa del gobierno, y define la perspectiva que se tiene del país, de esta manera se pretende impulsar el modelo social y orientar las acciones del gobierno y de todas las instituciones del Estado.

De igual modo, Laurent (2012) define a la gestión pública como la aplicación de todos los procesos e instrumentos propios de la administración pública para lograr los objetivos del desarrollo y de bienestar de la población, de ahí que la mejora de la gestión pública implica un mejor aprovechamiento de dichos procesos para maximizar la calidad de los trámites y

servicios que presta la administración pública a fin de satisfacer las expectativas de los ciudadanos.

De igual forma, Laurent señala que los procesos de mejoramiento de la gestión pública promueven homologación de métodos, adopción de buenas prácticas, eliminación de normas que entorpecen el quehacer gubernamental y el empleo de herramientas que fomenten el incremento de la efectividad y disminución de costos de operación en las instituciones.

Una vez hemos visto distintas definiciones dadas por los autores citados, creemos conveniente acotar, lo que entendemos como gestión pública para efectos de esta investigación, la cual alude a un proceso a través del cual se hace un uso eficiente de los recursos disponibles en procura de lograr metas establecidas por la organización y que se le una respuesta oportuna a las demandas de las personas; garantizando su bienestar. Esta conceptualización nos permitirá medir si en el caso de la gestión pública de la salud esto se está cumpliendo.

Uno de los autores más influyentes de esta teoría fue García Juan Carlos; quien fue un destacado economista y politólogo que se dedicó al estudio de la gestión pública en América Latina. En su obra, el autor sostiene que la gestión pública debe ser un instrumento para promover el desarrollo humano, entendido como el proceso de ampliación de las oportunidades de las personas para alcanzar su máximo potencial.

En este respecto, es importante señalar que García, ha escrito sobre gestión pública para el desarrollo desde sus obras más importantes, a saber: Gestión pública para el desarrollo (2008), Gestión pública y desarrollo local (2012) y Gestión pública y ciudadanía (2016). En sus obras el autor sostiene que para alcanzar el desarrollo humano la gestión pública debe ser: Participativa, eficaz, eficiente en el uso de los recursos públicos y equitativos.

Además sostiene, que la gestión pública debe ser orientada al desarrollo local; significando con ello, que la gestión pública debe estar centrada en las necesidades y prioridades de las comunidades. En este sentido, podemos notar que los aportes más significativos de García a la teoría de la gestión pública para el desarrollo son: La importancia de la participación

ciudadana, la orientación al desarrollo local y la necesidad de una gestión pública eficaz y equitativa.

Otro autor destacado de esta teoría es Korten (1980), quien sostiene que la gestión pública debe centrarse en la participación ciudadana y la construcción de capacidades locales. Este argumenta que la participación ciudadana es esencial para el desarrollo humano, ya que permite a las personas tomar decisiones que afectan sus vidas. La construcción de capacidades locales, por su parte, es necesaria para que las comunidades puedan gestionar sus propios recursos y resolver sus propios problemas.

Korten ha escrito varias obras sobre gestión pública y desarrollo humano, entre las que destacan: *Desarrollo basado en la comunidad: Una estrategia para la participación popular y el desarrollo autosuficiente* (1980); *Cuando las corporaciones gobiernan el mundo* (1995); y *El gran cambio: De la era del consumismo a la era de la sostenibilidad* (2006).

Para Korten (1980), la participación ciudadana es esencial para el desarrollo humano, ya que permite a las personas tomar decisiones que afectan sus vidas. La construcción de capacidades locales, por su parte, es necesaria para que las comunidades puedan gestionar sus propios recursos y resolver sus propios problemas.

La gestión pública tradicional, centrada en la eficiencia y la eficacia, no es suficiente para promover el desarrollo humano. La gestión pública debe ser un instrumento para promover La teoría de la gestión pública para el desarrollo ha tenido un impacto significativo en la práctica de la gestión pública en muchos países en desarrollo. Esta teoría ha servido para impulsar reformas de la gestión pública que están orientadas a promover el desarrollo humano.

### **2.2.3.- Salud:**

El concepto de salud ha cambiado significativamente a lo largo del tiempo. La conceptualización de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948: 1) en la primera mitad de siglo XX entendía la salud “como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades”, lo que permite comprender

la salud no solamente desde los equilibrios biológicos, sino como un sistema de valores, como noción que la gente usa para interpretar sus relaciones con el orden social.

Estos conceptos han evolucionado y hoy se entiende la salud como un recurso para la vida y no el objetivo de la vida, en el cual, estar sano es “la capacidad (...) para mantener un estado de equilibrio apropiado a la edad y a las necesidades sociales”. Conocer el estado de salud de los individuos es estudiar los diferentes determinantes relacionados con la biología de la persona, con el medio ambiente, con el sistema de salud que le atiende y con los estilos de vida que caracterizan su comunidad y, por consiguiente, con su cultura, de acuerdo con Dever , citado por Mariano, H; Ramos, M. y Fernández. A. (1996:38)

Las representaciones y prácticas de salud no son hechos aislados ni espontáneos, pues tienen un desarrollo y una ubicación en el tiempo y en el espacio, en estrecha relación con la realidad económica, política, social y cultural de una comunidad o de un grupo social. Por ello, la problemática de la salud no debe afrontarse en forma individual, sino dentro de la sociedad de la cual hace parte cada persona. De acuerdo con Torres, T., (2004:4), los estudios sobre la salud y la enfermedad pueden ser abordados de diversas formas. Una de éstas, puede ser la visión Emic o etic, (la visión émica permite acceder a información que se encuentra más allá de las apariencias que se pueden observar en las pautas de interacción, las costumbres y la creencias, lo cual permite entender el sentido que éstas pueden tener para la gente que las vive.

Por contraste, el término ética designa la visión médica o desde afuera. De otro lado, retomando a Kleinman, (1980:5-6), citado por Torres, T. (2004:4) teniendo como base: la patología (disease), el padecimiento (illness) y la enfermedad (sickness), se puede establecer e interpretar los conceptos de salud y de enfermedad, entendiendo la patología como el mal funcionamiento de procesos biológicos o psicológicos, la cual designa las anormalidades funcionales o estructurales de base orgánica; la enfermedad que se relaciona con las dimensiones sociales de la persona, en donde se insertan los procesos de la patología y a sus paradigmas ideológicas, sociopolíticas y económicas y; el padecimiento que incluye procesos de atención, percepción, respuesta afectiva, cognición y valoración directa ante la enfermedad y sus manifestaciones según Kleinman.

La salud puede ser pensada como un hecho social que atraviesa la organización cultural, puesto que alrededor de ella se elaboran las culturas médicas locales y se construyen los diferentes sistemas de cuidado encargados de vigilar la salud de las personas y los grupos (Suárez, R. 2001:1, citado en Vergara, Q. MC. 2006) (1). Una vez que hemos visto estas consideraciones acerca de la conceptualización en términos generales sobre la salud, creemos conveniente realizar un breve recorrido histórico acerca de la evolución de la misma, por cuanto esto nos permitiría entender la inclusión de los aspectos sociales, ambientales y culturales en el concepto, lo que tiene su base en el desarrollo humano.

Desde los albores de la humanidad, el ser humano ha hecho esfuerzos de diversa naturaleza por mantener su salud, y desde la antigüedad se ha considerado que existen personas con capacidades para restablecerla, para quienes la mayoría de las explicaciones acerca de la salud y la enfermedad, se fundamentaban en la existencia de dioses que curaban y en las virtudes mágicas de encantamiento.

En la edad moderna, con el auge de la ciencia, se desarrolló de forma significativa la ciencia anatómica y se produjeron grandes avances en el descubrimiento de principios anatomofisiológicos, y químicos, entre otros, vinculados a las alteraciones de la salud. En este mismo período parece abandonarse la creencia de que en dichas alteraciones hay una relación causal con el castigo de los dioses, los malos espíritus y los demonios. En suma, se puede decir que, en la edad moderna hay un privilegiado interés natural por el cuerpo humano.

Con el advenimiento de la Revolución Industrial y los avances técnico científicos de la época, se identificaron causas en el medio ambiente y se empezó a tener en cuenta, no sólo los aspectos biológicos y físicos, sino los económicos, sociales y políticos relacionados con la salud.

Con el surgimiento de la teoría microbiana en 1876, se reforzó la idea según la cual, la enfermedad estaba determinada por aspectos medioambientales y, en este caso, por la acción de un agente externo de tipo biológico. Cuando el hombre descubrió la causa microbiana de la enfermedad, con éste creyó haber encontrado el origen de todos los procesos patológicos. Así adquirió un nuevo concepto con base en el cual, le atribuyó una causa a la enfermedad. Esto le permitió hablar de la “unicausalidad”.

Durante el siglo XIX, las ideas de la Revolución Francesa, el surgimiento del socialismo y los aportes de Virchow y Pasteur, hicieron que la perspectiva biologicista comenzara a tomar en cuenta la dimensión social y política de los fenómenos de enfermedad.

Los cambios que se suscitaron en las ciencias naturales influyeron de manera significativa en la concepción sobre la salud y la enfermedad, de tal manera que para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad privaron los criterios de objetividad y validez planteados por los positivistas.

A finales del siglo XIX y comienzos del XX, se empieza a observar un desplazamiento de la concepción biológica de la salud, hacia una idea de salud como un factor de desarrollo. El proceso biológico se empezó a mirar como un hecho ligado a las condiciones que rodean la vida humana, y la epidemiología se vio abocada a cambiar de la unicausalidad hacia la multicausalidad.

En 1946, surge la definición de salud enunciada por la (OMS): “El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”. Antes de esta definición, se consideraba sano al individuo que no presentaba molestias o síntomas, es decir, a quien estaba libre de una enfermedad visible. En este sentido, ha habido críticas a esta organización la idea de completo estado de bienestar, ya que ésta idea parece irreal: salud y enfermedad no serían categorías ni estados nítidamente diferenciados, sino parte de un continuo, de un equilibrio permanente de diversos factores naturales y sociales en continua interacción. De acuerdo con Molina, G, citado por Bersh, D. (1987:46), el concepto de “salud” tampoco es estático ni ahistórico: cambia de acuerdo con las ideas dominantes de cada sociedad.

Se reconoce hoy desde diferentes posturas que, en cualquier sociedad la definición del término “salud” no es estrictamente biológica, sino primariamente social. En los años cincuenta y sesenta del siglo pasado, se hizo hincapié en las estrategias de desarrollo económico, antes que en la inversión social en esferas, tales como la salud y la educación. Sin embargo, los países, las organizaciones donantes y las universidades, emprendieron actividades relacionadas con la salud y la educación, especialmente en América Latina. A pesar de los esfuerzos realizados, los análisis periódicos de las condiciones mundiales, efectuados por gobiernos nacionales, organismos internacionales y otros observadores,

revelaron que existen aún grandes grupos de población compuestos por personas pobres, enfermas o analfabetas, parcial o completamente marginadas de sus economías nacionales, tanto en los países industrializados como en los países en desarrollo; aunque las condiciones son especialmente desoladoras en estos últimos.

En 1973, cuando Laframboise propuso un marco conceptual para el campo de la salud, se diseñó un plan para las décadas de los ochenta y los noventa. Este enfoque, conocido más tarde como concepto de campo de salud, e incluido en un trabajo del gobierno canadiense que fue la base sobre la que se proyectó la política sanitaria del país, implica que la salud está determinada por una variedad de factores que se pueden agrupar en cuatro grandes grupos: estilo de vida, medio ambiente, organización de la atención de la salud, y biología humana. Blum, citado por Bersh (1987), muestra cómo los anteriores factores se relacionan y se modifican mediante un círculo envolvente formado por la población, los sistemas culturales, la salud mental, el equilibrio ecológico y los recursos naturales. Por su parte, Lalonde y Dever, citado por Quevedo, E. (1992), sostienen que los cuatro factores son igualmente importantes, de modo que para lograr un estado de salud es necesario que estos factores estén en equilibrio.

El propósito fundamental de este enfoque es la preservación de la salud. Al respecto se necesita que el enfoque mecanicista o reduccionista sobre la salud y la enfermedad, sea complementado desde una perspectiva más amplia con un enfoque psicobiológico y social del ser humano. Es decir, que tenga en cuenta que la humanidad, con su cuota inicial de genes, atraviesa una vida de complejas transacciones internas y externas que hasta ahora sólo conocemos vagamente. Es clara la necesidad de un encuadre teórico que considere como agentes nocivos no solamente los físicos, químicos o biológicos, sino que también incluya el ruido, la fatiga de avión, el estrés ocupacional, la violencia doméstica, la falta de amor paterno o materno, los conflictos sexuales, como factores perniciosos para la salud, tal como lo plantea Gordis, L. (1980). Agrega Bersh (1987), -apoyándose en las ideas de Blum- (...), que el fenómeno de la salud debe entenderse como “el proceso de variaciones ininterrumpidas, que acompañan el fenómeno vital del hombre, las cuales son producidas o influidas por factores hereditarios, de comportamiento y ambientales, así como por factores o acciones provenientes de los servicios de salud.” Los efectos que tales variaciones producen

en el fenómeno vital, se reflejan en el grado de éxito que este fenómeno tiene en el cumplimiento de su fin: mantener la salud.

El debate no culmina con los planteamientos de Blum y Bersh. Antes de este debate, había surgido un enfoque holístico con respecto a los factores determinantes de la salud, los cuales procuran integrar las áreas de la salud con la economía de la salud, los procesos políticos y los factores socioculturales. En 1992, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo vincula la salud y el desarrollo y las concibe desde la perspectiva del desarrollo humano, reconociendo la importancia de las variables socioeconómicas en la salud de las poblaciones.

En esta coyuntura en la historia parece darse un cambio hacia una nueva perspectiva epistemológica social ya que se deja de pensar al hombre como ser individual y exclusivamente biológico y se le ve en las relaciones entre los individuos, lo que se convierte en objeto de estudio.

Según todos los planteamientos esgrimidos con anterioridad, vemos la evolución de los conceptos de la salud y enfermedad, los cambios en los enfoques, lo que nos permite visualizar y entender la inclusión de la visión humanista dentro de la concepción del desarrollo y el tratar a la salud y a la enfermedad como una problemática que no solo involucra el aspecto biológico, sino que implica lo cultural, social, político, económico, ambiental e incluso espiritual.

En este sentido, una gerencia pública que quiera realmente generar impactos positivo en la población beneficiaria del servicio salud, debe concebir al proceso de salud-enfermedad desde una perspectiva holística para que el diseño y desarrollo de las políticas, programas y proyectos en el sector estén impregnados de esta concepción y logren no poner pañitos de agua tibia sino subsanar y darle una verdadera atención a la salud pública en el país. Tomando en consideración lo anteriormente señalado, veamos a continuación la categoría de la gestión pública de salud.

#### **2.2.4.- Gestión pública de salud:**

Para entender la gestión pública de salud es importante expresar y comprender la salud en sus múltiples dimensiones, determinantes y expresiones para que se orienten las prácticas

sociales de salud hacia el desarrollo y fortalecimiento colectivo de una cultura de la vida y de salud con miras a la construcción de entornos saludables. En este sentido, la gestión pública en salud se considera importante porque permite administrar y supervisar el funcionamiento óptimo de un centro de asistencia médica, desde la perspectiva de un profesional que ha sido certificado en el área de la salud.

Desde el punto de vista conceptual la OMS (2012: 65) define la gestión Pública en Salud como: “Una síntesis de métodos y estrategias para facilitar el trabajo en los diferentes niveles y categorías de servicios que componen el sector salud para la promoción, prevención y recuperación de la salud”.

De igual forma, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2015: 15) define a la gestión pública en salud como:

un proceso dinámico, integral, sistemático y participativo bajo el liderazgo, y conducción de la autoridad sanitaria, el cual está orientado a que las políticas, programas, planes y proyectos se realicen de manera efectiva, coordinada y organizada entre los diferentes actores del sistema.

Es de resaltar que en el sistema de salud podemos distinguir tres niveles de gestión estrechamente relacionados, nos referimos en primer lugar, a la gestión sanitaria macro o política y regulación sanitaria; en segundo lugar, la gestión sanitaria meso o gestión de organización de salud y en tercer lugar, la gestión sanitaria micro o gestión clínica.

Dentro de este orden de ideas, es pertinente así como hemos visto los diferentes niveles de gestión conocer que han existido en el sector salud causados mayormente, por el modelo de gestión que se ha venido implementando, pese a que en otra categoría de análisis hemos abordado aspectos sobre los modelos de gestión en salud, acá nos centraremos sobre los problemas que ha traído esa visión y el porqué de la necesidad de implementar otro modelo de gestión que dé respuestas satisfactorias a los usuarios del sistema.

A este respecto, Tobar (2002: 22) señala lo siguiente:

Se pueden distinguir dos aspectos centrales en lo referente al modelo de salud; en primer término los valores que guían al sistema (universalidad de la cobertura o efectividad de las acciones) y o impacto sobre la calidad de vida de los ciudadanos y segundo término, las funciones del Estado en salud, las cuales se refieren a informar a la población, proveer directamente servicios, financiar

servicios. Tomando en cuenta lo expresado se tiene que para implementar el modelo de gestión adecuado, es importante detectar cuáles son los principios y valores que guían el sistema, cuales las principales decisiones relacionadas con la conducción del sistema, es decir quien las toma y como se toman.

Lo dicho con anterioridad nos remite a ver la génesis en el funcionamiento de las organizaciones, por cuanto allí están algunas razones que permiten entender las debilidades que posee el modelo de gestión tradicional. En este sentido, vemos que el modelo de gestión tradicional que ha estado presente en las organizaciones públicas se ha fundamentado en el esquema taylorista el cual se basa en la división y especialización del trabajo y no se ve reflejado el funcionamiento de la organización sanitaria, responsabilidades, relaciones con los usuarios, ni flujos de información y comunicación interna. A este respecto, Tobar (2002:16) agrega lo siguiente:

Las falencias del modelo de gestión actual en el sector salud se evidencian con los llamados problemas de fronteras los que surgen por falta de una visión integral de los procesos: una organización departamentalizada se convierte entonces en un archipiélago donde nadie gestiona los puentes entre una isla entonces en un archipiélago donde nadie gestiona los puentes entre una isla y otra. Es frecuente encontrar que los pacientes van de un servicio a otro, pasan de la atención especializada a la atención primaria, sin más puente que la conocida interconsulta, inventada por la organización.

Esta situación nos permite visualizar algunas características del modelo de gestión tradicional el cual es jerarquizado, burocrático, poco autónomo, carente de una visión integral de los procesos, centrado en normas y no en objetivos; que se centra en controlar integral de los procesos, centrado en normas y no en objetivos ; que se centra en controlar procedimientos pero no en medir resultados o los impactos de sus políticas de salud en la población beneficiaria. Esta realidad y ante la diversidad y complejidad de los cambios y transformaciones del entorno se plantea un cambio de modelo de gestión, y sobre este particular Tobar (2002:4), señala lo siguiente:

La complejidad de las demandas actuales sobre las organizaciones de salud por parte de los usuarios cada día se hace más exigente, la necesidad de readecuar su oferta sanitaria a los cambios demográficos y epidemiológicos, los altos costos de la atención médica, el impacto ocasionado por la incorporación de la tecnología médica y de información, presionan a las organizaciones de salud para adaptar su modelo de respuesta frente a estas adversidades

Ante esta situación descrita, el autor Tobar (2002:9) enumera una serie de características de lo que se ha llamado gestión por procesos y que El considera es un modelo que debería adoptarse por las organizaciones de salud para su mejor funcionamiento, a saber tenemos:

Propiciar el trabajo cooperativo, interacción de experiencias individuales y colectivas. Fomentar la autonomía y la responsabilidad de los profesionales y su compromiso con la misión institucional y con los resultados en salud. Flexibilizar la planificación, con miras a beneficiar el aprendizaje institucional, Las normas rígidas deben ceder lugar a directrices flexibles, basadas en el flujo constante de informaciones sobre la realidad y sobre las acciones institucionales, sus procesos y resultados. Propiciar mayor participación de los profesionales en la toma de decisiones, ya que estas no deben reposar solo en las manos de los administradores. Establecer objetivos coherentes en toda la organización Centrar la organización en las demandas y expectativas del usuario.

De lo anterior se desprende que las organizaciones de salud, para que puedan tomar decisiones adecuadas y oportunas, deben tener estas características, los que significan un nuevo modelo de desempeño institucional que traspase el modelo tradicional de gestión y evolucione hasta lo que se conoce como el modelo de gestión por procesos enmarcado en la gestión sistémica y la administración por contingencias.

En función de lo anterior es necesario que se cambien las estructuras de pensamientos para que se visualicen a las organizaciones como sistemas complejos, de procesos que implican tomas de decisiones formados a su vez por otros sistemas externos como el ambiental y sistemas de relaciones externos pero que son interdependientes e influyen en la dinámica de las organizaciones.

En esta investigación apreciamos a la salud en su totalidad como una serie de componentes. de distinto orden (social, cultural, espiritual, psicológico, fisiológico, político, económico, ambiental entre otros) que interactúan entre sí como una red de múltiples influencias tanto internas como externas que determinan factores de riesgos y o de oportunidades para los sujetos, haciendo especial énfasis en que estos deben ser partícipes de sus procesos de salud-enfermedad y asumir un rol protagónico de manera activa en procura de su bienestar.

Un aspecto muy importante en la construcción de este concepto es el derecho a la salud, ya que por ser un bien esencial tiene estatutos de derechos humanos y de responsabilidad compartida; es por ello que la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999)

es clara en sus propósitos de cambios y por ello en relación a la salud plantea en sus artículos lo siguiente:

Artículo 83: La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado. Que lo garantizara como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollara 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 en la República.

Artículo 84: Para garantizar el derecho a la salud el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará 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 rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son prioridad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.

En este sentido, la asunción de lo público como espacio de la gestión en salud y el desarrollo del compromiso ético de las comunidades con sus espacios de acción apunta al mejoramiento de la situación de salud y las condiciones de vida de sus habitantes, buscando la transformación de la realidad y valorando la responsabilidad social y el compromiso de todos con el desarrollo de iniciativas capaces de afrontar la complejidad y la múltiple determinación del espacio de la salud pública.

Es importante resaltar que el Estado venezolano como ente emisor y ejecutor de las políticas públicas ha abierto un compás de alternativas para que la ciudadanía pueda tener mayor acceso a la salud y a sus servicios, propiciando la creación de nuevas estructuras organizativas educativas y asistenciales que permitan ir cambiando la concepción imperante, donde el trabajo en conjunto con las instituciones públicas para promocionar la salud y prevenir enfermedades sea corresponsabilidad de todos los actores involucrados.

Ante este nuevo marco referencial es bueno recalcar lo planteado por (Fernández 2006:110) quien dice que: “los individuos y las familias asumen la responsabilidad ante su salud y su

bienestar, así como por la salud de su comunidad, y desarrollan la capacidad de contribuir activamente a su propio desarrollo y al de su comunidad”

En este sentido, Franco (2010) comparte la visión ya enunciada por Tovar sobre el método que debe ser utilizado en salud pública, que de acuerdo a sus postulados debe partir de enfoques integradores de las ciencias, la filosofía y la política para garantizar la consecución de una verdadera transformación social, búsqueda permanente del bienestar, la democracia y el desarrollo humano sustentable; y para lograrlo se deben dar políticas para la reconstrucción de la salud pública y propiciar espacios éticos para la participación ciudadana.

Es por ello que este autor plantea la creación de una nueva salud pública y a ese respecto señala lo siguiente:

La nueva salud pública, es un enfoque que apunta a desarrollar los postulados de la promoción de la salud con estrategias novedosas, que tienen como eje los determinantes sociales y las intervenciones estatales y de la sociedad civil; el desarrollo y la participación comunitaria, que van más allá del enfoque médico biológico y preventivo de la enfermedad, defendiendo la salud y promoviendo la vida. Integra cambios ambientales, medidas preventivas personales e intervenciones terapéuticas adecuadas, además de significar el renacer de las actividades de promoción de la salud; se interesa por la pobreza y los más vulnerables, la reorientación de los servicios pasando de la asistencia hospitalaria a la atención primaria en salud; y se fortalece en la acción pública. Franco (2010, 19)

Por consiguiente, la salud pública y la participación ciudadana son importantes y necesarias para ir construyendo consenso y democracia. Estos son elementos fundamentales para ir sistematizando el compromiso de los gobernantes, para ir divulgando de forma óptima, las necesidades, intereses, directrices ciudadanas y de este modo estrechar los conflictos, asistir los acuerdos, y proveer la toma de decisiones políticas.

Por otra parte, la participación beneficia que la ciudadanía se involucre en los asuntos públicos, cooperando de forma activa con el resto de las personas, lo que fortalece los lazos sociales y favorece la comprensión de las diferentes culturas existentes.

Los argumentos esgrimidos por Tovar en este apartado confirman la necesidad de fortalecer el binomio Estado y ciudadano para construir la nueva gestión pública en salud, a partir de

le educación del ciudadano en salud y en los procesos de diseño implementación y evaluación de los proyectos sociales.

### **2.2.5.- Actor social:**

Para conceptualizar esta categoría es conveniente tener presente que la misma posee una definición de acuerdo a la visión, perspectiva y formación académica e ideológica que posea el autor que la define; pese a que en las definiciones pueden existir elementos comunes. En este sentido, para hacer la distinción en la diversidad de conceptos existentes al respecto, se parte de las relaciones que existen entre “acción y estructura”, como un punto de partida.

A este respecto, el termino de actor se define a partir de la idea de acción el actor(o agente) es todo aquel sujeto que actúa, en otras palabras el sujeto de la acción.

De este modo, Giddens (1999:4) señala que la actuación del actor (individual) tiene elementos que permiten definirlos:

Una intervención intencionada aunque sea inconsciente, sobre la que el sujeto puede reflexionar y de la que es responsable, que depende no tanto de las instituciones, sino de su capacidad. Que no está determinada sino es “contingente y variable en el sentido de que el actor tiene la posibilidad de actuar de otra manera.

Por su parte Hay (1996; 12) apunta que los conceptos de actuación y actor y consiguientemente, el de estructura están estrechamente vinculados a la idea de poder. Por tanto, el actor el actor seria aquel sujeto que tiene capacidad para dominar, es decir, ejercer tanto, el actor el actor seria aquel sujeto que tiene capacidad para dominar, es decir, ejercer presión sobre otros actores en el contexto que actúa.

La idea de actuación está también presente en Hindess (1996:15), vinculada a la noción de decisión. Para este autor, “es un lugar de decisión y acción, en el que esta última, es de alguna forma, consecuencia de aquella” .No obstante, esta concepción sobre el actor es restrictiva solo puede considerarse como actor la instancia que sea capaz de tomar decisiones porque cuenta con medios identificables para hacerlo.

Otra definición acerca del actor es la planteada por Sibeon (1999:22) quien concibe al actor como aquella entidad que dispone de los medios para decidir y actuar conforme a sus decisiones, cuyas características (denominadas propiedades emergentes) son cualitativamente distintas a las de la suma de las decisiones de los individuos que la integran y a la cual se le puede atribuir responsabilidad por los resultados de sus acciones.

De lo anterior se desprende que además de los actores individuales y de los actores sociales organizativos entre los que podemos mencionar: partidos políticos, comités, ministerios, empresas privadas, asociaciones, profesionales, grupos de presión, no hay actores. Esta afirmación le atribuye a la sociedad, hombres, clase media, personas de raza blanca o negra o al Estado el calificativo de actores es caer en el peligro de reificación, debido a que ninguna de estas entidades puede modificar o ser responsable por las condiciones sociales existentes.

Coincido con Sibeon en la necesidad de emplear con cuidado el calificativo de actor, pero estoy en desacuerdo en que los Estados no son actores, debido a que en el plano nacional e internacional desempeñan un rol fundamental, por ejemplo en la firma de tratados, en la representación ante organizaciones internacionales, en la declaración de guerras o en la presentación de credenciales diplomáticas, “las unidades de acción” son los estados y son estos los que se reconocen mutuamente en la capacidad de negociación e interlocución. Es innegable que el gobierno y sus parlamentarios son los que adoptan este tipo de decisiones, pero en última instancia es al Estado al que se le exigen responsabilidades en caso de incumplimiento de este tipo de contratos.

Para la perspectiva del institucionalismo centrado en el actor, Sharpf (1998:5) entiende que los actores quedan básicamente caracterizados por: 1.- sus orientaciones (percepciones y preferencias) 2.- sus capacidades. Cabe hacer notar que la complejidad del primer rasgo señalado con anterioridad lleva a Sharp a realizar una desagregación de componentes o unidad de referencia la cual alude a que los individuos no actúan en su propio nombre, sino en el de otras unidades, más complejas tal es el caso de: familias, empresas y partidos políticos, con los cuales se identifican y desde cuya perspectiva se explica su actuación. Es decir, la unidad de referencia de un individuo puede ser deducida a partir del rol que este represente en un determinado entorno.

Posteriormente, se nos presentan las preferencias del actor; las cuales aluden a lo que es su propio interés (consistente en preservar su autonomía y garantizar su supervivencia y crecimiento) sus normas (entendidas como patrones y criterios de conductas) y con su identidad (el conjunto de normas e intereses propios a partir de los cuales se identifican otros actores). Finalmente nos encontramos con las orientaciones cognitivas: las cuales dan cuenta de la percepción que el sujeto tiene de los cursos de acción por los que puede optar, de los resultados de dichos cursos de acción y del impacto que estos tendrán en sus preferencias.

De lo expresado anteriormente Sharpf (1998) señala que el actor, para ser definido como tal, ha de tener cierta capacidad de actuación estratégica- Ello implica en el caso de actores colectivos, que los individuos que los integran pretendan desarrollar una acción conjunta o lograr un objetivo común. Se requiere entonces que tengan “mapas cognitivos” (en el sentido de preferencias, visiones e interpretaciones del mundo) sino comunes al menos ser convergentes a esto se le denomina dimensión cognitiva de la capacidad. Es fundamental, igualmente, que sus miembros sean capaces de agregar sus preferencias a través de algún mecanismo para la resolución de conflictos internos, es decir que algunos de ellos estén dispuestos a ceder posiciones a cambio de lograr un beneficio en común.

Partiendo del conjunto de aportaciones señaladas sobre el actor podemos concluir que el actor colectivo es: aquella entidad que: 1.-Cuyos miembros están integrados en torno a similares o al menos, convergentes intereses, percepciones y creencias con respecto a un problema; 2.- que cuenta con cierto grado de organización, recursos y con mecanismos para la resolución de conflictos internos; 3.- que tiene los medios la resolución de conflictos internos; 3.- que tiene los medios y la capacidad para decidir y o actuar intencionada y estratégicamente para la consecución de un objetivo en común como unidad suficientemente cohesionada, lo que le identifica y diferencia frente al resto y 4.- a la que, por tanto, se le puede atribuir alguna responsabilidad por sus decisiones o actuaciones. En otras palabras, un actor es una unidad de decisión-acción responsable.

Otra definición acerca del actor, es la del Centro de Investigación y Educación Popular – Programa para la paz (Cinep-1999:19) ubicado en la ciudad de Bogotá-Colombia; el cual señala que:

Los actores sociales son aquellos actores participantes en las luchas sociales, los cuales se definen a partir de tres criterios que se complementan entre sí: la existencia de un conflicto social específico, la intensidad que se genera en torno a él y la intencionalidad en la acción emprendida.

El primer elemento, es el que remite a la existencia, más allá de la voluntad de actores y antagonistas, de un conflicto generado por injusticias, desigualdades o exclusiones. El segundo, incorpora la dimensión subjetiva en la forma como se identifican públicamente los actores. Esta identidad o modo de cohesión no necesariamente se traduce en una expresión organizada formal. Por último el para qué o la intencionalidad de la acción, está muy vinculado a las anteriores, introduce un elemento crucial a la hora de contabilizar, pues determina la modalidad del actor específico a escoger entre los varios campos de conflictos y las diversas identidades.

Según lo expresado por Cinep (1999) el actor social es aquel que participa en los conflictos de la sociedad y que tiene claro el por qué y para que de su accionar y hacia quien va dirigido.

Por su parte Touraine (1984) define al actor social como: un sujeto colectivo estructurado a partir de una conciencia de identidad propia, portador de valores, poseedor de un cierto número de recursos que le permiten actuar en el seno de una sociedad con vistas a defender los intereses de los miembros que lo componen y o los individuos que representa, para dar respuesta a las necesidades identificadas como prioritarias.

También puede ser entendido como un grupo de intervención, tal que percibe a sus miembros como productores de su historia, para la transformación de su situación. En otras palabras el actor actúa sobre el exterior, pero también sobre sí mismo. En ambos casos palabras el actor actúa sobre el exterior, pero también sobre sí mismo. En ambos caso el actor, se ubica como sujeto colectivo entre el individuo y el Estado. En este sentido, es generador de acciones sociales, que contribuyen a la gestión y transformación de la sociedad. Este reconocimiento de los actores sociales introduce una concepción de la sociedad humana fundada en el historicismo, en la cual el conflicto social es un mecanismo de cambio.

A partir de esta concepción, la sociedad debe ser entendida como un sistema social, que nunca está totalmente reglamentado ni controlado, y en la cual los actores sociales disponen de un

margen de libertad más o menos grande, que utilizan en forma estratégica en sus interacciones con los demás.

Es importante hacer notar que toda relación de poder es también una relación de intercambio y de negociación de carácter recíproco y desequilibrado. En consecuencia, los actores sociales actúan en el marco de relaciones desiguales y conflictivas, basadas en la influencia, autoridad, poder y la dominación.

En este sentido, una sociedad en transformación tiene como centro la constitución y el desarrollo de nuevos actores sociales, quienes pueden generar nuevos conflictos ligados a las características de la evolución de la sociedad. En dichos casos, el sistema político es más o menos permeable a la influencia de los actores sociales, según las características que lo fundamentan los cuales van desde un tipo centralizador y autoritario, hasta un tipo descentralizador y democrático.

En todos los casos, la intervención de los actores sociales debe ser juzgada a partir de su representatividad en el seno de la sociedad y de su poder, el que se manifiesta por su capacidad de transformar los conflictos sociales en nuevas reglas institucionales. A continuación veremos algunas posturas teóricas sobre el actor social.

#### **2.2.6.- Posturas Teóricas sobre el actor social:**

Dentro de las posiciones teóricas que nos hablan acerca del actor social tenemos las siguientes:

##### ***Teoría general de la acción social:***

La esencia de una teoría de la acción es la descripción adecuada de las motivaciones y las causas que promueven la acción social. Este tipo particular de teoría sociológica se ha de vincular necesariamente a la psicología social y por ello ha de utilizar el concepto de actitud.

A este respecto, la Teoría general de la acción según Parsons (1971) - considera las siguientes variables: personalidad; la cual realiza la función del logro de metas mediante la definición de los objetivos del sistema y la movilización de los recursos para alcanzarlos; el sistema social que se ocupa de la función de la integración, al controlar sus partes constituyentes, el

sistema cultural quien cumple la función de proporcionar a los actores las normas y los valores que les motiven para la acción y finalmente, el sistema orgánico que posee la función de adaptación, de ajustarse o transformar el mundo externo.

Así, como el individuo, mantiene ideas y creencias que promueven determinadas acciones, en la sociedad, existen conocimientos e información que conforman el sistema cultural promoviendo a su vez, las distintas acciones individuales.

La cultura y el sistema social influyen sobre las actitudes individuales, mientras que los individuos influyen sobre el sistema social y la cultura. Para Parsons (1971) los siguientes elementos : el actor que cumple la acción, una finalidad hacia la cual se oriente la acción, una situación inicial de la cual se desarrollan nuevas líneas de acción, en las cuales tenemos las condiciones ambientales, sobre las cuales el actor no tiene posibilidad de control y los medios sobre los cuales tiene posibilidad de control y por ultimo una orientación normativa de la acción que lleva al actor a preferir ciertos medios en lugar de otros, basándose en el sistema moral vigente de la sociedad. De igual modo, puede haber orientaciones valorativas que conducen la orientación dependiendo de una escala de valores subjetivos.

Tomando en consideración lo anterior, podemos definir a la acción –según Parsons (1971) como la conducta humana asociada tanto con aspectos biológicos como culturales siendo la respuesta acción proporcional tanto a la actitud como el estímulo. En este respecto encontramos tres tipos de acción: racional que es aquella en la que el actor social obra de acuerdo con las relación medio-fin o causa efecto, buscando lograr fines o valores, más allá de que los logre o no y acción tradicionales que es aquella en la que el actor obra conforme a los preceptos o a lo esperado por la tradición vigente, mientras que la acción afectiva es aquella que obra motivada por un sentimiento o afecto determinado.

#### ***Teoría de la acción comprensiva:***

Otra contribución acerca del análisis del actor social la plantea Max weber (1984) quien es considerado como el primer sociólogo que sitúa a la acción social en el centro de su teoría. La idea fundamental manejada por este intelectual es que la realidad social se entiende a través de la comprensión del sentido que los agentes o actores sociales le den a sus acciones.

Este sentido, además de ser expresión de la voluntariedad del individuo, se entremezcla con creencias, valores, perspectivas y sentimientos.

Weber (1984), reconoce que existen otros tipos de acciones de la vida humana ya que no todas las acciones son sociales e incluso admite la idea de que se pueda poner en el centro de una teoría sociológica otro fenómeno que no sea la acción. No obstante, plantea una hipótesis en su texto “Economía y Sociedad” que la acción social constituye el problema central de la sociología interpretativa, debido a su relevancia en la vida colectiva.

De hecho, la comprensión concreta de la acción social se da de dos maneras: directa, mediante la observación del sentido subjetivo del acto de otra persona, e indirecta, a través de la comprensión del motivo mediante la reproducción en nosotros del razonamiento intencional del actor, o bien por medio de la empatía cuando los actos referidos tienen un carácter emocional.

A tales efectos, para llegar a comprender la acción social, Weber la divide según cuatro tipos:

De finalidad racional o acción instrumental, cuyo modelo es la acción económica y en la que el actor social busca la eficacia de los medios con respecto a los fines, de valoración racional, en la que la decisión sobre los fines se somete a una valoración moral; en la que la acción queda dominada por las emociones y de acción tradicional, en la que la acción se orienta por las costumbres tradicionales.

Estos cuatro tipos de acción social se mezclan en la realidad social y pueden no darse puros. Por otro lado, esta clasificación permite entender el conjunto de acciones divididas en dos grupos: las acciones racionales y las irracionales.

Es importante hacer notar que Weber (1984) habla del actor socializado en el cual sugiere que el individuo forma parte de una serie de redes de relaciones sociales, fuera de las cuales no puede ser entendido. Para este teórico los actores organizados, son la base de toda acción social. En este sentido, Weber distingue entre clases, grupos de estatus y partidos políticos, estratos diferentes que corresponden respectivamente a los órdenes económicos, social y político.

Así a diferencia de Marx, en Weber, las clases son únicamente una de las formas de estratificación social, atendiendo a las condiciones de vida material, y no constituyen un grupo consciente de su propia unidad más allá de ciertas condiciones de vida.

Los grupos de estatus se distinguen por su modo de consumo y por prácticas sociales diferenciadas que dependen a la vez de elementos objetivos (nacimiento, profesión, nivel educativo) y de otros puramente subjetivos (consideración, reputación). Estos grupos se distinguen unos de otros por estilos o modos de vida.

Finalmente, los partidos políticos expresan y unifican en forma institucional intereses económicos y estatus sociales comunes, aunque su creación puede fundamentarse también en otros intereses como religiosos, éticos.

Este análisis tridimensional presentado por el autor, pone de relieve que en las sociedades modernas hay diversos criterios de jerarquización de los grupos sociales. Entre los diversos modos de pertenencia a un grupo, el grupo de estatus posee una especial relevancia por ser allí donde se adquieren y comparten los valores, las normas de comportamiento y las prácticas significativas que los especifican.

#### ***Alain Touraine y la Sociología de la Acción (1950):***

Touraine delimita su perspectiva teórica a través del concepto de la acción social como naturaleza y sentido, como creación y control.

Para este autor, la reproducción de la sociedad o la omnipresencia del poder no dejan espacio ni autonomía a los actores y niegan su capacidad de constituirse como actor, el cual lo coloca en el centro del análisis sociológico, mirando no hacia las estructuras o la reproducción de la sociedad, sino hacia el cambio y la producción de la sociedad por ella misma. Nos alerta contra la ficción, que el orden es primero y señala que lo importante que debe ser el centro de atención es la capacidad creadora de una sociedad de producción y de transformarse, es decir, el trabajo que la sociedad moderna cumple sobre ella misma inventando sus normas, sus instituciones y prácticas.

Touraine se opone a todas las formas de globalismo definido como perspectiva teóricas, ideológicas o a las concepciones teóricas del mundo que hacen desaparecer a los actores

dentro del sistema global. El globalismo de izquierda ve a la sociedad dominada por los grupos de poder, y a todas las resistencias dividiéndose en los ríos de manipulación o de seducciones. El globalismo de derecha afirma que la economía globalizada y la mundialización quitan toda capacidad de intervención a los gobiernos y a los pueblos.

Opuesto a la ideología neoliberal que privilegia la autorregulación de los mercados y también contrariamente algunas creencias revolucionarias en una necesidad histórica. Alan Touraine afirma que no existe fatalidad ni necesidad histórica, sino actores que construyen la historia y producen la sociedad.

Esta concepción de la Sociología propuesta por Touraine, implica dar al promotor social de la acción, un lugar central en el análisis. El sujeto concreto de la acción, que le insufla vida, experimenta la acción en carne propia y le atribuye un sentido, es precisamente el actor.

En este sentido, el análisis sociológico consiste en ir alejándose de la perspectiva nomotética y ordenada y sustituirla por la que propone Touraine, el cual construye un marco general de análisis de la acción social retomando la idea marxista de conciencia de los individuos de su pertenencia a colectividades.

Este autor distingue el reconocimiento del sentido de la acción social por los propios actores y del conocimiento e interpretación de este mismo sentido, Esto lo lleva a afirmar que la conciencia de los actores permite dar a la acción su calificativo de social, al igual que lo planteaba Weber pero conciencia de la acción no significa obligatoriamente interpretación veraz de la misma, y es allí donde se manifiesta precisamente la fuerza hermenéutica que Touraine da a su sociología de la acción.

En palabras de Touraine, la sociología de la acción tiene como propósito el estudiar como la sociedad se inventa, como los hombres hacen su historia, descubriendo y reconstruyendo el sistema de relaciones. Aunque es autor, no define claramente lo que es una acción social ni lo que la distingue de la acción humana, de la histórica y del trabajo, precisa tres tipos de acción: el trabajo, la sociabilidad y la existencia humana, los cuales remiten respectivamente al actor como creador y trabajador (conciencia histórica), el actor como ser social (sociabilidad), el actor como ser biológico (conciencia existencial o antropológica).

Estos tipos de acción son ámbitos en los cuales los individuos se manifiestan con respecto a su entorno, a los objetivos sobre los cuales pueden influir. Al respecto, es preciso agregar lo siguiente: Para este autor el trabajo se encuentra en el nivel de sociedad global, la sociabilidad en el nivel de las colectividades, y la existencia humana se ubica en el nivel de la realidad social constituida por el individuo.

Esta visión tridimensional del mundo social le permite discernir fenómenos de naturaleza distinta, posicionados unos frente al otro y comparar su alcance respectivo.

Cabe hacer notar, que para este autor el autor es la experiencia social que mejor expresa esta tensión creadora de la producción y de su apropiación, considerando que el trabajo es por antonomasia una acción histórica. No obstante, señala que la sociología de la acción no puede reducirse a una sociología del trabajo. El trabajo es una actividad del hombre que tiene la capacidad de materializar una acción, un cambio, es decir que permite a un grupo tomar conciencia de sí mismos como actores históricos.

En este sentido, el trabajo es para Touraine una interacción social y las relaciones sociales que establecen son dominadas por las orientaciones normativas de la acción, las cuales se manifiestan en nociones como autoridad, legitimidad, sanción. No es el orden social, el que influye sobre el sentido de la acción de los individuos, pero si la acción colectiva.

Touraine reconoce la influencia del pensamiento Weberiano en su teoría, al indicar que no se debe romper con la sociología comprensiva sino más bien prolongarla, haciendo hincapié en el carácter histórico de la acción.

También este autor plantea sobre las escenas de los actores, donde tanto la historia como el actor se mueven paralelamente, es algo como una relación perversa donde uno sin el otro no podría existir; pues ambos en conjunto, forman el sentido de la historia de la sociedad.

A este respecto, el actor adquiere unidad, al ejercer un control regulizador y organizador sobre sus propias actividades, solo en la medida que viva personalmente la historicidad, es decir la capacidad de desprenderse de las formas y normas de reproducción de su comportamiento y del consumo, de ahí que lo específico del ser humano, sea asegurar la jerarquía de sus conductas, valorizar el conocimiento científico en relación con la opinión y

el rumor, la innovación y la invención con respecto a la rutina, y el bien frente a las convenciones colectivas.

### ***Teoría del Actor Red (1998):***

La Teoría del actor red es una propuesta realizada por Bruno Latour, Michell Callon y John Law para repensar los fundamentos de la Sociología; el principal exponente Latour Bruno se posiciona en contra de la concepción sustancialista de la sociedad, que tiende a definir a priori los elementos constitutivos de lo social. En su lugar, el autor propone una sociología de las asociaciones, en donde dichos elementos son constituidos de forma relacional en una red de entendidos heterogéneos. La acción es definida como un conglomerado de agencias que incluye actantes humanos y no humanos, se constituye en una red cuyos hilos pueden ser rastreados en el tiempo y en el espacio.

El termino de actantes es usado como una forma neutral de referir a actores tanto humanos como no-humanos, ya que los principales exponentes de esta teoría han considerado que la palabra actor tiene una carga simbólica ligada a ser persona. Según Latours (2003), las personas y las maquinas deberán ser tratadas como iguales para hacer estudios sociales, esto se refiere al principio de simetría.

Es decir, que considera un error plantearse explicaciones que hacen referencias a dualismo como naturaleza-social o como ya se ha mencionado, lo humano de lo no humano. Para estos teóricos son elementos indisolubles y podrían, y más aún deberían ser descritos en los mismos términos. En palabras de Callon (1998: 156):

El actor-red no es reductible a un simple actor o a una simple red. Un actor red es, simultáneamente un actor cuya actividad consiste en entrelazar elementos heterogéneos y una red que es capaz de redefinir y transformar aquello de lo que está hecho.

Esta teoría, además, invierte la dirección entre institución y acción, es decir, son las acciones las que definen las formas de las instituciones. El Estado solo existe en tanto actúa, y para ser efectivas sus acciones requiere de un conglomerado de agencias, así como reclutar y servirse de tanta materia como le sea posible (Borges, 2011). Por materia se entiende toda suerte de objetos, tecnologías, artefactos y recursos que contribuyan a la realización de las acciones. Es decir, la Teoría del actor red considera que es indispensable entender lo que

mantiene unida la sociedad sin reintroducir en su tejido las entidades producidas por la naturaleza y los artefactos diseñados por los ingenieros y los artesanos, es decir, los objetos no-humanos (Latour, 2003).

La reintroducción de objetos, y el papel que se les asigna en la constitución de lo social es la innovación de la teoría del actor red (Dosse, 1999), especialmente frente al estructuralismo, en donde los objetos son estudiados como meros accesorios de lo simbólico.

Estos aportes teóricos permiten entender el rol del actor social desde la visión de uso y apoyo de la tecnología en los procesos de gestión pública; acá el Estado es solo un apoyo institucional para el éxito de los mismos.

### **2.2.7.- Ética y Bioética: principios y finalidad, su vinculación con el sector salud:**

Previo a hablar acerca de la ética en las instituciones públicas, es pertinente exponer las definiciones que algunos autores tienen sobre la misma.

En este sentido, se tiene que la ética en Platón (384 A.C) por ejemplo está dirigida al logro del supremo bien del hombre, cuya posesión le proporciona verdadera felicidad. El bien supremo del hombre es desarrollarse como ser racional y moral, el constante cultivo de su alma, el bienestar general y armonioso de su vida.

Por su parte, Sócrates (470 A.C) identifica la ética con la verdad, la cual está vinculada con el bien moral; lo que significa que quien conozca la verdad no podrá menos que practicar el bien. Saber y virtud coinciden, por lo tanto, quien conoce lo recto, actuara con rectitud y el que hace el mal es por ignorancia.

Por otro lado, Aristoteles (1566) concibe la ética como una necesidad imperiosa desde un punto de vista práctico, ante una crisis de valores y del sistema imperante de conveniencias y ajustes de doctrinas, donde la virtud aristotélica abarca todas las áreas de acción en sus dos formas: virtudes éticas y virtudes intelectuales.

También encontramos el planteamiento de Savater (1991) autor de data más reciente, reconocido por su obra “Ética para Amador”, quien señala que la ética es la reflexión sobre

porque consideramos validos algunos comportamientos. Entre todos los saberes posibles, existe al menos uno imprescindible: el que ciertas cosas nos convienen y otras no. Además, Sabater hace énfasis en la libertad del ser humano para las decisiones y de la capacidad del razonamiento para las mismas.

De acuerdo a lo expuesto por filósofos y por Sabater podemos resumir que la ética nos permite distinguir entre lo que debemos hacer y que nos conviene y sobre lo que no debemos, es decir ella debe dirigir nuestro comportamiento; que está vinculada a la moral y que a pesar de tener la libertad para tomar las decisiones sobre actuar estas deben pasar por un razonamiento previo.

Tomando este marco conceptual como referencia podemos entender cuan éticos o no son nuestros gerentes públicos, quienes deben tomar las decisiones en las instituciones públicas, apegados a las normas y valores como: la justicia, honestidad, equidad e igualdad en la búsqueda del bienestar colectivo y no en el bien personal o por apegos políticos.

A este respecto, se tiene que la ética en las instituciones públicas se refiere a una serie de posturas y normas que adopta una institución pública. La importancia de dichas posturas éticas adoptadas por las instituciones públicas radica en el hecho de que afecten e influyen de una u otra manera en las personas que entran en contacto con estas instituciones a diario. Esto quiere decir que algunas de las posturas éticas adoptadas por las instituciones públicas se verán reflejadas en nuestra sociedad y en la vida cotidiana.

Hay algunas posturas éticas que todas las instituciones públicas deben de tener, podemos mencionar al respecto: Equidad: la cual se refiere a que las instituciones públicas les deben dar el mismo trato a todas las personas sin importar género, color de piel, religión; respeto: Las instituciones públicas deben tomar en cuenta y valorar derechos y cualidades de las personas; Honestidad: La cual se refiere a que las instituciones públicas deben dar un trato justo a las personas que entren en contacto con las mismas; Responsabilidad: Que alude al nivel de compromiso que deben poseer los funcionario públicos para que sus servicios sean los adecuados.

Ahora es conveniente señalar como se vincula la ética a la gestión pública para luego, finalmente examinar la categoría de gestión pública.

La ética aplicada a lo público emplea los enunciados que se proponen como “parámetros de acción correctos”, a partir de la comprensión de las razones que se ofrecen para el comportamiento moral desde las perspectivas de diversas tradiciones éticas como criterios de valoración y de orientación en la toma de decisiones en casos particulares. En este sentido, la ética aplicada supone el conocimiento de la realidad sobre la que va a realizar sus juicios, pues la pregunta por el sentido de las acciones por lo correcto, lo bueno, lo justo y lo debido sólo se comprenden dentro de los fines y actividades de cada institución.

Para tales efectos encontramos tres grandes tradiciones éticas que configuran el contexto ético de una institución: las que promueven criterios universales, las que apoyan parámetros dentro de una determinada tradición y las que evalúan las consecuencias de las acciones. Veamos cada una de ellas y como se orienta hacia el sector público. En primer lugar, tenemos el aporte de la ética de principios universales a las instituciones orientadas a lo público, en la cual giran sus propuestas sobre el reconocimiento de la dignidad de las personas, y que la actuación de las instituciones públicas se da en el marco de los derechos humanos. En este respecto, la actividad institucional debe inscribirse dentro del contexto de los derechos humanos, pues se entiende que las diversas concepciones de las personas sobre los fines últimos no pueden ser arbitrarios o excluyentes, sino que deben articularse dentro de unos marcos mínimos comunes.

Se busca promover el diálogo y la construcción de acuerdos razonables. Se trata de aprender a valorar la perspectiva de los otros y disponerse a discutir, dialogar y participar en la construcción de acuerdos que hagan viables la convivencia tanto en las relaciones personales como al interior de las instituciones.

A este respecto, toda institución debe regirse por parámetros de cooperación, y dentro de ella deben ejercer un rol determinado que tenga sentido para ellos como persona y para el servicio público que desempeñan.

De igual modo, las instituciones que es actor social y político tienen una responsabilidad de primer orden en la construcción de una convivencia justa y pacífica en nuestro país. Un orden justo y la resolución pacífica de los conflictos es un interés básico para la supervivencia a largo plazo de nuestras instituciones. Sin embargo, asumir y promover acuerdos sobre la

justicia entendida como equidad e imparcialidad, para garantizar que el gobierno efectivamente construya el bien común, implica cambios fundamentales en la vida misma de las instituciones públicas, y supone líderes responsables que actúen con convicciones éticas. La ética es un aspecto importante, en la cultura que se propone ser construida con el paradigma del desarrollo humano.

Para profundizar lo señalado, es necesario señalar que la ética es fundamental por cuanto es esta que regirá el comportamiento y acciones del gerente público; el cual, motivado y empoderado, guiará las acciones para la política de salud y construirá los acuerdos y vínculos necesarios con los otros actores partícipes en el sistema de salud.

Dentro de este orden de ideas creemos conveniente reflexionar acerca de **la bioética** que se encuentra estrechamente vinculada a la praxis de la salud pública, siendo que esta puede guiar la toma de decisiones médicas, en correspondencia con los valores morales de la población. Es así como, la bioética puede guiar a la salud pública en situaciones en que se presenten conflictos de carácter éticos, a través de procesos de clarificación de objetivos y clarificación de acciones. En este sentido, iniciaremos definiendo lo que se entiende como la bioética, según Reich (...) define la bioética como: “el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y de la salud, examinadas a la luz de los valores y de los principios morales”

En tal sentido, tomando en consideración lo anteriormente expresado se tiene que la bioética favorece el cambio adecuado en los comportamientos y actitudes que obligan a médicos y otros integrantes del equipo de salud a promover una relación médico-paciente mas saludable; amen de permitir generar cambios en los modelos de salud cuya prioridad es ofrecer el mejor servicio a los pacientes.

Lo anteriormente expresado permitir entender a la bioética y la salud como un binomio que llevaría al fomento de la cultura de la vida y a visualizar a la salud como plenitud de la vida siendo la creación de un entorno favorable lo que generaría un desarrollo humano que llevaría a esa plenitud.

En otras palabras, la bioética permite poder formular un pensamiento fundamentado en la ética que permita responder a deliberaciones sustentadas en la razón y poder ofrecer criterios éticos a la hora que se tengan que tomar decisiones que afecten a la vida.

Es por ello que en 1974 se generó un debate acerca de los principios de la bioética, cuando el Congreso de los Estados Unidos creó la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica con la finalidad de definir los principios que deben regir cuando se realizan investigaciones con seres humanos y con la conducta.

A este respecto se definieron los siguientes principios bioéticos según Beauchamp y Childress (1979), de manera de tener claridad sobre la actuación que se debía tener en este tipo de investigaciones y deben ser respetados si se presentan conflictos éticos en la investigación o en la práctica clínica, son los siguientes:

**“-Respeto de la autonomía:** Para Beauchamp y Childress (1979:78) el individuo es autónomo cuando es capaz de actuar libremente, de acuerdo a un plan autoescogido. Sin embargo, en el caso de tomar decisiones en casos clínicos, los autores no les interesa el concepto de autonomía como la noción de acción autónoma comprende los siguientes elementos: Una acción es autónoma cuando el que actúa lo hace intencionalmente, con comprensión y sin influencias controladoras que determinan su acción. En este sentido, la autonomía de una persona es respetada cuando se le reconoce el derecho a mantener puntos de vistas, a hacer elecciones y a realizar acciones basadas en valores y creencias personales. El respeto de la autonomía del paciente obliga a los profesionales a revelar información, a asegurar la comprensión y la voluntariedad y a potenciar la participación del paciente en la toma de decisiones.

**No maleficencia:** El principio de maleficencia hace referencia a la obligación de no infringir daño intencionadamente. Para Beauchamp y Childress la intención de no dañar además cuando lesiona los intereses de esta; estos pueden considerarse como libertad y /o daños físicos dolor discapacidad y muerte, sin negar la importancia de los daños mentales y las lesiones de otros intereses.

**Beneficencia:** La beneficencia consiste en prevenir el daño, eliminar el daño o hacer el bien al otro. Beauchamp y Childress distinguen dos tipos de beneficencia, la beneficencia positiva y la utilidad. La beneficencia positiva requiere la provisión de beneficios. La utilidad requiere un balance entre los beneficios y los daños. Pero cuando estos autores hablan de este principio se refieren solo aquellos actos que son de exigencia ética en el ámbito de la medicina; es decir, antes de realizar un tratamiento están obligados hacer un balance de sus beneficios y riesgos. En este sentido, este principio es una exigencia y no una mera invitación a la acción, por ello es importante distinguir

hacer el bien, esto es una exigencia. Siempre debe considerarse la opinión del paciente, para no incurrir en el paternalismo.

**Justicia:** Para estos autores la justicia se refiere es dar el tratamiento equitativo y apropiado a la luz de lo que es debido a la persona. Una injusticia se produce cuando se le niega el bien a una persona al que tiene derecho o no se distribuyen las cargas equitativamente. En una justicia distributiva que es la distribución imparcial, equitativa y apropiada en la sociedad, determinada por normas justificadas que estructuran los términos de la cooperación social. No obstante, la justicia distributiva se ha hecho complicada de ser aplicada debido a la condiciones de escasez y competición. Esto revela que hay conflicto de intereses entre los que precisan los servicios de salud y los que soportan los gastos. Es por ello que las instituciones que brindan los servicios de salud han de revisar su funcionamiento, así como sus políticas a fin de garantizar la igualdad de oportunidades a fin de que sea igualitario el acceso y atención sanitario a todas las personas”

Los principios señalados de la bioética nos revelan la importancia de tomar en consideración la dignidad humana y el concepto de persona, lo cual es fundamental para emprender las acciones en salud, tomadas de la mano de la ética en pro del bienestar de los paciente y la búsqueda de su salud integral.

### **2.2.8.- Desarrollo Humano:**

En el proceso teórico por avanzar hacia una visión integral del desarrollo que incluya, además de la dimensión económica, la dimensión social, política y cultural, surge a principios de los años noventa una nueva forma de medir el desarrollo que supera las mediciones tradicionales centradas en el Producto Interno Bruto (PIB) per cápita, este por ser un indicador estrictamente económico, tiene además la limitación de ser solo un promedio estadístico que oculta las desigualdades sociales.

En contraposición a esta visión surge una propuesta alternativa como resultado de una convocatoria que realizó la Organización de las Naciones Unidas (ONU) a través del Programa de Naciones Unidas del Desarrollo (PNUD) a un grupo de especialistas a finales de los ochenta, para elaborar una visión distinta que permitiera medir el desarrollo centrada en el ser (bienestar y capacidades de los seres humanos) (Nussbaum y Sen, 1993)

Cabe hacer notar que esta visión resultante rinde tributo a las aportaciones que en materia de desarrollo proponía Sen Amartya (2000) el cual centra su propuesta en las libertades humanas, las cuales son entendidas como oportunidades determinadas por otras realidades, como son las condiciones que facilitan el acceso a la educación, la salud y las libertades cívicas.

Esta autora ha realizado importantes contribuciones al campo del desarrollo humano. Su enfoque se diferencia de las perspectivas tradicionales que se centran en el crecimiento económico, al enfatizar la expansión de las capacidades y libertades de las personas como el objetivo central del desarrollo. El enfoque de Sen ha llevado a un replanteamiento de las políticas de desarrollo, con un mayor énfasis en la educación, la salud, la atención social y la participación ciudadana. La visión de Amartya Sen sobre el desarrollo humano ha tenido una influencia significativa en el campo y ha contribuido a un enfoque más centrado en las personas y la justicia social en el desarrollo.

Según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (1990: 31) como:

Aquel que sitúa el desarrollo de los individuos en el centro del desarrollo, de manera que se goce de más oportunidades y un alto nivel de vida y para ello es necesario un modelo socioeconómico contrario a la acumulación de riqueza y que promueva una redistribución más igualitaria de la misma.

Lo señalado anteriormente nos muestra que el desarrollo humano es un enfoque con una visión distinta, el cual hace mayor énfasis muestra en la ampliación de las oportunidades del ser humano, en su búsqueda del bienestar social; por ello los gobiernos deben hacer mayores inversiones en programas educativos y salud porque teniendo personas más satisfechas en sus necesidades estas serán más productivas y esto redundará en mayores niveles de productiva económica.

Para Sen (2000), la preocupación central es la libertad de elección y superación de obstáculos que impiden el despliegue de las libertades, como por ejemplo, la capacidad de vivir muchos años, de ocupar un empleo gratificante, de vivir en un ambiente pacífico y segundo de gozar de la libertad. Es de resaltar que además de esta propuesta se presentó un nuevo instrumento de medición que generara una tendencia internacional para que los países se preocuparan por

crear las condiciones estructurales para que de este modo los individuos puedan tener la libertad de demandar la realización de sus justas aspiraciones.

En tal sentido, el desarrollo humano posee como objetivo fundamental garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos. Así como lograr la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de todas las mujeres y niños.

A este respecto, el desarrollo humano significa no solo que los individuos cuenten con los recursos suficientes para cubrir sus necesidades básicas, sino también que tienen acceso a los sistemas de salud y educación, adecuados niveles de seguridad personal, plenas libertades políticas y culturales, así como la capacidad para cultivar sus intereses y desarrollar sus potencialidades productivas y creativas, entre otros.

De este modo, desarrollo humano también significa calidad de vida, participación activa en las decisiones que afectan su entorno, oportunidades para desarrollar al máximo sus capacidades y respeto a los derechos humanos y a la dignidad de la vida. Este va más allá del nivel de ingresos o riqueza de una economía considerada como tal, se enfoca en la riqueza del más importante recurso con que cuenta una nación: el capital humano.

En este sentido, la propuesta del desarrollo humano se ha constituido como una nueva manera de ver el mundo que tenemos y las relaciones que en él se construyen, ha venido a significar la puesta en evidencia de una multiplicidad de carencias cognitivas y afectivas acerca de la diversidad social y cultural que a lo largo de siglos de existencia el hombre ha podido construir para asegurar la supervivencia.

A asumir el desarrollo humano desde esta perspectiva se reafirma su carácter de sustentabilidad que implica un proceso de desarrollo capaz de controlar armónicamente los medios que utiliza. No se trata por lo tanto de limitar el crecimiento sino de liberarlo de sus propios límites conceptuales y facticos, que lo extravían al dicotomizar progreso material y progreso humano, preservación del ambiente y utilización de recursos disponibles. De tal manera que siendo el desarrollo humano por una parte la conquista gradual de factores que estimulan el despliegue de las potencialidades del individuo, la familia y las comunidades, y por otro lado, un proceso de remoción de impedimentos para el desarrollo y la superación

progresiva de las diversas formas de sufrimiento individual y colectivo, este debe ser entendido en su práctica como un proceso que no solo trasciende el economicismo convencional, sino también aquel “desarrollo social” que solo pretende atenuar los desajustes producidos por los procesos económicos.

Es en esta mirada y desde la salud que el desarrollo humano se convierte en una genuina estrategia de fortalecimiento de las capacidades humanas para enfrentar los procesos de salud y enfermedad y por lo tanto no puede ser reducida solo a una política social que tenga como objetivo recomponer lo que la gestión económica y política deteriora o destruye.

Tomando en consideración lo anterior se tiene, que para cambiar la concepción sobre la gestión pública en salud hay en primer término que entender la acción en salud más allá de la atención médica y ampliar el horizonte hacia las actividades de promoción de la salud y de la vida, fortaleciendo la participación ciudadana y su capacitación acerca de los procesos de salud y enfermedad a objeto de que estos puedan modificar su entorno y hábitos de vida para poseer una mejor calidad de vida.

Dentro de este orden de ideas, es importante hacer notar, que los problemas del desarrollo han estado relacionados con el progreso económico y social y con el atraso. Es por ello, que los índices de pobreza, la desigualdad, las distancias entre los ritmos de crecimiento del producto interno bruto de los países industrializados frente al de los países no industrializados.

Al establecer comparaciones acerca de los enfoques del desarrollo señalados encontramos como aspectos coincidentes la preocupación acerca de la incorporación de la variable ambiental dentro de la propuesta del desarrollo, y la búsqueda del bienestar social; como diferencias se destacan que el desarrollo endógeno sigue haciendo énfasis en el crecimiento económico como una condición para la consecución del desarrollo social, solo que este no va venir desde afuera sino que se deben crear las condiciones para que se de el desarrollo local fortaleciendo las capacidades regionales; en cambio tanto el desarrollo sustentable como la propuesta del desarrollo humano propuesta por Sen no hace énfasis en el aspecto de la territorialidad sino que señalan que la estrategia de desarrollo que se implemente debe trabajar lo económico creando las oportunidades para que las personas puedan acceder a

puestos de trabajos con remuneraciones satisfactorias que le permitan acceder a un mejor nivel de vida.

Cabe hacer notar que previo a la propuesta del enfoque del desarrollo humano han existido numerosos enfoques y propuestas centradas en el crecimiento económico, los cuales permiten entender la evolución de este enfoque. A continuación se presenta un cuadro contentivo con estas visiones:

Teoría	Año de creación	Postulados	Aportes al tema
<b>Economistas Clasicos (Adam Smith, David Ricardo)</b>			
<b>Adam Smith</b>	1776	Una sociedad con una oferta de bienes y servicios que aumente ante la mayor productividad asociados a la división del trabajo, alcanzara un mayor crecimiento económico que irradiara a sus clases mas bajas.	Enfatizaron los beneficios del libre comercio y desarrollaron un análisis organizado del valor de los bienes y servicios como reflejo de su costo de producción.
<b>Adam Smith</b>	1776	Una sociedad con una oferta de bienes y servicios que aumente ante la mayor productividad asociados a la división del trabajo, alcanzara un mayor crecimiento económico que irradiara a sus clases mas bajas.	Enfatizaron los beneficios del libre comercio y desarrollaron un análisis organizado del valor de los bienes y servicios como reflejo de su costo de producción.

<b>David Ricardo</b>	1817	Acerca del crecimiento económico considera al precio natural de la mano de obra como el pago necesario que permite a los trabajadores la subsistencia, sin variación en su nivel de vida.	Analizo la relación entre beneficios y salarios, que significo una de las bases de la Ley de rendimientos decrecientes. Creo la Teoria de la Renta.
<b>Enfoque Cepalino</b>	Creación de la comisión de la	Se caracteriza por su enfoque estructuralista con una	Es un enfoque estructuralista cuya

	CEPAL en 1948	preocupación en el crecimiento equitativo, el progreso técnico y la justicia social.	preocupación central es el crecimiento equitativo progreso técnico y justicia social.
<b>Enfoque de la Dependencia</b> Raul Prebisch	1950	Senala que la negligencia o intención deliberada de los países ubicados en el centro del sistema capitalista mundial conduce a la explotación de países pobres de la periferia, lo que significa una permanente concentración de capital al centro y una ausencia del mismo en los países periféricos.	Otorgo gran importancia al movimiento internacional de capitales, tanto en las inversiones extranjeras directas como a las transferencias de capital desde los países periféricos hasta los centrales.
<b>Teoría de la Modernización.</b> Rostow	(1967)	Postula que para alcanzar el desarrollo es necesario reemplazar la sociedad tradicional por un sistema global de capitalismo internacional.	Esta teoría sostiene que el desarrollo social y político de las naciones ocurre en el cambio de racionalidad de una sociedad basada en los afectos a una sociedad basada en los logros individuales.

Fuente: Elaboración propia de la autora. (2024)

Una vez descritos los principales modelos y teorías sobre el desarrollo, consideramos relevante señalar algunas consideraciones epistemológicas sobre el desarrollo humano por cuanto estas se refieren a la manera en que construye el conocimiento y permiten además entender el proceso del desarrollo:

Para Freire (1967), el conocimiento es un elemento fundamental del desarrollo humano. A través del conocimiento, las personas comprenden el mundo que les rodea, toman decisiones, resuelven problemas y se adaptan a las nuevas situaciones. La naturaleza del conocimiento, es decir, cómo se adquiere, se procesa y se utiliza, tiene una profunda influencia en cómo las personas se desarrollan y crecen. La visión de Freire del desarrollo humano implica una crítica a los modelos educativos tradicionales que perpetúan la dominación y la desigualdad. Propone una alternativa educativa basada en

la participación, el diálogo y la concientización, con el objetivo de liberar a los individuos y construir una sociedad más justa. Su enfoque ha inspirado movimientos de educación popular y transformación social en todo el mundo.

Bourdieu (1970), sostiene que el conocimiento juega un papel fundamental en el desarrollo humano, pero que este papel no es neutral. El conocimiento puede ser utilizado para reproducir las desigualdades sociales existentes o para desafiarlas. Las personas que poseen un mayor capital cultural, es decir, el conjunto de conocimientos, habilidades y valores que son valorados por la sociedad dominante, tienen más oportunidades de éxito en el sistema educativo y en el mercado laboral. Sin embargo, Bourdieu también reconoce que el conocimiento puede ser utilizado como una herramienta para la emancipación y la transformación social. Los grupos oprimidos pueden utilizar el conocimiento para comprender su situación, desarrollar estrategias de resistencia y luchar por una sociedad más justa.

Habermas (1981), critica la visión dominante del desarrollo humano como un proceso meramente técnico y económico, guiado por la razón instrumental. Argumenta que esta visión ignora las dimensiones sociales, culturales y morales del desarrollo, y conduce a la alienación y la dominación. Propone la razón comunicativa como una alternativa a la razón instrumental. La razón comunicativa se basa en el diálogo abierto y racional entre personas libres e iguales, con el objetivo de alcanzar el consenso sobre normas y valores compartidos. Habermas sostiene que el desarrollo humano requiere de una democracia deliberativa, donde los ciudadanos puedan participar activamente en la toma de decisiones que afectan sus vidas. Esta participación se lleva a cabo en la esfera pública, un espacio abierto donde se pueden debatir libremente ideas y propuestas. La educación juega un papel crucial en el desarrollo humano, según Habermas. La educación debe fomentar el pensamiento crítico, la autonomía y la capacidad de participar en la esfera pública.

Para estos autores la cultura incide en la forma de construcción del conocimiento sobre el desarrollo humano debido a que las concepciones que se tengan sobre este va depender de las creencias, valores y prácticas sociales que posean las personas sobre el mismo. Asimismo, el contexto tanto familiar, cultural y social va influir en el desarrollo

de las personas. Las prácticas culturales y relaciones sociales van influir sobre el desarrollo humano.

Una vez descrito y analizado lo concerniente a algunas consideraciones epistemológicas y teorías que han explicado el desarrollo humano, creemos pertinente esbozar y analizar las diferentes concepciones o enfoques sobre el desarrollo humano, lo cual brindara luces sobre si algunas de estas características están presentes o no en la gestión pública de salud en la actualidad.

### ***2.2.8.1.- Concepciones o Enfoques del Desarrollo Humano:***

**Figura N° 10**  
**Concepciones o enfoques sobre el desarrollo humano**



Fuente; Elaboración propia de la investigadora.2024.

- **Desarrollo Humano Convencional o Clásico (El desarrollo vinculado al crecimiento económico). El ser humano es instrumento del crecimiento económico, Smith Adam (1976):**

Este enfoque plantea que el desarrollo económico es un cambio cualitativo y reestructuración de la economía de un país en relación con el progreso tecnológico y social. El principal indicador del desarrollo económico es el aumento del PNB percapita, que refleja el incremento de la productividad económica y el bienestar material, como promedio de la población de un país. Para Smith (1976:48) “el crecimiento del PIB se considera el principal indicador del progreso y el bienestar social”.

En este enfoque el desarrollo económico está estrechamente vinculado al crecimiento económico, y el desarrollo está asociado a la idea del crecimiento económico. Es decir, el crecimiento económico incrementa el volumen de recursos disponibles para el país, los cuales en gran medida van a reflejarse en mayores ingresos de las familias y el gobierno.

Estos mayores ingresos contribuirán al desarrollo humano en tanto se utilicen en aquellos rubros que contribuyan efectivamente con el incremento de las capacidades como educación o salud. Es decir el crecimiento económico amplió la base material para la satisfacción de necesidades humanas pero, el grado en que se satisfagan esas necesidades depende de la distribución de los recursos entre la gente y la distribución de las oportunidades, particularmente el empleo.

En este sentido, los vínculos con el crecimiento económico no solo dependen del monto de los mayores ingresos sino de la manera en que las familias y el gobierno optan por gastarlos. En el caso del gobierno el vínculo entre crecimiento económico y desarrollo humano será mayor mientras mayor sea la proporción del gasto público destinado a los programas sociales y dentro de estos, mientras mayor sea el peso de educación y salud. Smith (1976:117) evidencia una desconsideración de aspectos sociales y ambientales cuando plantea: “Se le da menor importancia a factores como la distribución del ingreso, la equidad social, la protección del medio ambiente y el desarrollo humano integral”.

Este autor promueve una visión tecnocrática del desarrollo, donde se prioriza la aplicación de técnicas y modelos económicos para impulsar el crecimiento. Esta postura sobre el desarrollo humano algunos críticos la consideran limitada. El enfoque economicista no considera aspectos fundamentales del desarrollo humano como la salud, la educación, la cultura y la participación ciudadana. Tomando en consideración lo señalado con anterioridad, podemos

afirmar que el desarrollo humano requiere entre otras cosas, que se efectuó una inversión considerable, en educación, salud y nutrición. El resultado sería una población más saludable y educada, capaz de ser más productiva desde el punto de vista económico. Esta es la vinculación entre salud y crecimiento económico, puesto que este último permitirá el desarrollo humano si los ingresos generados se invierten en mejorar la infraestructura sanitaria, dotación de equipos e insumos médicos y salarios acordes con la capacitación del personal que labora en los mismos. Todo ello debe contribuir en la prestación de un servicio de salud pública de calidad.

#### ***2.2.8.2.- Enfoque de Desarrollo a Escala Humana, Manfred Max-Neef (1986):***

Es una propuesta alternativa al desarrollo tradicional, centrada en las necesidades y potencialidades humanas, la autodependencia y la articulación orgánica entre los diferentes aspectos de la vida. Max-Neef Manfred (1996), propone una nueva visión del desarrollo basada en la satisfacción de necesidades humanas básicas, la autodependencia y la participación social.

La escala humana es un término utilizado para referirse a un factor que toma a las personas como medida primordial de desarrollo y la asociación; su postulado básico es que el desarrollo debe girar en torno a las personas, siendo el criterio usado para gestar y promover relaciones y asociaciones humanas directas, es decir en base a las relaciones particulares inmediatas entre personas.

Para Max-Neef Manfred (1996:233), “El DEH parte del reconocimiento de las necesidades humanas básicas como punto de partida para el desarrollo. Propone una clasificación de las necesidades en existenciales, de subsistencia, de afecto, de entendimiento, de participación, de trascendencia y de ocio”

Busca esta nueva visión de desarrollo humano, incentivar y preferencial el contacto humano cara a cara a través de ambientes sociales, económicos, urbanísticos etc, satisfactorios y favorables para el desarrollo del potencial de cada individuo como la convivencia solidaria, entendidos como dos factores indispensables para el desarrollo integral.

El desarrollo a escala humana, plantea en forma general la necesidad de promover un desarrollo orientado a la satisfacción de las necesidades humanas, es una teoría que trasciende

las posiciones tanto económicas como sociales, políticas, culturales porque visualiza al ser humano como ente primordial de su desarrollo, y este desarrollo debe ser articulado al plan global de la nación.

Max-Neef Manfred (1996:73), el DEH propone “una visión integral del desarrollo que considera la interrelación entre los diferentes aspectos de la vida, como la economía, la política, la cultura, la ecología y la espiritualidad”. Este enfoque asigna un rol protagónico al ser humano como promotor del desarrollo local, regional y nacional, en el que el Estado actúa como estimulador de soluciones creativas surgidas de todos los espacios, las cuales emergen de abajo hacia arriba y no son impuestas por leyes o decretos, estableciendo un modelo de autodependencia. El DEH promueve la autodependencia de las personas y las comunidades como condición para un desarrollo sostenible. Busca fortalecer las capacidades locales para satisfacer las necesidades propias y participar activamente en la toma de decisiones. Según Max-Neef Manfred (1996:76) “el DEH promueve la autodependencia de las personas y las comunidades como condición para un desarrollo sostenible. Busca fortalecer las capacidades locales para satisfacer las necesidades propias y participar activamente en la toma de decisiones”.

Es decir, esta propuesta rompe con los paradigmas de la economía, ya que esta nos menciona que el simple hecho de que un país aumente el PIB no quiere decir que aumente el nivel de vida de las personas, debido a que el desarrollo va mucho más allá de una simple cifra. El desarrollo se verá reflejado solamente en la calidad de vida de los individuos de una nación, en la cobertura en salud, educación, seguridad social, entre otros. En tal sentido, la calidad de vida dependerá de las posibilidades que tengan las personas de satisfacer adecuadamente sus necesidades fundamentales. En este caso el desarrollo se refiere a las personas y no a los objetos.

Pensar la salud desde el enfoque a escala humana, es visualizar a un gobierno sea nivel nacional, regional o local que impulsa el accionar de los sujetos sociales para que estos se organicen y participen; en el caso de la salud tenemos las organizaciones comunitarias en salud (OCS) y también los consejos comunales son organizaciones que buscan la resolución de las problemáticas que afectan al colectivo. Un gobierno que realmente desea la satisfacción de las necesidades humanas, fortalecerá a estas entidades conformadas a través

del aporte del financiamiento necesario para su funcionamiento, así como dotar de la capacitación y formación que amerite para que provea a la comunidad de las herramientas necesarias para la prevención de las enfermedades.

### ***2.2.8.3.- Desarrollo Humano como construcción sociocultural múltiple, histórico y territorialmente contextualizada (el ser humano como sujeto de desarrollo)***

***Amartya Sen (2000):***

El desarrollo entendido como construcción sociocultural múltiple, histórico y territorial contextualizada se configura en alternativa resignificada que enriquece a los debates contemporáneos problematizadores del discurso convencional centrado en el crecimiento económico. Apunta a nuevas formas de comprenderlo y operarlo que otorgan importancia a lo humano, social, político y económico espacio- temporal en relación integral, sinergia, sistémica y emergente, siendo su preocupación la realización de sujetos individuales y colectivos que posibilite la construcción de horizontes de sentidos de contextos específicos.

Sen (2000:56) destaca “la importancia de las **capacidades** que las personas tienen para llevar a cabo una vida plena y significativa, y las **libertades** que poseen para elegir entre diferentes estilos de vida”. Sen ha criticado el enfoque tradicional del Desarrollo Humano, centrado en el crecimiento económico, por no considerar adecuadamente las dimensiones sociales y humanas del desarrollo. Asimismo plantea el autor que “Junto a Mahbub ul Haq, Sen desarrolló el **IDH**, que mide el nivel de desarrollo humano de un país en función de la esperanza de vida, la educación y el ingreso per cápita”.

La intencionalidad del desarrollo en este enfoque no está predeterminada, sino que la define cada grupo humano que asume de manera consciente su propio proceso, se plantea en términos de realización humana, lo que no excluye la satisfacción de las necesidades humanas, pero dota a esa satisfacción de un sentido particular. Para Sen (2000:45) “se debe hacer más énfasis en la importancia de reconocer y respetar la diversidad cultural en los procesos de desarrollo”.

Sen (2000) considera al ser humano como un agente activo de su propio desarrollo, capaz de transformar su entorno y mejorar sus condiciones de vida. En este enfoque el ser humano se concibe como sujeto que posee conciencia de las emociones y capacidades para transformar,

relacionarse y asumir sus actos, es capaz de reflexionar sobre su contexto. Un sujeto que se autoreconoce y autovalora, que respeta la naturaleza y su entorno y además comprende que su relación con este debe ser de armonía y respeto.

Es decir, este enfoque plantea un desarrollo con contenidos éticos, en otras palabras, respeto a la diversidad biológica, diversidad cultural, tolerancia, reconocimiento en la pluralidad de modelos económicos posibles, existencia en enfoques pluralistas y no reduccionista sobre la tecnología, valorización de los seres humanos, respeto de la biosfera, responsabilidad por administración del consumo y la integridad y supervivencia de la naturaleza y solidaridad internacional e intergeneracional de los pueblos.

Concebir la salud desde este enfoque, es visualizar a las personas que ya conscientes sobre su rol de ser actores activos capaces para transformar y propiciar el cambio se organizan para lograr objetivos en común y ser interlocutores activos dentro del proceso de toma de decisión en la formulación de políticas públicas, debido a que estos actores han traspasado el umbral para convertirse en movimientos sociales que persiguen cambios y transformaciones en la búsqueda de elevar la calidad de vida, como es el caso de movimientos ambientalistas. La promoción y búsqueda del logro de un desarrollo que armonice la relación del hombre y naturaleza en la elevación y satisfacción de sus necesidades humanas.

### **2.3- Bases Legales:**

En este apartado se expondrán algunos artículos sobre leyes y reglamentos que se relacionan con el área de la salud, por estar vinculada a la temática objeto de la investigación. En este sentido, se tiene en primer lugar, que la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) señala sobre la salud en los artículos 83 y 84 lo siguiente:

Artículo 83: La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizara como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollara 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.

Este artículo de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) hace referencia a la importancia y jerarquía que tiene la salud dentro del sistema jurídico venezolano, estableciéndolo como un derecho social fundamental, el cual está garantizado por el Estado, quien está obligado y encargado de promover políticas para el aumento y estabilidad de una mejor calidad de vida con el fin de lograr el bienestar común y el acceso efectivo y eficaz de los servicios.

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

El artículo 84 rescata la rectoría del Estado en las políticas de salud y contempla la creación de un sistema público nacional de salud, definiendo sus características: intersectorial, descentralizado y participativo, integrado a la seguridad social, regida por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad.

Otro instrumento importante dentro del marco legal de la salud, es la **Ley Orgánica de Salud de la República Bolivariana de Venezuela**, la cual es la legislación que regula todo lo relacionado con la salud en Venezuela la cual fue decretada el 11 de noviembre de 1998 en Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela bajo el número 36.579, durante la presidencia del Dr. Rafael Caldera, sustituyendo la ley de sanidad creada el 22 de julio de 1938 y la Ley orgánica del sistema nacional de salud, publicada el 23 de junio de 1987.

A ese respecto, esta ley señala lo siguiente:

Artículo 1º Esta Ley regirá todo lo relacionado con la salud en el territorio de la República. Establecerá las directrices y bases de salud como proceso integral, determinará la organización, funcionamiento, financiamiento y control de la prestación de los servicios de salud de acuerdo con los principios de adaptación científica tecnológica, de continuidad y de gratuidad, este último en los términos establecidos en la Constitución de la República. Regulará igualmente los deberes y derechos de los beneficiarios, el régimen cautelar sobre las garantías en la

prestación de dichos servicios, las actividades de los profesionales y técnicos en ciencias de la salud, y la relación entre los establecimientos de atención médica de carácter privado y los servicios públicos de salud contemplados en esta Ley.

De igual forma, es importante hacer notar que esta ley señala un concepto sobre la salud y enuncia una serie de principios bajo los cuales deben regirse los servicios prestados:

Artículo 2° Se entiende por salud no sólo la ausencia de enfermedades sino el completo estado de bienestar físico, mental, social y ambiental. Artículo 3° Los servicios de salud garantizarán la protección de la salud a todos los habitantes del país y funcionarán de conformidad con los siguientes principios:

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

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

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

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

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

No obstante, cabe hacer notar que previo a la aprobación de **Ley Orgánica de salud de 1998**, ya en medio de discusiones y de las reformas necesarias al sistema de salud, el Congreso de la República vigente para ese momento, aprobó el 10 de junio de 1987 la Ley Orgánica del Sistema Nacional de la Salud en la cual se establecieron en sus artículos la definición del sistema nacional de salud, así como su objetivo; también en ella se reafirma el carácter no discriminatorio en la prestación del servicio, la necesidad sobre la participación de la comunidad en el proceso de salud y enfermedad y la concepción de integralidad sobre el concepto de la salud, lo que se expresa en su articulado del siguiente modo:

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

Artículo 3: El sistema Nacional de Salud garantizará la protección de la salud, a todos los habitantes del país, sin discriminación de ninguna naturaleza.

Artículo 4: El objeto del sistema nacional de salud es la prestación de servicios en la atención, encaminados no solo a procurar la ausencia de la enfermedad, sino a promover el mayor bienestar físico, mental, social de los habitantes.

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

Dentro de este orden de ideas, es importante hacer notar, que el 14 de diciembre de 2004, la Comisión Nacional de Desarrollo Social de la Asamblea Nacional aprobó un nuevo proyecto de ley de salud que hasta la fecha, se encuentra aún en discusión entre los legisladores del gobierno venezolano. De aprobarse este proyecto de Ley derogaría la Ley Orgánica actual de fecha 1998, así como todos aquellos reglamentos o cualquier otra disposición legal que coliden con esta ley.

Es importante hacer notar, que la revisión de la presente ley de salud venezolana por parte de los legisladores de la Asamblea Nacional y otros dirigentes se fundamenta en la eliminación de lo que el gobierno denomina “vicios” que hacen al sistema de salud en Venezuela un programa anárquico. El eje central de la reforma de ley es la creación del sistema público nacional, ente que una vez sea creado asesorará entre otros, el mismo Ministerio del Poder Popular para la Salud en Venezuela.

Es de resaltar que pese a que en la Carta Magna se resalta la creación de un sistema público nacional de salud, con la Ley Orgánica de Salud vigente (1998), esta unificación de todos los organismos de salud no se efectúa, por el contrario, tenemos dos sistemas de salud funcionando en forma paralela; el sistema de salud tradicional conformado por los

ambulatorios rurales y urbanos y el nuevo sistema donde se ubican los consultorios populares, hospitales y centros médicos de diagnóstico integral.

En lo que respecta, a la revisión del articulado de esta ley, se pudo notar que en la misma se mantiene el rol de rector y control de la política de salud por parte del Estado, al igual que se establece en la carta magna solo, que en esta ley se establecen con claridad que esta responsabilidad en la ejecución de la política de salud es compartida con los gobernadores de estado y los alcaldes producto de la asunción de esta competencia a partir del proceso de descentralización.

En este respecto, en los artículos números 5 y 9 de la Ley Orgánica de Salud se establece lo siguiente:

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

Artículo 9: Las administraciones públicas en salud del Distrito Federal de los estados y los municipios ejercerán la función administrativa de la organización pública en salud en sus respectivos territorios de conformidad con lo establecido en esta ley.

De igual manera, cabe señalar que en los artículos 14, 16 y 20 de la referida ley, se establece lo relativo a las funciones y competencias que deben ejercer los gobernadores, alcaldes y el ministerio de salud, así como los mecanismos para la coordinación en la formulación y ejecución de la política sanitaria entre ellos.

Artículo 14: El gobernador del Distrito federal y los gobernadores de los estados serán responsables del cumplimiento de la política nacional de salud y de la programación, organización y dirección, ejecución y coordinación de la Organización Pública en Salud en su respectiva entidad, de conformidad con las disposiciones contenidas en esta ley.

Artículo 15: Los alcaldes serán responsables en sus respectivos municipios de la gestión de los servicios de promoción de la salud, saneamiento ambiental, atención médica del nivel primario y contraloría sanitaria, de conformidad con lo dispuesto en este capítulo y en el capítulo III del presente título, así también como lo establecido en los títulos III y VII de esta Ley. En el ejercicio de las funciones

antes señalas, los alcaldes actuaran con las políticas del Ministerio de Salud, el Plan Estatal de la Salud y los Programas de la Organización Pública de la Salud.

Artículo 20: El Ministerio de la Salud y los gobernadores se reunirán ordinariamente en forma trimestral y extraoficialmente previa convocatoria por el ministro o a la solicitud de los gobernadores o a los fines de evaluar la programación y coordinación de los objetivos anuales de la Organización Pública de la Salud, la ejecución de las actividades en Salud a nivel local en las entidades territoriales, el presupuesto nacional para la salud, el plan coordinado de inversiones y los planes especiales de inversión.

La legislación en materia de salud en Venezuela está primordialmente regulada por la Ley Orgánica de Salud (LOS), que fue aprobada en 1998 y ha sido objeto de varias reformas desde entonces. Esta ley establece los principios rectores del sistema de salud venezolano, incluyendo la atención integral, la participación comunitaria, la gratuidad, la equidad y la universalidad. Sin embargo, la realidad del sistema de salud en Venezuela es compleja y presenta numerosos desafíos. En los últimos años, el país ha experimentado una crisis económica y política que ha afectado la capacidad del sistema de salud para brindar atención de calidad a la población. Entre los principales problemas que enfrenta el sistema de salud venezolano, se encuentran: Falta de recursos y equipo médico, escasez de personal médico, problemas de infraestructura, acceso limitado a la atención médica, lo que han llevado a una disminución en la disponibilidad y calidad de la atención médica en Venezuela.

## **CAPITULO III: CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS**

### **3.1.- Paradigma de investigación**

La presente investigación se inscribió en el paradigma cualitativo, y se hizo uso del método fenomenológico el cual se enfoca en la experiencia subjetiva de individuos y grupos, intenta develar el mundo según lo experimenta el sujeto a través de sus historias del mundo de la vida. Según Husserl (1998), es un paradigma que pretende explicar la naturaleza de las cosas, la esencia y la veracidad de los fenómenos. El objetivo que persigue es la comprensión de la experiencia vivida en su complejidad; esta comprensión, a su vez, busca la toma de conciencia y los significados en torno al fenómeno. En este sentido, conocer las vivencias por medio de los relatos, las historias y las anécdotas es fundamental porque permite conocer la naturaleza de la dinámica del contexto e incluso transformarla.

### **3.2.- Modalidad de investigación: fenomenología:**

Husserl (como se cita en Brennan 1999) define la fenomenología como el “estudio de los fenómenos tal como los experimenta el individuo, con el acento en la manera exacta que un fenómeno se revela en si a la persona que lo está experimentando, en toda su especificidad y concreción”. (p.295) En otras palabras, la fenomenología es una filosofía y un método en investigación para comprender las experiencias vividas del ser humano en el mundo.

### **3.3.- Proceso metodológico desarrollado**

Tomando en cuenta que se asumió la fenomenología como el método para el desarrollo de esta investigación, el cual se define como: “el estudio de los fenómenos tal como son experimentados, vividos y percibidos por el hombre” (Martínez, 2009 p. 138), veamos a continuación la forma como es estructuro y se implementó el método, a partir de los señalamientos dados por Martínez (2009) y Leal (2008):

### **Etapa descriptiva:**

A objeto de lograr la descripción del fenómeno que refleje la realidad vivida por cada actor (se seleccionaron 3 actores, gerentes del área de salud pública) se dio el proceso a través de los siguientes pasos:

**1er paso:** Elección de la técnica o procedimiento apropiado para recabar la información. En el caso de esta investigación se seleccionó la técnica de la entrevista en profundidad y la observación directa. Para la realización de las entrevistas se acordó vía telefónica con cada actor seleccionado un día lugar y hora que se dispusiera del tiempo requerido para que el entrevistado tuviese la oportunidad de expresar libremente sus experiencias vivenciales.

**2do paso:** Aplicación de la entrevista en fecha, lugar y hora acordada.

**3er paso:** Elaboración de la descripción protocolar, la cual consistió en transcribir las entrevistas tal y como se dieron en la realidad, lo más completamente posibles, sin omitir detalles, sin elementos proyectados del investigador que recoja el fenómeno natural tal como lo describe el informante.

Luego de haberse realizado las entrevistas se efectuó la extracción de cada una de las entrevistas de las ideas fuerzas que se constituyen en las categorías centrales del estudio. Este último paso da cabida a la siguiente etapa.

**Etapa estructural: En esta etapa se estudian las descripciones contenidas en los protocolos, es decir, las entrevistas de los sujetos de investigación de acuerdo a los pasos siguientes:**

- a. Lectura general de cada una de las entrevistas hechas a los sujetos de investigación
- b. Extracción de las categorías de análisis que se refieren a las ideas fuertes presentes en cada entrevista
- c. Desarrollo de cada una de las categorías de análisis tomando en consideración la visión de los actores seleccionados para la investigación, luego se realizó interpretación por parte del investigador de cada una de ellas. Esto generó la conformación de redes categoriales.

Etapa de discusión de los resultados: Aquí se discutieron e interpretaron los resultados mediante el apoyo bibliográfico de diferentes fuentes bibliográficas.

### **3.4.- Caracterización de los informantes claves:**

En las investigaciones sociales aplicadas a campos de estudio, la información proviene de fuentes vivas, es decir de sujetos que en su cotidianidad viven experiencias que están cargadas de significaciones, que pueden ser interpretadas para dar respuestas a situaciones que se evidencian en esos espacios sociales. Estos sujetos como refieren Taylor y Bogdan (1987) son llamados informantes clave.

En correspondencia con esto, se utilizó un muestreo por conveniencia donde los informantes clave fueron escogidos considerando la disponibilidad del investigador a acceder a ellos, como refiere Mendieta (2015), este muestreo “se utiliza cuando se elige población y no se sabe cuántos sujetos pueden tener el fenómeno de interés, aquí se recurre a los sujetos que se encuentre” (p. 1149). Se consideraron tres (3) informantes clave, lográndose alcanzar el punto de saturación.

El punto de saturación, como indica Mejías (2003), es cuando se ha alcanzado una diversidad de ideas e información, producto de las entrevistas u observación y ya no aparecen elementos que se consideren relevantes, es decir la información obtenida es suficiente para dar respuesta al fenómeno de investigación desde la premisa que la “generalización se sustenta en el principio de que lo universal se encuentra en lo particular” (p. 193). Cada sujeto desde sus vivencias en la cotidianidad tiene información relevante, que cuando se integra en una sociedad con otros, opina, participa, acepta nuevas visiones que asume y hace suya, que se transforma en información(conocimiento) desde el conjunto que integra la sociedad, como parte de una totalidad social.

En la medida que el investigador se relacionó con los informantes clave, escuchó sus relatos y obtuvo información, que, en un momento al pasar de informante en informante, empezó a notarse repeticiones y variantes mínimas, siendo considerado el momento necesario para detener la recolección, lo que muestra que sólo se requirió tres (3) informantes.

Los informantes fueron seleccionados, teniendo como base los criterios que plantea Valles (1998), seleccionando como contexto relevante el Municipio Sucre del Estado Sucre. Vale decir, que se selecciona al Municipio Sucre, debido a que la investigadora no cuenta con los recursos económicos y la logística para abordar otros municipios del estado Sucre. Los informantes poseían con una trayectoria de participación en los procesos de gestión en el área de salud.

Las cualidades y características de los informantes fueron consideradas en correspondencia con el propósito de la investigación. Los entrevistados son profesionales de las Ciencias Sociales, con más de 23 años de servicio en el sector salud, coordinando, ejecutando y evaluaciones políticas públicas en salud<sup>1</sup>. Además, los mismos son formadores universitarios.

### **3.5.- Técnicas de recolección de información: Entrevistas y observación en fenomenología.**

La entrevista en profundidad se realizó adquirir información acerca del objeto de estudio, teniendo en cuenta que esta información está presente en la biografía del individuo entrevistado. En esta entrevista, se recopiló la interpretación que el sujeto evaluado posee con referencia a su experiencia. Por otro lado, la entrevista conversacional logró conseguir el significado vivido de una experiencia específica relegando las interpretaciones subjetivas acerca de ello.

La observación de cerca procuró acercarse, lo más próximo posible, al mundo vital del individuo observado con el objetivo de llegar a aprehender in situ el significado de la experiencia vivida por él. De otro lado, en la observación participante, el investigador procura introducirse y formar parte de la cultura y contexto del que es parte quien está en estudio.

### **3.6.- Tratamiento y análisis de la información.**

.Una vez transcritas, se realizó lectura de cada una y **se extrajeron las ideas fuerzas**, que se constituyeron en las categorías de análisis centrales de este trabajo, lo que permitió construir **redes categoriales** en cada una de las dimensiones que formaron parte de los objetivos del trabajo.

Luego se realizó la triangulación es decir, una vez transcrito el testimonio de cada sujeto de investigación a partir de la entrevista efectuada, se contrastó este testimonio con autores que trabajaran cada una de las categorías extraídas de las entrevistas y el investigador emitía en cada caso su interpretación, lo que arrojaría al final las líneas sobre la propuesta de este trabajo. Se deconstruyó, construyó y reconstruyó, es decir se realizó un análisis hermenéutico.

## CAPITULO IV

### HALLAZGOS DE LA INVESTIGACION

#### LA GESTIÓN PÚBLICA EN SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DEL DESARROLLO HUMANO

El siguiente apartado versa acerca de los hallazgos significativos encontrados a partir de los testimonios de los informantes claves seleccionados para esta investigación. En este sentido, se extrajeron una serie de aspectos que hemos denominado **dimensiones** y de estas se derivaron términos o frases significativas, que se han denominado **categorías**, las que darán cuenta de los senderos investigativos trazados como norte en este trabajo.

En la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) y en el Reglamento de la Ley Orgánica de Salud (2012) se describen enunciados y propuestas acerca del funcionamiento del sistema de la salud, más sin embargo, en la praxis esto no se cumple de ese modo. Por ejemplo en la carta magna se propone la unificación del sistema de salud pública, es decir, que todos los entes que administran y prestan el servicio de salud funcionen coordinados y dirigidos por un solo ente; sin embargo, cada organismo funciona en forma independiente, lo que trae como consecuencia dispersión de recursos económicos humanos y de materiales.

Igualmente se promueve la participación de las comunidades dentro de la gestión pública; creándose organizaciones como los consejos comunales y para el caso de la salud las organizaciones comunitarias en salud, en algunos estados del país.

A este respecto, emergieron las siguientes dimensiones como: instrumentos legales, políticas públicas, aspectos administrativos, efectividad y continuidad y la provisión de los servicios sanitarios, productos de los testimonios aportados por los sujetos de investigación. A continuación se desarrollan cada una de estas.

**4.1.- Significado de la gestión pública en salud en relación a: instrumentos legales, políticas públicas, aspectos administrativos, efectividad y continuidad, provisión de los servicios sanitarios.**

**Figura N° 1**  
**Dimensiones de la gestión pública**



Fuente: Elaboracion propia de la Investigadora.2022.

A continuación se desarrollaran cada una de las dimensiones de la gestión pública que emergieron de los testimonios recogidos.

#### **4.1.1.- Dimensión instrumentos legales: el deber ser de la gestión pública en salud desde los instrumentos legales.**

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) y el Reglamento de la Ley Orgánica de Salud (2012) han creado una plataforma técnica, filosófica, ontológica y Ética, que pudieran garantizar el derecho a la salud como un bien, que todos los ciudadanos requieren o demandan; todas estas pautas posibilidades que deberían materializarse a través de la gestión pública que realizan las instancias reales para tal fin y que representan a la política pública de salud.

En función a lo planteado en esta investigación se realizó un acercamiento a los actores sociales vinculados a la gestión de la salud y se logró identificar y crear una red categorial que da cuenta de la complejidad del tema en cuestión, debido fundamentalmente a las incoherencias y contradicciones entre lo establecido teóricamente y las prácticas que factibilizan la concreción de la política.

Por ello, el informante número 1 señaló: *“lamentablemente en nuestra realidad una cosa es lo escrito en los instrumentos legales y otra lo que ocurre en la realidad. A pesar de que el pueblo demanda y exige la garantía del derecho a la salud, existen muchas deficiencias, lo que ha traído consecuencias negativas, debido a la no atención oportuna del servicio lo cual ha afectado a muchas familias.”*

El testimonio descrito o señalado por el informante deja ver que actualmente el servicio de salud venezolano pese a que posee fortalezas señaladas en el texto constitucional que lo sustentan, en la práctica la población no se siente satisfecha, no hay confianza en el sistema y el pueblo se siente desprotegido de manera general.

Este informante número 1, señaló además lo siguiente: *“algo fundamental y que se considera un avance importante fue la propuesta realizada en relación a la unificación del sistema de salud, para que los recursos fueran concentrados en un solo ente y que este le diera un manejo de los mismos”. De igual modo, este informante manifestó: “esto no se ha concretado, cada organismo trabaja por separado y demanda presupuesto y recursos humanos y materiales para la prestación del servicio”*

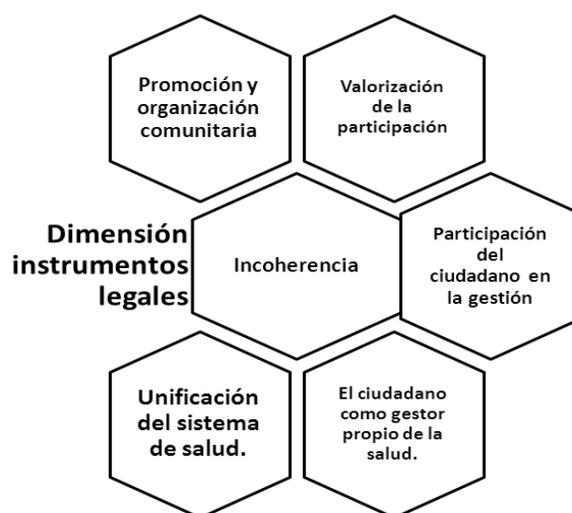
De igual forma, cabe hacer notar que el informante número 2 y el 3 ratificaron lo dicho anteriormente, acerca de los instrumentos legales por cuanto el informante número 2 afirmó lo siguiente: *“una cosa es lo escrito en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y otra cosa es la realidad. Por ejemplo, por mandato constitucional se habla de incentivar para la participación a las comunidades en los procesos de gestión en todas las áreas; educación, seguridad, vivienda, salud y de hecho en el estado sucre se dieron esos cambios al constituirse organizaciones comunitarias de salud; pero las mismas funcionan más con el impulso de los promotores sociales asignados en las comunidades, no existe aún la madurez de las comunidades de asumir los procesos por si solos”.*

Sobre este particular, el informante número 3 señaló al respecto: *“En la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela se habla y se plasma en lo escrito muy bonito, se expresa un ideal de lo que debería ser el sistema de salud pública; se señala sobre la unificación de que todos los entes que presten el servicio trabajen en forma coordinada pero esto no se ha concretado en la práctica”*.

Igualmente, se promueve desde la Constitución la necesidad de que el ciudadano participe, acá el informante número 3 señaló: *“en la Constitución se señala que el ciudadano debe participar en la gestión y que este se apropie del proceso, aquí han habido avances puesto que se han creado diversas organizaciones con este fin; sin embargo estas han funcionado mucho con el empuje de personas que trabajan en las comunidades y organizan actividades no hay madurez suficiente sobre el rol que les toca asumir a cada persona”*.

En función a lo señalado a continuación se tratarán aspectos vinculados a la red de categorías resultantes de los testimonios emitidos por los sujetos de investigación:

**Figura N°2**  
**Red categorial de la dimensión Instrumentos legales**



**Fuente: Elaboración propia de la investigadora. 2022.**

#### ***4.1.1.1- Promoción y organización comunitaria***

Una categoría relevante que surgió en la revisión de los testimonios dentro de la dimensión **instrumentos legales** y que es clave dentro de la investigación es la de la **promoción y organización comunitaria**, la cual hace referencia a todo el proceso de organización de las comunidades para que estas sean capacitadas en el área de la salud y que las mismas sean conscientes de que cada individuo debe ser capaz de cuidar su salud, lo que implica un proceso de reeducación a fin de modificar hábitos y estilos de vida para que estos sean más saludables.

Sobre este particular se establece en el artículo 84 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) lo siguiente: *“La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la planificación, ejecución y control de las políticas específicas en las instituciones públicas de salud”*. De igual modo, en la Conferencia de Alma Ata en 1978 se establece en su sesión IV que: *“el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención en salud”*.

Estos artículos muestran el reconocimiento acerca de la necesidad que la comunidad se organice y participe en todos los asuntos inherentes a su vida, entre los que la salud es de suma importancia; sin embargo, esto se inició en algunos estados del país mas no se ha mantenido.

A este respecto, el informante número 1 señaló lo siguiente: *“en diversas comunidades del país se adelantó un proceso de motivación y organización de las comunidades, así como se han dictado talleres para la capacitación de las personas en aspectos como toma de presión arterial, primeros auxilios, uso de plantas medicinales, entre otros; sin embargo ese proceso no se ha mantenido y en la actualidad no se realiza este trabajo en las comunidades lo cual ha conducido a una merma en la participación comunitaria y una baja motivación de las mismas a congregarse en grupos u organizaciones”*.

Por otro lado, el informante número 3 señaló: *“ la promoción es algo indispensable si se quiere de verdad que la política de salud logre cambios sustanciales en las personas porque la promoción no es solo educar para que las personas aprendan a cuidar su salud sino que implica ir más allá y realizar acciones que se dirijan a la construcción de entornos saludables; lo cual es una invitación a un trabajo en conjunto de equipos de profesionales trabajando en comunidades y gobiernos locales que apoyen y consoliden estas acciones. En los actuales momentos esto no se está llevando a cabo y el estado Sucre es fiel ejemplo de ello”*.

Tomando en cuenta los testimonios de los sujetos de investigación sobre promoción y organización comunitaria, creemos pertinente para efectuar el análisis como categoría

investigativa en primer lugar, definir lo que se entiende como organización y participación comunitaria, puesto que ambos términos van de la mano para que se pueda lograr un real proceso de cambios a través de la educación en salud que conlleve a transformaciones del entorno donde habitan para obtener el bienestar en su salud.

A este respecto, Merino (1997 pag 6) considera lo siguiente:

Participar, (Tomar parte), es la pertenencia a una organización que reúne a más de una persona, por lo tanto tiene un carácter social. Con esta idea se da entender la necesidad de la organización para que exista la posibilidad de la participación. Es decir, el participar presupone la existencia de la organización de los que tienen algo que compartir, siendo esta la condición necesaria para la participación.

Tomando en consideración el autor citado, podemos afirmar que hablar de organización comunitaria implica analizar el proceso de participación comunitaria, el cual va permitir el accionar directo de las personas en búsqueda de soluciones a sus necesidades.

En este sentido, podemos afirmar que en la actualidad, no existe una participación propia en las comunidades, por cuanto esta es inducida por personas que designan las autoridades gubernamentales a trabajar en las comunidades, y que convocan a las personas asistir a actividades de apoyo al gobierno en fechas específicas. No hay motivación, por el contrario en las comunidades se percibe apatía para participar. Es casi una participación forzada, en muchos casos se convoca a los empleados públicos a asistir a estas actividades y algunos en resguardo de su trabajo asisten, otros van porque consideran le deben lealtad al proyecto político del gobierno.

La participación que se quiere es una real y comprometida, que surja de la madurez de las personas, quienes se organizan porque conscientes y conocedoras de sus necesidades deben emprender acciones para solucionar sus necesidades. En este sentido, Montero (2006:124) señala que:

La participación comunitaria hace referencia a la existencia de un colectivo cuyos miembros mantienen una percepción de interdependencia, así como una variedad de actividades y niveles de compromiso. Este colectivo actúa en pos de transformaciones individuales y comunitarias libremente, orientado por valores y objetivos compartidos.

En tal sentido, se tiene que la organización comunitaria contribuye a desarrollar estrategias de análisis colectivas que representan el sentir de la comunidad, por lo que

González (1994; 94) señala que: “la organización es un proceso de integración social de personas y grupos que facilita la satisfacción de intereses y necesidades comunes”. Es importante hacer notar, que los procesos de participación comunitaria se conciben de manera contextualizada e implican una incorporación del espacio en el que se actúa a nivel de los procesos cognitivos y afectivos de los sujetos participantes.

Tomando en consideración lo dicho por los autores (Montero y González) podemos señalar, que actualmente no hay una organización comunitaria real, porque este proceso se da inducido por agentes gubernamentales y no se hace con el objeto de alcanzar metas ni de necesidades comunitarias compartidas por los miembros de las comunidades sino de cumplir asistiendo por la convocatoria hecha por autoridades gubernamentales. Es por ello que se requiere una organización comunitaria comprometida con el interés colectivo y que represente por tanto las necesidades de este y que tenga sentido de pertenencia.

En función a lo anteriormente expresado, podemos señalar que en Latinoamérica y particularmente en Venezuela, a partir de la aprobación de un nuevo texto constitucional en 1999 se le otorgo mayor importancia a propiciar los mecanismos legales que viabilizaran la participación activa de los ciudadanos en la gestión pública, lo que posibilito la conformación de diversas organizaciones comunitarias en áreas tales como: educación, vivienda, salud, seguridad entre otras; cuyas experiencias han sido exitosas a lo largo y ancho del territorio venezolano.

No obstante, en la actualidad muchas de estas organizaciones no están activas, lo que nos genera la siguiente interrogante: ¿Por qué no se sostiene en el tiempo la actividad que desarrollan muchas de las organizaciones comunitarias conformadas? En muchos casos porque los procesos de organización en las comunidades son inducidos-como ya hemos señalado- por promotores sociales y si estos dejan de asistir a las comunidades el proceso no continua, porque no hay madurez a nivel participativo en las mismas

Los miembros de las organizaciones no se apropian de los proyectos comunitarios que en muchos casos son impuestos es decir, traídos ya como preconcebidos y no se les consulta a las comunidades acerca de sus necesidades. Al no sentirlos como necesidades comunitarias

prioritarias, no se asumen como compromisos y no se da el proceso de empoderamiento necesario en todo proyecto de desarrollo comunitario.

Lo antes mencionado tiene su corolario con el proceso de promoción social, que permite que las personas se capaciten y se dé la toma de conciencia, lo cual es necesario para que se consolide cualquier proyecto de desarrollo comunitario, que genere el bienestar social.

A este respecto, Diéguez (1998: 341) señala acerca de la promoción social lo siguiente: “La promoción social es un procedimiento de capacitación democrática en el cual los hombres y mujeres analizan sus problemas buscando solución e intervienen en las decisiones que los afectan por medio de la toma de conciencia”.

De igual modo, Ayala (1976: 210) define la promoción Social como:

Un proceso que se da al interior de la persona y de la comunidad, es decir, dar y recibir algo de sí mismo y de la comunidad facilitando las posibilidades y la superación, es aprender a ser personas autocríticas, responsables y comprometidas con la comunidad.

Tomando en consideración lo expresado por los autores citados, podemos señalar que la promoción social es una pieza central para el logro en la consecución de cualquier proyecto social y comunitario, debido a que las personas capacitadas y conscientes serán prestas a la necesidad de imprimir cambios en su entorno, e intervendrán en la búsqueda de las soluciones en cada una de las necesidades que posean. En el caso de la salud pública, se han desarrollado acciones a partir de la conformación de organizaciones comunitarias en diferentes estados de Venezuela a través de charlas y talleres formativos a fin de darle herramientas para que puedan ser gestores de las transformaciones en su calidad de vida.

En el estado Sucre se crearon las organizaciones comunitarias en salud (OCS) y estas desplegaron con éxito diversas actividades primordialmente en el área de formación en temas de salud y creación de hábitos y entornos saludables en varios municipios del estado; no obstante en la actualidad no están operativas.

Indudablemente, impulsar estos cambios en las personas para que sean más conscientes sobre sus salud y participen activamente en su cuidado, amerita una reorientación de la atención sanitaria a la población, tanto a nivel estatal como nacional para garantizar un desarrollo sostenible y humano, además de la lucha contra las enfermedades infecciosas, la desnutrición

y los factores ambientales desfavorables como la carencia de agua potable, saneamiento básico y seguridad alimentaria; la contaminación atmosférica por la industrialización, y las conductas de riesgo como las adicciones, la obesidad y otras.

En este sentido, se puede afirmar que la promoción de la salud es un proceso que proporciona a la población los medios necesarios para ejercer una mejor calidad de vida y un mayor control sobre su salud. Ello implica pasar de una actitud pasiva a una actitud activa donde las personas participan, se movilizan y se responsabilizan de su salud. Es fomentar en las personas responsabilidad política, social e individual para el mejoramiento de su salud y para ello cambiar sus ambientes. La finalidad es que existan familias en comunidades saludables.

Dentro de este orden de ideas es conveniente acotar que, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la carta de Ottawa (OPS 1986: 1) también definió a la promoción de la salud como: “Un proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud; entendiendo que la salud es estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”

En este respecto, resulta importante distinguir dos términos que con frecuencia se confunden y se pretenden usar como sinónimos no siendo esto lo correcto, nos referimos a educación para la salud y promoción de la salud. Si bien es cierto que cuando se hace educación para la salud se está realizando promoción, pero no siempre que se hace promoción de la salud se está realizando a través de la educación.

En otras palabras, educar para la salud es proveer de información y conocimientos a individuos y comunidades que les permitan adoptar comportamientos saludables. En cambio, la promoción de la salud es un concepto mucho más amplio en el que caben acciones de naturaleza diversa, como por ejemplo construir un gimnasio al aire libre es promover la salud, sin que por ello se hayan ejecutado acciones de educación para la salud.

En este sentido, la educación para la salud es una herramienta y un vehículo que cuando se desarrolla con la participación activa de las personas se transforma en promoción de la salud. Los participantes deben estar implicados, comprometidos y empoderados y pueden pertenecer a diferentes tipos de comunidades y desde allí sentirse parte de las acciones y del

proceso, es decir, la participación implica que se empoderen y participen en las acciones encaminadas a mejorar su salud, con estrategias individuales, grupales, colectivas, intersectoriales y multidisciplinarias donde todos son parte y forman parte de su entorno saludable.

Lo dicho anteriormente nos muestra que la educación para la salud debe hacer hincapié en el fomento de las habilidades personales y la autoestima, cuando se trata de que los individuos, las familias y las comunidades adopten medidas destinadas a mejorar su salud.

Otros autores han venido definiendo la promoción social haciendo énfasis en la salud, entre ellos podemos citar a Sigerist Henry, quien planteo en 1945 la promoción de la salud como uno de los grandes frentes y objetivos de la práctica social en salud.

En este sentido, (Sigerist 1945:39) señalo: “la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación y formas de ocio y descanso”.

De igual forma, Winslow (1920: 57) señalo acerca del término de promoción social para la salud lo siguiente: “la promoción de la salud requiere de una comunidad organizada, para el logro de políticas que mejoren condiciones de vida”

Por otro lado, Leavell y Clark (1964: 77) caracterizo la promoción de la salud como: “un nivel de atención de la medicina preventiva (modelo de la historia natural de la enfermedad) la cual consta de las siguientes etapas:

- 1.- Prevención primaria: promoción de la salud y protección específica.
- 2.- Prevención secundaria: diagnóstico y tratamiento precoz
- 3.-Prevencion terciaria: rehabilitación ”

De igual forma, Kickbuch (2003:45) definió la promoción de la salud como:

El desarrollo de estrategias de afrontamiento no medicalizado y no aditivas con una comprensión de nosotros mismos y de nuestros cuerpos según la cual nuestros cuerpos no son únicamente entidades biológicas, sino entidades sociales, teniendo en cuenta todos los factores que influyen en la salud de las personas aditivas con una comprensión de nosotros mismos y de nuestros cuerpos según la cual nuestros cuerpos no son únicamente entidades biológicas, sino

entidades sociales, teniendo en cuenta todos los factores que influyen en la salud de las personas.

Tomando en cuenta lo dicho anteriormente, es pertinente señalar las funciones de la promoción social en salud que se establecieron en la Carta de Ottawa y que se encuentran en correspondencia con nuestra propuesta de construir una gestión pública en salud más humana y un servicio de salud pública más eficiente, haciendo más participativa a la población y consciente sobre su salud, la cual depende mayormente de sus cuidados individuales (OPS 1986: 2) : “Desarrollar aptitudes personales para la salud; desarrollar entornos favorables: reforzar la acción comunitaria; reorientar los servicios de salud e Impulsar políticas públicas saludables”

Este proceso descrito en las funciones de la promoción de la salud está estrechamente vinculado al autocuidado o cuidado de sí mismo, el cual implica cambios de actitudes y conductas en las personas para que estas puedan asumir estilos y formas de vida saludables. El autocuidado o cuidado de sí mismo, es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1983:p1), como: “la capacidad de individuos, familias y comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a las enfermedades con o sin el apoyo de un proveedor de atención”.

Es decir, el autocuidado o cuidado de sí debe constituirse en un accionar reflexivo en el que las personas interactúan con su cuerpo y con el entorno en el cual realizan actividades y logran el mantenimiento y cuidado de su salud. En este sentido, (M Muñoz, 2009: 393) define el cuidado de si como: “una actitud en relación con uno mismo, con los otros y con el mundo”. Ello amerita que las personas adopten -con hemos señalado anteriormente- actitudes que les conlleven a desarrollar actividades dirigidas al mantenimiento de su salud”.

También (Muñoz 2009: 394) agrega que el autocuidado debe abordarse desde tres dimensiones:

Por un lado, una actitud general, una concepción del mundo que genera una forma de relacionarse con los demás; por otro lado, una mirada hacia afuera, pero con un retorno a la interioridad de los sujetos, lo que implica cierta manera de prestar atención a lo que piensan; finalmente, una serie de acciones que ejercen los sujetos sobre si mismos para modificar o transformarse.

Tomando en cuenta lo dicho por los autores citados podemos señalar, la importancia que posee la promoción social de la salud en el proceso de organización y participación de la comunidad por cuanto este proporciona las herramientas necesarias para capacitar a la misma y que esta sea consciente de cuidar por si sola su salud y que ello pasa por promover los cambios en su entorno. En otras palabras, podemos afirmar que de una buena y asertiva promoción social dependerá la generación de conductas y actitudes tendientes al autocuidado.

Sin embargo, una asertiva promoción social de la salud dependerá de un cambio de actitud además de las autoridades responsables de la política sanitaria nacional, regional y local quienes deben reconocer y valorar el potencial que existe en las personas, dejar de verlos como sujetos pasivos para verlos como protagonistas de los cambios. Ello permitirá crear las condiciones para que estos participen realmente en el proceso de toma de decisiones dentro de la gestión pública en salud.

En este sentido, Foucault (1996: 64) apunta que el cuidado de si posee tres líneas de evolución a saber:

La dietética, o sea, la relación entre el cuidado y el régimen general de la existencia del cuerpo y del alma; la economía, que hace alusión a la relación entre el cuidado de uno mismo y la actividad social; y la erótica que consiste en la relación entre el cuidado de uno mismo y la relación amorosa.

En tal sentido, y tomando en cuenta los planteamientos esgrimidos por los autores citados podemos señalar que lo que se busca es lograr una promoción sanitaria desde el compromiso institucional y que sea un aspecto importante dentro de las políticas de salud pública. Ello podrá lograr en el mediano plazo una organización comunitaria sustentada en el bienestar colectivo, el desarrollo humano y la sanidad comunitaria.

#### ***4.1.1.2.- Valorización de la participación***

Lo expresado con anterioridad está relacionado con otra categoría que aflora en los testimonios de los actores sociales como lo es la **valorización de la participación**; lo que se evidencia en la Carta Magna de la República Bolivariana de Venezuela donde se le asigna

un valor significativo a la participación del ciudadano en los procesos de gestión pública, y se propone que este sea protagonista en la solución de sus problemas a fin de lo cual abarca todas las áreas : educación, salud, vivienda, saneamiento ambiental, entre otras.

En este sentido, el informante número 1 manifestó con relación a ello lo siguiente: *“en el texto constitucional se propone la incorporación activa del ciudadano en la vida comunitaria, pues es este quien padece a diario sus problemas y debería participar de la solución de los mismos. En este sentido, en algunos estados del territorio nacional se crearon estructuras para viabilizar el proceso en el área de la salud tal es el caso de las organizaciones comunitarias de salud (OCS) quienes liderizaban acciones en materia preventiva y educativa en las comunidades del estado sucre”*.

Lo señalado anteriormente se pudo corroborar con el testimonio del informante número 2 quien agrega: *“se valora más la participación por cuanto existen artículos en la constitución que la promueven ello es un avance significativo en relación al fortalecimiento de la democracia pero esto es en teoría porque en la práctica pese a que se han creado numerosas organizaciones que trabajan en las comunidades; tal es el caso por ejemplo de los consejos comunales estos obedecen a directrices de instituciones gubernamentales no poseen autonomía propia para resolver problemas en las comunidades y su accionar se ha quedado más en dar informaciones sobre la venta de la bolsa de comida Clap y del gas doméstico”*.

Como hemos visto según testimonios de los informantes claves, la valorización de la participación alude al reconocimiento a nivel institucional acerca de la necesidad de que la población participe en forma activa y organizada en la solución de sus problemas a fin de mejorar su calidad de vida. Sin embargo, en la práctica la participación se ha reducido a la mera información acerca de la entrega de beneficios como la bolsa de alimentación y la venta del gas doméstico la cual solo la ejercen los miembros de los consejos comunales que son los que deben representar los intereses de la comunidad. Estas organizaciones se han politizado y trabajan según directrices del partido de gobierno.

En tal sentido, se requiere para una real participación de las comunidades que las organizaciones públicas dediquen tiempo y esfuerzo a fortalecer la vinculación de las personas a los asuntos de interés público.

Sobre este particular (Rojas, 2016:39) señala al respecto:

En Venezuela a partir de 1999, existe un marco jurídico en el que la participación ciudadana en la gestión es un mandato y orienta su organización en diversas formas institucionales que pueden calificarse de amplísimas y hasta suficientes. Sin embargo, ello no basta para que la gente se empodere de su ciudadanía. Persisten patrones de comportamientos individualistas que requieren ser desplazados por otros de profunda valoración del bien común

Según lo expresado por el autor anterior, es necesario trabajar para lograr una participación efectiva que realmente contribuya al desarrollo del modelo económico, social y político expresado en nuestra Carta Magna para lo cual se requiere: la construcción de una gestión pública integral que procure la formación de los individuos a través de experiencias, vivencias y realidades vinculadas a un sistema de relaciones de los individuos con el Estado en calidad de ciudadanos (Rojas, 2016)

Lo anterior apunta hacia la articulación de las organizaciones públicas como agentes que puedan formar mancomunadamente en el ejercicio de la ciudadanía, de forma que en la gestión de lo público se tomen decisiones consensuadas de acuerdo al derecho de los sujetos y de las comunidades organizadas a intervenir en procura de hacer más efectiva la actuación del Estado. Estamos haciendo referencia a una nueva cultura política gestada institucionalmente que promueva y modele la construcción de significados, sentidos y valores ciudadanos (Rojas, 2016)

En relación a lo descrito por Rojas consideramos que invita a la construcción de una ética novedosa dentro de la gestión pública, orientada a un desarrollo con equidad, que venza las barreras de la disociación entre el discurso y la práctica en la gestión pública; y apunte hacia una participación que sea significativa y auténtica que encuadre con la concepción de un sistema democrático realmente participativo. En esta línea todos los actores (comunidades, gobierno nacional, estatal y local, empresas privadas) deben formarse y autoformarse para que pueda construirse una cultura participativa que guíe a la internacionalización de deberes y derechos ciudadanos.

En otras palabras se trata de valorar a la participación, para el mantenimiento y fortalecimiento del sistema democrático que muestre en la práctica los beneficios que su ejercicio aporta para nuestro bienestar y perfeccionamiento humano.

De igual modo, se evidenció en los testimonios dos categorías que se encuentran estrechamente vinculadas como lo son: **Participación del ciudadano en la gestión y el ciudadano como gestor propio de la salud.** Veamos a continuación a cada una de ellas

#### ***4.1.1.3.- Participación del ciudadano en la gestión:***

En nuestra Carta Magna está establecido que el ciudadano participe activamente en los procesos que le atañen en sus comunidades puesto que Él es quien padece a diario sus necesidades y estaría más interesado en la pronta solución. Se institucionaliza la participación; no obstante, lograr que el ciudadano asuma y entienda que el Estado benefactor, ya no puede solucionar todos los problemas existentes y que por esta razón ha tenido que delegar en instancias locales, caso de las Alcaldías y Gobernaciones; no es un proceso sencillo ni rápido, puesto que alude a un proceso de madurez en el ciudadano y eso requiere cambios en sus esquemas mentales. Así mismo, las instancias gubernamentales deben auspiciar y apoyar la creación y formación de organizaciones comunitarias y que estas tengan capacidad de opinar en los problemas que se traten en las comunidades y poder buscarle solución en conjunto.

En este sentido el informante número 1 manifestó lo siguiente: *“En las comunidades las personas han tenido una participación inducida por promotores sociales los cuales llevan lista planificaciones que muchas veces no responden totalmente a las necesidades de las comunidades sino a los intereses del gobierno local; este proceso en ocasiones se acentúa con la víspera de procesos electorales. Acá las comunidades no intervienen para emitir opiniones solo siguen y responden a las instrucciones de los promotores. No tienen voz ni voto por tanto no participan como debería ser en la gestión”*

Es importante, hacer notar sobre este particular lo que el informante numero 2 señalo: *“A las comunidades no se les ha brindado en la realidad la oportunidad de participar en la gestión pública que conllevaría la solución de sus problemas, porque las actividades e incluso posibles soluciones a sus problemas vienen ya prefabricadas y no dan cabida a que ellos emitan opinión al respecto lo cual refleja una participación pasiva y que solo responde a momentos y circunstancias que promueven los promotores sociales en esas comunidades. Estas por si solas no participan ni promueven, siguen el esquema del Estado benefactor que debe resolverle todos los problemas”*

Ahora bien, ¿cabría preguntarse porque si es un derecho establecido en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela que el ciudadano participe en el proceso de gestión pública, este no lo hace sino solo de manera inducida y es convocado solo a procesos electorales y a ser receptor de beneficios sociales? En la actualidad los consejos comunales se encuentran activos en las comunidades pero no realizan un trabajo de promoción social, su trabajo se limita a la entrega de beneficios sociales. No hay invitaciones a asambleas comunitarias ni reuniones donde la comunidad exponga sus ideas, opiniones ni problemas. Se hace en las comunidades las actividades que la Gobernación del Estado y o la Alcaldía del municipio decida unilateralmente.

Sobre este aspecto Díaz (2018:5) señala lo siguiente:

A pesar de ser una práctica que se extiende día por día en muchos países, la incorporación de la participación ciudadana en la gestión pública suele enfrentar problemas importantes para su implementación y por tanto debe asumir varios desafíos significativos para producir los resultados y efectos que de ella se esperan. Sus desafíos solo no se reducen a la inversión de tiempo y recursos en general que implica incorporar la participación ciudadana o a las resistencias que se enfrentan para llevarla a cabo, implican también un esfuerzo permanente para no convertirla en una práctica irrelevante por la falta de planeación y de un diseño adecuado de las estrategias e instrumentos para incorporarla. Es por ello, que los procesos y espacios participativos institucionales tienden a convertirse fácilmente en rutinas, haciéndose predecibles tanto el momento que se incorpora a los ciudadanos, como los contenidos, alcances e impactos que se producen. También suelen ser presa de la manipulación y politización.

El autor destaca los desafíos que enfrenta la participación ciudadana en la gestión pública los cuales van desde la resistencia del ciudadano a participar en el proceso, hasta la carencia de estrategias adecuadas para que este se realice en los mejores términos; lo que trae como resultado que se convierta en un proceso rutinario y que sea vulnerable para la manipulación y politización.

También Díaz (2018:89) señala:

Si la práctica ciudadana ha sobrevivido a intentos fallidos y se continúa reescribiendo es porque los gobiernos democráticos no deben actuar de manera unilateral y aislada. Están obligados a rendir cuentas y a permitir, salvo en situaciones excepcionales de seguridad nacional o de desastres nacionales, que

los ciudadanos (sea de manera grupal o individual) participen en la formulación, desarrollo o escrutinio de las políticas). No obstante, aunque la participación sea como una empresa deseable, presenta muchos retos para poder llevarla de manera efectiva.

En este mismo orden apunta que el diseño de políticas participativas implica retos de carácter técnico que no se van a cubrir solo con la simple declaración de voluntad y tampoco con la obligación en las normativas para que las autoridades consulten al ciudadano para la elaboración de planes y gobiernos.

Lo expresado por Díaz nos muestra lo complejo de la inserción de la participación ciudadana en los procesos de gestión pública, y uno de estos elementos ha sido que muchos gobernantes consideren pérdida de tiempo tener que consultar al ciudadano para tomar las decisiones. No obstante, ha habido avances por cuanto existen estructuras en la actualidad que se han implementado que posibilitan profundizar la relación entre el Estado y el ciudadano, nos referimos a: presupuestos participativos, jurados ciudadanos, entre otros.

En función de la importancia y reconocimiento por parte de los gobiernos de la participación del ciudadano en la gestión se han definido dos tipos de procesos de participación, según Díaz (2018:103): Procesos de consulta y procesos de involucramiento.

En **los procesos de consulta**, la incorporación de los ciudadanos cumple fundamentalmente el objetivo de producir decisiones mejor informadas o de validar y priorizar opciones que han sido seleccionadas previamente. Para ello, la participación ciudadana tiende a ser incorporada después de las primeras etapas del ciclo de política pública, (suelen concentrarse en grupos de interés) y el proceso participativo en su conjunto suele desarrollarse en periodos relativamente cortos.

Por otra parte, en **los procesos de involucramiento** la participación ciudadana aparece desde las primeras fases del ciclo de política pública (es decir, desde la definición de la manera en la que se enfoca un problema), así como procesos de negociación y establecimiento de compromisos para un horizonte de tiempo más amplio. En concordancia, la convocatoria es más extensa o con mejores niveles de representación (en términos de la amplitud y autonomía de los actores involucrados) y se esperan resultados que trasciendan la definición de prioridades

#### ***4.1.1.4.- El ciudadano como gestor propio de la salud:***

Esta categoría se percibe con mucha fuerza en los instrumentos legales tanto en la Carta magna como en el Reglamento de la Ley Orgánica de salud, debido a que al promoverse la organización y promoción de la salud se busca que el ciudadano se consiente del cuidado de su organismo y desarrolle estrategias para mejorar su salud. Es un proceso de reeducación que debe emprenderse a nivel comunitario y que está contemplado en los instrumentos legales pero que no se efectúa en la cotidianidad. En este sentido, el ciudadano en la práctica no es gestor propio de su salud; sigue siendo dependiente y espera que el Estado a través de sus instituciones les resuelva como ha sido hasta ahora sus problemas y dentro de ellos la salud.

En este sentido, el informante número 1 manifestó lo siguiente: “En las comunidades se sigue trabajando bajo el esquema de los consejos comunales, quienes liderizan las actividades del clap, venta del gas domiciliario y de otros tipos de alimentos. No hay grupos activos en las comunidades diferentes a los consejos comunales que ejecuten actividades en áreas de educación, seguridad, entre otros. El ciudadano común no recibe ningún tipo de formación para que este aprenda a cuidar su salud y la de su familia.”

Lo dicho anteriormente fue reforzado con la opinión expresada sobre este particular por el informante número 2 quien acoto lo siguiente: “*en el texto se habla de un individuo que debe protagonizar el proceso de gestión; sin embargo, esto no se aplica en la práctica por cuanto en las comunidades no existe la planificación de actividades dirigidas a capacitar al ciudadano para que este sea independiente, sea capaz de autogestionar su salud. Por ejemplo, talleres de aprendizaje de primeros auxilios, de conocimientos de botánica para la preparación de medicinas en el área de la herbolaria. En la actualidad, la participación que se percibe a nivel comunitario está limitada a la asistencia de reuniones esporádicas de tipo informativa*”.

Se pudo igualmente apreciar sobre este aspecto a través del informante número 3 quien añadió: “*los instrumentos legales que hablan y abogan sobre el derecho a la salud se han quedado en letra muerta, por cuanto en la práctica se nota el deterioro continuo de la infraestructura de centros asistenciales, escasa dotación de equipos e insumos y hoy en día la escasez de recursos humanos quienes dada la precariedad de los salarios han renunciado*

*en muchos casos a sus puestos de trabajo. En lo que respecta, a que el ciudadano sea gestor de su salud es un enunciado ideal pero que no se corresponde con la realidad, porque para que esto se concrete debe existir un trabajo comunitario de formación y capacitación a fin de que las personas se entrenen en todos los aspectos que harían viable que las personas internalicen como cuidar su salud ellos mismos, es decir, se trabaje lo que es la prevención de la salud; lo que pasa hasta por el hecho de educar a la población a modificar los hábitos desde alimentación hasta la forma de vivir, lo que no se está haciendo; tenemos una persona cada vez más estresada, con mala alimentación, lo que puede conducir a la aparición de enfermedades tempranas. Esto indica que la gestión de salud actual sigue operando bajo el esquema del asistencialismo y la curación de enfermedades”*

Compartimos la opinión expresada por los entrevistados, en relación al desfase que existe entre lo escrito en las leyes y reglamentos que norman la salud pública y la realidad, por cuanto se aboga por la participación activa y protagónica del ciudadano en la gestión pública de su salud, pero no se ejecutan acciones desde los organismos gubernamentales que conduzcan hacia esa dirección; lo que conlleva a que no se haga hincapié dentro del diseño de las políticas públicas hacia la educación en salud, lo que contribuiría notablemente a la disminución de las enfermedades en la población. Es decir, promover el autocuidado a través de la concientización y modificación de los hábitos perjudiciales para su salud y la construcción de hábitos nuevos dirigidos a la promoción de la salud y elevación de la calidad de vida. Esto implica una transformación en el ámbito gerencial, en la concepción de la salud asistencialista y curativa hacia una preventiva y educativa.

#### ***4.1.1.5.- Otra categoría se refiere a la Unificación del Sistema de Salud.***

Lo cual se constituye en una propuesta central presente en los instrumentos legales de salud y versa sobre la necesidad de que confluyan en un solo ente todas las instituciones que prestan el servicio de salud pública; a fin de que puedan maximizar los recursos tanto materiales, humanos y económicos. En este sentido, por considerarse la salud un derecho vital del ciudadano en la carta magna en muchos de sus artículos se hace énfasis acerca de la responsabilidad del Estado de garantizar la salud y las actividades dirigidas para tales fines. Es así como se reza en el artículo 83:

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 y ratificados por la República.

De igual forma en el párrafo 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) se afirma lo siguiente: *“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, vivienda, asistencia médica y los servicios sociales necesarios”*

No obstante, la propuesta acerca de la unificación del sistema de salud pública solo ha quedado en el papel y así lo confirmaron los testimonios de los sujetos de investigación seleccionados como informantes, tal cual lo expuso el informante número 1: *“En los instrumentos legales de salud se reconoce la necesidad existente acerca de unificar las diferentes instituciones portadoras del servicio de salud en una sola que coordine y aglutine las diferentes acciones del sector, así como los recursos materiales, económicos y humanos a fin de maximizar su uso en aras de elevar la calidad del servicio; sin embargo hasta la fecha esto está en espera de su concreción, en virtud que no se ha ejecutado”*.

De la misma manera el informante número 2 señaló a ese respecto lo siguiente: *“se ha dicho a través de varias vías escritas y orales tales como entrevistas de personas vinculadas al sector acerca de la carencia de coordinación, vinculación y comunicación de las diversas instituciones prestadoras del servicio de salud pública, lo cual hace que se dispersen recursos de toda índole; de allí la necesidad de concretar la propuesta de unificación del sector salud en un solo ente; no obstante, las razones ya expuestas esto no se ha llevado a cabo, lo que se evidencia en que cada institución prestadora del servicio SE trabaja en forma separada y aislada del resto; incluso no ha habido convenios ni alianzas en forma permanente entre alcaldías y gobernaciones solo esto se da en caso de algunas actividades puntuales; luego se deshace y cada una vuelve a trabajar en forma de parcelas aisladas”*.

Es importante hacer notar, que el informante número 3 señaló que a su juicio no se han cristalizado muchas propuestas significativas y que contribuirían a mejorar la prestación del servicio de salud, debido a la falta de voluntad política.

En este sentido, el informante número 1 manifestó lo siguiente: *“En las comunidades se sigue trabajando bajo el esquema de los consejos comunales, quienes liderizan las actividades del*

clap, venta del gas domiciliario y de otros tipos de alimentos. No hay grupos activos en las comunidades diferentes a los consejos comunales que ejecuten actividades en áreas de educación, seguridad, entre otros. El ciudadano común no recibe ningún tipo de formación para que este aprenda a cuidar su salud y la de su familia.”

Lo dicho anteriormente fue reforzado con la opinión expresada sobre este particular por el informante número 2 quien acoto lo siguiente: *“en el texto se habla de un individuo que debe protagonizar el proceso de gestión; sin embargo, esto no se aplica en la práctica por cuanto en las comunidades no existe la planificación de actividades dirigidas a capacitar al ciudadano para que este sea independiente, sea capaz de autogestionar su salud. Por ejemplo, talleres de aprendizaje de primeros auxilios, de conocimientos de botánica para la preparación de medicinas en el área de la herbolaria. En la actualidad, la participación que se percibe a nivel comunitario está limitada a la asistencia de reuniones esporádicas de tipo informativa”*.

Se pudo igualmente apreciar sobre este aspecto a través del informante número 3 quien añadió: *“los instrumentos legales que hablan y abogan sobre el derecho a la salud se han quedado en letra muerta, por cuanto en la práctica se nota el deterioro continuo de la infraestructura de centros asistenciales, escasa dotación de equipos e insumos y hoy en día la escasez de recursos humanos quienes dada la precariedad de los salarios han renunciado en muchos casos a sus puestos de trabajo. En lo que respecta, a que el ciudadano sea gestor de su salud es un enunciado ideal pero que no se corresponde con la realidad, porque para que esto se concrete debe existir un trabajo comunitario de formación y capacitación a fin de que las personas se entrenen en todos los aspectos que harían viable que las personas internalicen como cuidar su salud ellos mismos, es decir, se trabaje lo que es la prevención de la salud; lo que pasa hasta por el hecho de educar a la población a modificar los hábitos desde alimentación hasta la forma de vivir, lo que no se está haciendo; tenemos una persona cada vez más estresada, con mala alimentación, lo que puede conducir a la aparición de enfermedades tempranas. Esto indica que la gestión de salud actual sigue operando bajo el esquema del asistencialismo y la curación de enfermedades”*

Compartimos la opinión expresada por los entrevistados, en relación al desfase que existe entre lo escrito en las leyes y reglamentos que norman la salud pública y la realidad, por cuanto se aboga por la participación activa y protagónica del ciudadano en la gestión pública

de su salud, pero no se ejecutan acciones desde los organismos gubernamentales que conduzcan hacia esa dirección; lo que conlleva a que no se haga hincapié dentro del diseño de las políticas públicas hacia la educación en salud, lo que contribuiría notablemente a la disminución de las enfermedades en la población. Es decir, promover el autocuidado a través de la concientización y modificación de los hábitos perjudiciales para su salud y la construcción de hábitos nuevos dirigidos a la promoción de la salud y elevación de la calidad de vida. Esto implica una transformación en el ámbito gerencial, en la concepción de la salud asistencialista y curativa hacia una preventiva y educativa.

#### **4.1.1.6.- Incoherencia:**

Otra de las categorías que afloró en la revisión de los testimonios es la **incoherencia**, la cual nos muestra que no hay correspondencia entre lo que se establece en lo escrito en los instrumentos legales y lo que se lleva a cabo en la realidad; por tanto, hay incumplimiento entre lo escrito y lo que se está haciendo en la praxis de los hechos a través de los programas y proyectos de las diferentes áreas salud, educación, seguridad, vivienda, etc.

Lo dicho con anterioridad se pudo evidenciar a través del testimonio del informante número 1, quien señaló al respecto lo siguiente: *“No hay una correspondencia entre lo que se establece en los instrumentos legales como lo es la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, así como el Reglamento de la Ley Orgánica de la Salud, por tanto por ejemplo se aboga e incentiva al ciudadano al cuidado de la salud a través de promover la organización y participación de las comunidades, pero esto no se está dando por cuanto en la actualidad solo están activos los consejos comunales, los cuales solo se encargan del tema de alimentación, a través de la distribución del Clap”*

Por otro lado, se pudo evidenciar que pese a que en muchos artículos de la Constitución se persigue el derecho a la salud y que el Estado debe ser garante de preservarla a través de la prestación de un buen servicio, esto en la práctica no se efectúa debido al estado actual que poseen los establecimientos de salud a nivel de infraestructuras, escasez y o ausencia de medicinas, equipos médicos dañados, entre otros. Sobre este particular el informante número 2 manifestó: *“los centros de salud en su mayoría no reúnen a nivel físico, en su infraestructura las condiciones mínimas para la prestación de un buen servicio; incluso en mucho de ellos existe hasta carencia de agua, lo cual es indispensable para desinfectar las áreas y zonas*

*donde deben recluirse los pacientes. Asimismo, hay muchos equipos médicos dañados que se requieren para la prestación del servicio, no hay una dotación frecuente de materiales y medicamentos, lo que se evidencia en virtud que en su mayoría los pacientes deben comprar el tratamiento prescrito y llevarlo al centro de salud para que se lo pueda administrar”*

Como hemos captado en los testimonios de los actores claves, alude a la falta de correspondencia existente entre lo que se expresa en los instrumentos legales (Leyes y reglamentos) y la realidad, en cuanto a las necesidades y atención de la población en materia de salud.

Tomando en consideración lo dicho anteriormente, podemos señalar según el estudio hecho por Naranjo (2014) que se han realizado esfuerzos por querer avanzar en el mejoramiento de la prestación en el servicio de salud pública, y de esta manera dar respuestas a las necesidades de salud en correspondencia a lo expresado en los instrumentos legales, tal como se establece en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) esto se expresa en:

Implementación de la política de atención integral de la salud que buscaría acabar con la atención fragmentada de los usuarios en los servicios de salud y aumentar la cobertura de los programas de atención; otras acciones estuvieron dirigidas a ejecutar una política de reestructuración de la atención primaria intentando cambiar la estructura sanitaria tradicional de ambulatorios por niveles de complejidad, por una nueva estructura de centros de atención primaria y clínicas populares a través de la misión barrio adentro. De igual modo, se propone en texto legal el fortalecimiento de la red hospitalaria a través de mejoramiento de servicios de apoyo como imagenología y laboratorio, así como dotación de insumos”

Lo expresado por Naranjo nos reafirma la existencia de una buena intención plasmada en el discurso que está presente en las Leyes, reglamentos acerca de la salud; no obstante la realidad nos muestra que ello no se hace, tal como lo expresa González (2018, p4):

Para el año 2016 las estadísticas en salud muestran un deterioro en la atención de la salud lo que se expresa en un aumento del 65% en la mortalidad materna y un aumento del 30% de la mortalidad infantil, con la muerte de 11.466 niños ese año. También revelo que mientras que Venezuela fue el primer país del mundo en eliminar la malaria esta y otras enfermedades como la difteria anteriormente controladas, regresaron en varios brotes epidémicos

También González (2014:64) se pronunció en su artículo acerca de la inversión en salud:

“Vemos el deterioro drástico expresado en la reducción del gasto público en salud pasando de un máximo de 9% a 5,8·% en 2014”

Esta realidad confirma un desfase entre lo expresado en los instrumentos legales y la realidad existentes en los centros públicos de atención en salud, por cuanto el discurso plasmado en el papel no se materializa en la mejoría del servicio.

También hay solapamiento de la información estadística en cuanto no se actualiza la información estadística acerca de los indicadores de salud, ello se evidencia en un análisis que realiza la columna “salud con lupa” el cual señala lo siguiente: Desde mayo de 2017, el gobierno no difunde los informes y boletines sanitarios ni emiten declaraciones oficiales sobre este particular. Sin embargo, es evidente No pueden ocultar el enorme retroceso de la salud de los venezolanos por el colapso de los hospitales, escasez de alimentos y medicinas y deterioro generalizado de las condiciones de vida. Lo señalado en la cita anterior acerca de la salud en el país se puede recoger en esta frase que expresa el Presidente del Colegio de Médicos del estado Lara, Rene Rivas “Enfermarse en Venezuela es comenzar a morir”.

Todos los argumentos expresados por los autores confirman que en el sistema de salud pública no existe coherencia entre lo expresado en los instrumentos legales y la realidad Otro aspecto, importante que revela incoherencia es lo relativo a la ausencia en la publicación de los informes sanitarios con los indicadores de salud.

A este respecto, la columna salud con lupa (2017) expresa lo siguiente:

Desde mayo del 2017 no difunde los informes y boletines sanitarios y sus funcionarios evitan hacer declaraciones sobre los indicadores de salud, no obstante es imposible ocultar el enorme retroceso de la salud de los venezolanos, lo que se evidencia en el colapso de hospitales, escasez de insumos, equipos y medicinas lo que repercute en las condiciones de vida de la población.

La realidad en el cual está sumido el sistema de salud pública evidencia que no hay coherencia con lo que expresan todos los instrumentos legales, por cuanto el Estado no está cumpliendo con su rol de garante de la salud de los venezolanos al no proveer de las condiciones necesarias para la prestación de un servicio de salud de calidad.

#### **4.1.2. – Dimensión políticas públicas**

Figura N° 3

Dimensión Políticas públicas



Fuente:

Elaboración propia de la investigadora. 2022.

A continuación, veremos la segunda dimensión y las categorías que emergieron de la misma a partir de los sujetos de investigación que se seleccionaron como informantes claves.

**Políticas públicas:** Esta dimensión hace referencia a la forma como se ha venido desarrollando la política pública en salud, sus acciones y estrategias y si estas han contribuido o no a mejorar el sistema de salud pública.

A este respecto, el sujeto de investigación número 1 señaló lo siguiente: *“La gestión pública actual no impulsa nuevas políticas en materia de salud, por el contrario mantiene el esquema centrado en el aspecto curativo, allí se invierten grandes cantidades de recursos económicos, pero no se resuelve el problema de fondo que es que la población se enferme menos, y si lo hace tenga un sistema de salud público que le responda”*.

*Salud a la gente; así estos no cuenten con los medicamentos y equipos necesarios para este fin”*.

De igual forma, el sujeto de investigación número 2, añadió sobre este particular: *“la gestión pública de salud mantiene el mismo esquema donde prevalece el aspecto curativo, es decir, int es decir, interesa es que la población cuando acude a un hospital o a un ambulatorio sea*

*atendido por un médico, se le diagnostique y se le prescriba; más no se hace énfasis en la prevención de la salud. En este sentido vemos como los centros de salud se han convertido en meros receptores de pacientes y en dadores de algunos servicios para palear su enfermedad*

Lo dicho anteriormente fue corroborado por el informante numero 3 quien manifestó lo siguiente: “ *La gestión pública actual debe ser revisada profundamente debido a que esta no está siendo impulsora de una política que responda a las necesidades actuales de salud de la población, solo se limita a la atención en los centros de salud*”

A continuación veremos el desarrollo de cada una de las categorías que surgieron en los testimonios de los sujetos investigación.

#### ***4.1.2.1.- Énfasis en los aspectos curativos y asistenciales:***

Históricamente, el sistema de salud pública se ha caracterizado por el desarrollo de acciones encaminadas hacia la atención de las patologías y enfermedades de la población, descuidando aspectos claves como la prevención y la promoción de la salud, lo que ha traído como consecuencia la aparición de nuevas y viejas enfermedades y el congestionamiento de los centros asistenciales.

Esta situación se puso en evidencia a través del informante número 2 quien señaló al respecto: “*En los centros asistenciales se atiende a los pacientes, se le suministra tratamiento que en su mayoría ellos compran y se atienden el mayor número de emergencias pero, no se le informa ni se dictan talleres sobre cómo evitar enfermarse. Sin embargo, en algunos hospitales el equipo de trabajo social han dictado talleres sobre temas: cáncer de útero y de mamas, diabetes e hipertensión arterial*”.

Lo expresado anteriormente fue corroborado por el informante número 1 quien manifestó: “*la política pública de salud ha centrado su atención en la curación de los pacientes, en darle una respuesta a su situación de salud, sea de emergencia y o hospitalización, más no importa la calidad del servicio*”.

De igual modo, el informante número 3 señaló lo siguiente: “*Nuestro sistema de salud pública incluso el privado, ha centrado su preocupación en darle una respuesta a las personas que acuden a los establecimientos de salud en búsqueda de una ayuda porque están*

*enfermos; más no se ha realizado en los centros de salud un trabajo de formación de las personas acerca del cuidado de la salud; es decir no hay un trabajo de prevención de la salud, pese a que esto forma parte de las líneas estratégicas de los planes de salud, no se efectúa”.*

Como señalamos al inicio la política de salud en Venezuela ha atravesado a lo largo de la historia por varias etapas, que marcan hitos y develan desde un carácter asistencialista hasta la promoción y estímulo en la participación del ciudadano en la gestión pública, propiciando que el Estado intervenga menos en los asuntos públicos y sean los ciudadanos los que hasta evalúen los procesos sociales.

Sobre este particular Barboza (2011:104) señaló lo siguiente:

La construcción de la política de salud pública se convirtió en la tarea central del Ministerio de Sanidad y Asistencial Social a partir de 1936, a través de cuatro principios fundamentales: permanencia del personal con garantía de estabilidad, preparación adecuada del personal, el conocimiento por medio del estudio previo de los problemas y de las medidas para mitigarlos o eliminarlos

En este sentido, es importante hacer notar el énfasis de la política de salud a la medicina curativa hasta la década de los 50, lo cual posteriormente tomó un giro, tal como lo señala Barboza:

Hasta mediados de la década de los 50, se desarrolló la medicina preventiva, luego tomó fuerza la medicina curativa y fue desarrollándose una red de instituciones hospitalarias en el país, produciéndose un declive en el saneamiento rural, con un claro predominio del gasto en atención médica curativa dentro del Ministerio de Sanidad” Barboza (2011:6)

La situación expresada dio como resultado que hubiese la:

Prevalencia de una concepción de salud sustentada en un modelo curativo hospitalario en detrimento de una praxis médica preventiva y atención primaria, lo cual provocó una asistencia sumamente centralizada y especializada y un abuso farmacológico” Barboza (2011: 6)

Los argumentos expresados nos evidencian el predominio que tuvo la política de salud en lo referente al carácter de asistencial y curativa haciendo que la mayor parte del presupuesto de salud pública estuviese dirigido hacia la curación de las enfermedades.

Este énfasis en la concepción de la política de la salud coincidió con la afluencia de los ingresos petroleros en el país.

Posteriormente, se dio un cambio significativo en la política de salud, lo cual se expresa de la manera siguiente:

A partir de 1999 el sistema de salud pública comienza a experimentar una reorientación conceptual que desplaza a la enfermedad y pone énfasis en la salud del hospital centrismo a la atención primaria ambulatoria, comienza a conformarse un nuevo paradigma en la atención de la salud cuyo eje es la participación ciudadana, buscando la intervención consciente y activa del pueblo en diversas fases y actividades del proceso de salud” Campano (2010:5)

Lo anterior señala lo expresado en los instrumentos legales en el país, como lo es la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela donde se reconoce e institucionaliza la participación comunitaria como un eje clave de primer orden en el proceso de planificación, ejecución y evaluación de las políticas sociales y particularmente las de salud. Esto representa un aporte significativo y le da un giro a la concepción de la política pública de salud.

#### ***4.1.2.2 Marcos institucional fragmentado:***

Esta categoría hace referencia a la carencia de coordinación existente entre las diversas instituciones que prestan el servicio de salud, lo cual hace que se dispersen recursos humanos, materiales y financieros. Cada institución trabaja en una parcela independiente en su centro de salud y solo se relacionan cuando se tratan de actividades especiales. Es allí cuando Alcaldías y Gobernaciones se reúnen con autoridades de salud y trazan líneas para enlazar esfuerzos.

A este respecto, el sujeto de investigación número 1 acotó: “La gestión pública actual ha venido trabajando en forma dispersa y aislada y no se conecta con instituciones que pudiesen contribuir a mejorar su labor a través de algún apoyo como donaciones de medicamentos para los centros de salud También el informante número 2 manifestó al respecto: *“los organismos que tienen injerencia en la política de salud no trabajan coordinadamente con otros que pudiesen servirles de apoyo, caso de las empresas privadas e incluso a lo interno los organismos gubernamentales públicos no se relacionan entre sí, a menos que exista una planificación especial como operativos médicos en una comunidad y allí se convoque a los*

*diversos organismos que pudiesen contribuir a que la actividad se realice con éxito. Por ello, no se aprovecha el recurso humano, material y económico de una mejor manera.”*

*Así mismo, el informante número 3 señaló sobre el particular lo siguiente: “Se percibe y evidencia una falta de coordinación y unidad en la forma como se ejecutan y realizan las actividades de salud; se sigue la línea programática que haya establecido el organismo gubernamental, pero no se busca el apoyo que pudiesen prestar otras instituciones. Cada uno de los centros de salud trabaja como puede, con lo que tiene de recursos en forma independiente e incluso si existen en un mismo sector varios centros de salud es poca la comunicación que pudiese ser productiva; los atrapa la rutina diaria en su trabajo y se limitan a cumplir con la planificación que cada uno tiene establecida. Solo fluye esta comunicación entre ellos, cuando hay una actividad de envergadura y son convocados por una autoridad en salud para asignar tareas y responsabilidades; del resto se trabaja como en pequeñas parcelas”*

Según lo dicho anteriormente por la voz de los sujetos de investigación, en el sistema de salud pública venezolano existe una fragmentación tanto en las fuentes de financiamiento, como en la existencia de diversos centros asistenciales que no poseen entre si ninguna coordinación, lo cual genera la dispersión de los recursos y no contribuye en elevar la prestación del servicio de salud. En este sentido, la Organización Mundial de la (OMS) indica que: “El objetivo principal de los sistemas de salud es la prestación de servicios de calidad a todas las personas, donde y cuando lo necesiten” (OMS, 2016:10)

Además agrega la Organización Panamericana de la Salud (OPS) lo siguiente: “Un sistema de salud incluye la rectoría, el financiamiento y aseguramiento, y la provisión de servicios de salud como parte de sus funciones. Cada país define la estructura institucional mediante la cual las organiza e implementa” (OPS, 2008)

Estos señalamientos acerca del sistema de salud nos muestran que cada país pone sus normas y pautas para su funcionamiento; al respecto, señala Bursztyn 2010:88): “Se observa en Latinoamérica como rasgo importante, un alto grado de segmentación y fragmentación en la estructura de los sistemas de salud “

Cabe hacer notar en función de lo dicho anteriormente, que mayormente en América Latina hay una fragmentación de los servicios de salud pública generada por las dificultades de

acceso a los servicios que enfrenta la población, los servicios de pobre calidad técnica, el uso irracional de los recursos y una baja satisfacción de los usuarios con el servicio.

Tomando en cuenta los señalamientos anteriores, podemos decir que la atención fragmentada en salud se refiere a la falta de continuidad en la atención de salud, lo que conlleva a que el paciente tenga que ser sometidos a hacer diligencias y desplazamientos excesivos, debido a que en la mayoría de los casos el diagnóstico y tratamiento no son tratados por la misma institución. Sobre la fragmentación señala Roses (2008:15) lo siguiente:

La fragmentación de los servicios de salud es interpretada como la coexistencia en el territorio de infraestructura y capacidades de los diversos subsistemas sin coordinación y menos integración que eleva los costos por duplicación y por mayores costos de transacción, así también genera diferentes tipos y calidades de prestaciones”.

A este respecto, también hace unos señalamientos importantes acerca de otro problema importante como lo es la segmentación en el servicio de la salud pública (Roses, 2018:10) la cual se define como:

La existencia de subsistemas con distintas fuentes y arreglos de financiamientos, reflejando una segmentación social por capacidad de pago o por inserción en el mercado laboral que consolida y profundiza la desigualdad entre grupos sociales y es factor de exclusión social

Todo lo expresado por Roses corrobora que la fragmentación de los servicios de salud y la segmentación se han constituido en obstáculos para lograr el objetivo central que se planteó en la carta magna de 1999 como lo es la creación de un sistema nacional de salud pública, por lo que deben repensarse las políticas públicas a fin de lograr una integración plena de los diferentes servicios de salud, creando las redes integradas, fortaleciendo la respuesta del Estado para poder garantizar lo que constitucionalmente se establece que es el derecho a la salud. Esto además apunta a la necesidad de redefinir a una gestión pública dinámica, flexible y que se adapte a estos cambios.

Debe superarse los problemas de segmentación y fragmentación de los servicios de salud a fin de mejorar los problemas estructurales en el funcionamiento y operatividad de los

servicios e ir como se ha señalado hacia la integración lo que permitiría en el tiempo hacia la universalidad en la cobertura del servicio de la salud pública.

#### ***4.1.2.3.- Carencia de articulación interinstitucional:***

Esta categoría está relacionada a la categoría descrita anteriormente, en tanto hace referencia a la limitación que existe entre los diferentes organismos e instituciones que prestan el servicio de salud que no se comunican para acordar y emprender acciones en materia de salud; con la salvedad que se incorpora acá que no es solo la coordinación entre centros de salud llámese hospitales y o ambulatorios sino que además incluyen otros organismos públicos y privados, como es el caso por ejemplo de PDVSA.

En este sentido, el informante número 2 señaló sobre este particular lo siguiente: *“Las instituciones que prestan el servicio de salud pública solo se limitan a cumplir las actividades que planifican cada una, no existen reuniones ni se efectúan otras estrategias que posibiliten esa comunicación, ni el acercamiento porque además las autoridades de salud regional y municipal no la propician. En consecuencia, cada centro de salud es un fragmento que conforma un todo, pero que no entiende que el todo unido hace mucho más que las partes aisladas y fragmentadas”*.

Lo dicho con anterioridad, lo reafirma el informante número 1 cuando expresa: *“la gestión de salud pública desde hace mucho tiempo trabaja en forma aislada, es decir, no concibe la integración en la búsqueda de lograr el apoyo con otras instituciones que puedan coadyuvar para el logro de mejorar el servicio de salud; solo se establecen alianzas y convenios ante actividades muy puntuales y luego esa alianza se disuelve. No se evalúa que tan productiva o no pudo ser la misma”*.

De igual forma, el sujeto de investigación número 3 agregó lo siguiente: *“No ha habido una coordinación y comunicación adecuada tanto de los entes que prestan el servicio de salud, como de quienes lo dirigen puesto que no está en su mente que en la unificación de esfuerzos pueden obtener resultados y además es un ahorro presupuestario, por cuanto se hace uso de un mismo recurso para cubrir varias necesidades en cuanto a salud se refiere”*

Otro de los problemas que ha incidido en el funcionamiento del servicio de salud pública, es la falta de coordinación entre los diferentes entes que prestan el servicio de salud pública, pese a que en los instrumentos legales se planteó la creación de un sistema integral de la salud, tal como se estableció en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Sobre este particular se pronunció Delgado (2018:5) y manifestó lo siguiente:

Los esfuerzos por diseñar e instrumentar las políticas de salud comenzaron inmediatamente después de la entrada en vigencia de la Constitución con la intención de poner en funcionamiento un modelo de atención integral de salud para fortalecer la red ambulatoria encargada de la atención primaria, la cual debía tener como objetivo desarrollar actividades de promoción y prevención orientadas a la equidad y mejora de la calidad de vida, acercar a los usuarios a las instituciones responsables de prestar el servicio facilitando así el incremento en los niveles de accesibilidad al sistema de la salud

No obstante, lo señalado por Delgado persiste aun en la actualidad, el desarrollo de actividades por separado entre los diferentes entes de la salud sin coordinación alguna, dispersando los recursos materiales, humanos y financieros y sin mejoras en la calidad del servicio de la salud pública, ello se refleja en el análisis hecho por Delgado quien señala lo siguiente:

En lo que se ha llamado el sistema de salud existe un parcelamiento de entes, recursos y sistemas de atención que funcionan en paralelo e independencia administrativa y funcional unos de otros, tres ejemplos dan cuenta de lo antes dicho: El Ministerio del Poder Popular para la Salud regula la red de atención primaria; el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, la de los trabajadores asegurados, y la Misión Barrio Adentro de una parte de la atención primaria. (2018:35)

A este respecto, se proponen las articulaciones o también llamadas alianzas interinstitucionales como acciones estratégicas que fortalecen y contribuyen a elevar el servicio de la salud pública, garantizando impactos positivos a las poblaciones objeto de estudio; ello implica no solo incorporar a instituciones de salud pública sino también del sector privado.

Este proceso de articulación se vincula al de cooperación y ambos se amalgaman mutuamente, por cuanto requieren apoyo técnico y voluntad política en todos los ámbitos y niveles de decisión; su construcción es paulatina a través de la gestión y ejecución de las acciones de la salud.

Sobre este particular es importante hacer notar las experiencias que se están dando en otros países como es el caso de Colombia, y se reflejan en un trabajo publicado denominado: “la participación intersectorial e interinstitucional, grandes aliadas para alcanzar con éxito intervenciones en búsqueda del mejoramiento de los servicios de salud”. Para Delgado (2018:5), la articulación interinstitucional entre entidades públicas y privadas, además de la movilización social en las comunidades, ha permitido un mejoramiento notable en las condiciones de las poblaciones en materia de salud, Para reafirmar lo expresado anteriormente Arboleda (2019:33) Coordinadora de la Atención Primaria en Salud en Caldas, Colombia señalo al respecto lo siguiente:

La articulación interinstitucional e intersectorial es vital para el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria en Salud en Caldas, por lo que necesitamos que los diferentes sectores lleven la oferta institucional a los territorios CAS para mejorar el bienestar de las comunidades y poder lograr un impacto real en su calidad de vida, lo cual se refleje en los indicadores; es indispensable que los sectores sean aliados y la incorporación del privado y poder capacitarlo y sean incorporados en la estrategia de atención primaria social.

Todos estos señalamientos reafirman la necesidad en primer lugar, de lograr la articulación entre los diferentes entes que prestan el servicio de la salud pública coordinando recursos humanos, materiales y financieros y en segundo lugar, establecer alianzas y convenios con otros sectores que coadyuven a mejorar el servicio de la salud pública como es el caso de la empresa privada, pudiendo ser entes financistas para ampliar y mejorar la oferta y el servicio de la salud. En materia de capacitación y formación continuar estableciendo convenios con universidades e instituciones educativas en lo atinente a la formación y capacitación del recurso humano de la salud.

#### ***4.1.2.4.- Gestión pública de salud debilitada:***

Esta categoría da cuenta sobre la opinión que tienen los informantes claves de cómo ha sido el accionar de la gestión pública de salud; tomando en cuenta los cambios económicos, políticos, culturales y como la gestión pública responde a ellos y si efectivamente le da una respuesta eficiente a los usuarios del servicio de salud pública.

Sobre este particular el sujeto de investigación número 1 manifestó lo siguiente: “*Al pasar el tiempo se han suscitado diversos cambios en el entorno que han ameritado que la gestión pública se adapte a los mismos para lo cual deben reajustarse y redefinirse a lo interno*”

*incluso sus planes y proyectos siempre en la búsqueda de elevar, mejorar el servicio que presta. No obstante, en lo escrito se han plasmado muchas modificaciones en sus directrices, las cuales no se han implementado de esa forma lo que conlleva a que no se le dé la respuesta a muchas necesidades y entonces la gestión pública se quede como corta al no corresponder a sus demandantes”*

También el informante número 3 añadió al respecto lo siguiente: *“la gestión pública en general debe adecuarse a los cambios del entorno, lo cual no ha surgido debido a que se realizan cambios en directrices, planes pero estos no reflejan en una mejor prestación de los servicios públicos y salud no es la excepción. Ello hace ver a la gestión pública como débil puesto que no responde a las exigencias que le impone el entorno ni a las necesidades que posee la población”*

Por otro lado, el informante número 2 apuntó sobre este particular lo siguiente: *“En mi criterio, la gestión pública de salud debe reestructurarse o mejor dicho reinventarse, puesto que se ha quedado pequeña para dar una respuesta real a los usuarios del servicio. Se han hecho cambios en algunas directrices que obedecen a su vez a lineamientos del Ministerio de Salud, pero estos no llegan a expresarse en el mejoramiento de la prestación de un mejor servicio; no hay una adecuación real de la gestión pública de salud a cambios que harían más eficiente el servicio. Por ejemplo, se ha avanzado en digitalizar los expedientes o historias médicas de pacientes, pero aun así existe un departamento de archivo donde reposan en físico las mismas y a la hora de ubicarlas se buscan es allí y no a través de un computador, lo que hace engorroso y lento este proceso; sumado a la pérdida de muchos expedientes”.*

Para la construcción teórica de esta categoría, es conveniente conceptualizar lo que se ha venido entendiendo como gerencia pública; En este sentido, Sánchez (2006:9) define la gestión pública como: “el conjunto de operaciones y procesos dirigidos especialmente a llevar a cabo la administración de los recursos de organizaciones o entidades públicas.

También Muñoz (2020; 24) señala acerca del término de gestión pública lo siguiente:

El uso de la palabra gestión resalta las acciones precisas, oportunas y prácticas en pro de conseguir en el menor tiempo, y con la calidad del caso, los propósitos trazados tanto en la esfera pública como en la privada. Es una categoría amplia

múltiples usos, cuya característica básica es la de referirse a acciones puntuales, siendo las acciones, recursos, objetivos y logros la base esencial de los procesos de gestión que están precedidos por una razón social o institucional”.

Además el autor Muñoz expone algunos modelos de la gestión pública, lo que nos muestra los rasgos presentes de uno de estos modelos de la gestión pública en la actualidad, y nos ayuda a entender el funcionamiento de la misma, a saber:

**El modelo burocrático** el cual fue propuesto por Max Weber y fue predominante en la gestión pública durante el siglo XIX, y orientó las bases para una organización eficiente por excelencia en un Estado de bienestar que aplica una serie de reglas y procedimientos centralizados para una burocracia ideal que busca la racionalidad en la acción pública. En este sentido, el modelo burocrático se constituye en la hoja de ruta para la gestión de lo público, en una gestión donde el Estado es el actor fundamental y el eje de decisiones colectivas. Ante la crisis de este modelo se plantean diversas teorías de cómo gestionar lo público de manera eficaz y eficiente, lo que traía consigo sustituir una gestión burocrática guiada por norma impersonal por una gestión por contrato guiada por el mercado denominada Nueva gestión pública, siendo un modelo que incorpora principios gerenciales y empresariales dentro del sector público, busca un estado más eficiente y cercano a las necesidades de los usuarios, los cuales en este modelo son vistos como ciudadanos clientes en busca de mejor atención. (2020; 26)

Tomando en cuenta lo expresado por este autor y contrastando con la realidad que se puso de manifiesto en los hallazgos de esta investigación se pone en evidencia que la gestión pública en salud se inscribe dentro del modelo burocrático y que este ya no da respuestas eficientes a las necesidades de salud de la población; es una ya no da respuestas eficientes a las necesidades de salud de la población; es una gestión pública debilitada que requiere fortalecerse a través de un giro desde la concepción que se posee de la salud hasta las prácticas que se ejecuten en el desarrollo de sus políticas públicas. Es una gerencia más humana, con una concepción integral sobre la misma, donde se erradique la concepción asistencialista por una proactiva donde las personas sean vistas como clientes y se les mejore su atención.

También López (2018:3) señala acerca del sistema de salud y de la gerencia pública lo siguiente:

La crisis en el sector salud se puede precisar como insuficiencia del modelo explicativo conceptual, crisis del modelo organizativo, colapso del modelo de gestión, inadecuado modelo de financiamiento e insuficiencia del modelo de formación de profesionales y

técnicos. Como consecuencia, se evidencia la necesidad También López (2018:3) señala acerca del sistema de salud y de la gerencia pública lo siguiente:

La crisis en el sector salud se puede precisar como insuficiencia del modelo explicativo conceptual, crisis del modelo organizativo, colapso del modelo de gestión, inadecuado modelo de financiamiento e insuficiencia del modelo de formación de profesionales y técnicos. Como consecuencia, se evidencia la necesidad de trascender todas aquellas limitaciones como es: la escasa o nula participación de la comunidad, las instituciones científicas y las académicas, en la elaboración de los programas en salud pública que permita una solución a los problemas que aquejan a la comunidad. Limitaciones como éstas, conllevan al fracaso de las gestiones públicas que afectan desfavorablemente a la población. Es por ello, que es indispensable un cambio de paradigma, un nuevo enfoque de las políticas públicas, donde se tomen en consideración las opiniones de todos los sectores que conforman la sociedad y desde la praxis se desarrollen las ideas, acciones y decisiones que ayuden a concebir una salud pública que contribuya al mejoramiento y cuidado de la salud de la población, incluyendo el entorno en el que la la comunidad se desenvuelve y su medio ambiente.

De acuerdo a esto, para superar esta crisis en el sector salud particularmente, es necesario:

La construcción de una nueva salud pública que como lo expresa Gadamer La nueva salud pública que esté “en la obligación de nutrirse de diferentes aportes teórico-metodológicos que aborden la salud y la enfermedad, desde un pensamiento que equilibre el orden y el caos, con las bifurcaciones y con las subjetividades. La nueva salud pública debe estar en constante construcción de conocimientos en salud desde una visión estratégica situacional. Debe constituir un proceso de encuentro, un genuino desarrollo cognoscitivo, una hermaneases que se aproxime al ser y a sus circunstancias. Es un mundo amplio que falta por conocer, para humanizar los saberes y las prácticas en salud pública. López (2018:9)

Lo expresado por López es el centro de nuestra propuesta, construir una nueva visión de la gestión pública de la salud que sea más humana que aborde la enfermedad y la salud desde una perspectiva holística, que fortalezca una participación real de los ciudadanos, potenciando los saberes y sus prácticas en la salud y los concientice y capacite sobre el autocuidado para que ellos sean verdaderos protagonistas sobre el cuidado de su salud. Una gestión pública que convoque a todos los sectores públicos y privados para que estos participen, y aporten en la implementación y desarrollo de las políticas públicas de salud.

#### **4.1.2.5.- Capacidad resolutive en los centros asistenciales:**

Esta categoría se refiere a la respuesta oportuna o no que los centros de salud le dan a los pacientes al momento de que estos solicitan el servicio.

A este respecto, el informante número 1 manifestó lo siguiente: “ *Actualmente los centros asistenciales de salud no poseen una real capacidad resolutive; ello debido a que se le dé respuesta al paciente puesto que se le atiende en los servicios; pero en muchos lugares no se cuenta con las medicinas para asistirlos, ni siquiera una jeringa; a la hora de exámenes de laboratorio deben llevar muestras a laboratorios externos, lo que nos indica que la respuesta que se da al usuario es la mera atención y de darle una prescripción médica*”

También el informante número 3 añadió sobre este particular lo siguiente: “*si entendemos la capacidad resolutive en salud como la respuesta que el personal de salud le da al paciente para que este mejore su salud, podemos decir que la capacidad resolutive es a medias, puesto que se le brinda la atención en tanto lo atiende un médico y una enfermera según sea el caso. Pero debido a la carencia de insumos y equipos medios; mayormente el paciente debe comprar tratamiento para que le sea administrado, en caso de no contar con el recurso para comprarlo; éste se ira con la receta médica y sin mejorar su salud*”.

Tomando en cuenta lo anterior, podemos señalar que la capacidad resolutive es la habilidad de tomar decisiones de la forma más eficaz y ágil posible ante cualquier imprevisto. Esta capacidad puede medirse en el caso de la salud a través de las acciones que realizan los equipos de salud y que se deben expresar en los resultados del desempeño para las poblaciones que atienden. Entonces podemos decir, que la capacidad resolutive va ser el resultado de las acciones que se desplieguen por parte del equipo médico desde el momento que llegue una persona con un problema de salud hasta que egrese del centro asistencial con un diagnóstico y tratamiento médico. La capacidad de responder eficaz, eficiente o de la no respuesta va depender de la capacidad de organización del sistema de salud y en específico de cada centro asistencial.

Sobre este particular Silvere Simeant (1984:89) señala en un trabajo de investigación sobre la realidad chilena lo siguiente:

En la actualidad, en casi todos los países de la Región, existen deficiencias graves en la organización de la atención médica, como hospitales de alta complejidad sobrecargados de casos sencillos que podrían tratarse con un costo menor en establecimientos más accesibles, desplazamientos de pacientes a la ciudad capital en búsqueda de atención de baja o mediana complejidad a un costo social importante, recursos terapéuticos y diagnósticos insuficientes o subutilizados a nivel primario, y falta de accesibilidad a servicios especializados de ciertos pacientes, que en realidad lo necesitan debido a la ineficiencia del sistema de referencia

Simeant (1984:90) manifiesta en su trabajo que esta problemática en lo referente a la atención médica en los centros asistenciales, se debe a que hay ausencia de normativas que Sobre este particular Silvere Simeant (1984:89) señala en un trabajo de investigación sobre la realidad chilena lo siguiente:

En la actualidad, en casi todos los países de la Región, existen deficiencias graves en la organización de la atención médica, como hospitales de alta complejidad sobrecargados de casos sencillos que podrían tratarse con un costo menor en establecimientos más accesibles, desplazamientos de pacientes a la ciudad capital en búsqueda de atención de baja o mediana complejidad a un costo social importante, recursos terapéuticos y diagnósticos insuficientes o subutilizados a nivel primario, y falta de accesibilidad a servicios especializados de ciertos pacientes, que en realidad lo necesitan debido a la ineficiencia del sistema de referencia

Simeant (1984:90) manifiesta en su trabajo que esta problemática en lo referente a la atención médica en los centros asistenciales, se debe a que hay ausencia de normativas que dicten pautas para que se organice el servicio de salud de acuerdo al nivel de complejidad, para de esta forma atender el paciente donde realmente requiere le sea resuelta su necesidad de salud, se señala lo siguiente:

La inexistencia de normas que definan los niveles de atención o, si existen con falta de precisión, además de su incumplimiento en los centros de salud y el hecho de que generalmente se elaboraron en forma empírica y no ajustados a la realidad sobre la base de datos cuantitativos y cualitativos de la demanda de atención que deba satisfacer, agravan el problema de la atención médica en la mayoría de los países.

El autor Simeant (1984:102) termina su análisis señalando que en Chile que es el caso que él está estudiando debería elaborarse un modelo para la organización de la atención en salud:

En Chile, que es el caso objeto de este estudio pero, podría ser válido para otras naciones, que han alcanzado una situación intermedia de desarrollo en salud, se

hace necesario definir un modelo global de organización de atención de la salud según niveles de atención progresiva, cuyos recursos humanos, físicos y tecnológicos deberían ser determinados y normalizados de manera que garantizara la existencia, en esos niveles, de una atención con **buena capacidad resolutive**

Tomando en cuenta lo señalado por Simeaut podemos diferenciar además dos tipos de capacidad resolutive que se despliegan en el sistema de salud y que son importantes señalar acá, nos referimos a la capacidad resolutive cualitativa y la capacidad resolutive cuantitativa:

La primera se refiere a la capacidad de un profesional, establecimiento o nivel de atención para atender a las personas que solicitan su atención; Esta depende del volumen de instrumentos de atención disponibles y del rendimiento de estos instrumentos. En cambio la capacidad que tiene ese profesional o establecimiento o nivel de atención para satisfacer la necesidad del paciente ya que solo depende del factor cualitativo: que es la complejidad de la atención otorgada que está condicionada por el grado de capacitación del profesional que otorga la atención, la complejidad de los servicios de apoyo con los cuales Él cuenta para el diagnóstico y la complejidad de los recursos terapéuticos de que dispone para tratar el caso. Simeaut (1984:188)

Como complemento de este estudio en Venezuela Martínez Heredia realizó un estudio en 2015, acerca de la capacidad resolutive en la atención materna en el Municipio German Roscio, en el cual se destaca lo siguiente:

La capacidad resolutive permite a partir de los resultados obtenidos de la atención al usuario evaluar los servicios de salud. Su evaluación puede realizarse en tres componentes: estructura, proceso y resultado. Como resultados relevantes el estudio arrojó que existe una capacidad resolutive en el componente de la estructura con un nivel” Martínez Heredia (2015:58)

Los argumentos señalados nos muestran que para evaluar la capacidad resolutive de los centros de salud debe tomarse en consideración varios aspectos entre los que podemos mencionar: la disponibilidad del personal médico y enfermería, así como la debida dotación de insumos, medicinas y equipos médicos necesarios para darle la atención requerida a los pacientes que así lo demanden. Aunado a esto es importante hacer notar que la capacidad resolutive en un centro asistencial está vinculada a la mística y ética en el desempeño con el cual los profesionales de la salud realicen su trabajo y en el trato que estos tengan con sus usuarios, siendo más humanos y empáticos con su problemática de salud.

#### ***4.1.2.6.- Carencia de continuidad en la línea programática de la gestión pública de salud:***

Esta categoría alude a la ausencia de la continuidad en proyectos y programas de salud debido a los cambios y rotación de los Ministros de salud y otras autoridades regionales y locales en los diferentes estados del país.

En este sentido, el informante número 1 señaló lo siguiente: *“ha habido muchos ministros de salud y cada uno incorpora nuevos proyectos y programas en el área lo que trae cambios y hace que se pierda la secuencia del trabajo que se viene realizando”*

Lo anteriormente expresado lo confirma el informante número 3 cuando manifestó: *“no existe continuidad en la línea programática del sector salud porque ha habido diversos ministros y cada uno trae su equipo de trabajo y su paquete de programas. Muchos de estos programas nuevos no tienen relación con lo que se vienen ejecutando, lo que trae como consecuencia que se rompa la línea programática que se venía realizando sin una previa evaluación a los mismos”*

A este respecto, el informante número 2 ratificó lo siguiente: *“los diferentes nombramientos y rotaciones de ministros de salud ha traído consigo la ruptura de la línea programática en el sector, porque cada ministro tiene una visión y enfoque sobre la salud y a partir de estos propone programas y proyectos; también eliminan programas que están en curso sin previa evaluación de los resultados, lo cual por supuesto rompe con la línea programática que se viene ejecutando”*.

Esta ausencia en la continuidad de la línea programática de la gestión pública se evidencia en la eliminación de proyectos y programas sociales sin la debida evaluación, ello se atribuye a las rotaciones y designaciones de ministros, jefes y coordinadores de programas; cada uno tiene una visión y concepción acerca de los procesos lo que hace que se den estos drásticos cambios. En este sentido, es importante realizar la evaluación del proyecto social, por cuanto permite analizar los beneficios y costos para la sociedad, busca maximizar el bienestar colectivo. Es decir, la evaluación permite identificar, cuantificar y valorar los costos y beneficios que se generen de este, en un determinado periodo de tiempo, siendo su objetivo determinar si la ejecución del proyecto es conveniente para quien lo lleve a cabo.

En materia de evaluación de proyectos sociales el Centro de Estudios para la Educación Popular (CEPEP, 1999:68) señala lo siguiente:

La expos es la evaluación más utilizada y con ella se busca medir el grado de cumplimiento de las metas propuestas, determinar los aspectos positivos y negativos de la implementación del proyecto, identificar las mejores prácticas y formular recomendaciones para futura réplica de la experiencia

También acerca de la evaluación de los proyectos sociales, Cohen (1988: 4) señala lo siguiente:

Es evidente que no hay posibilidad de llevar adelante políticas sociales eficaces y eficientes, sino se evalúan resultados de su aplicación. Por ello, disponer de evaluaciones ex –post bien fundamentadas de proyectos ya realizadas o en curso resulta fundamental para mejorar el diseño, la evaluación ex ante y de la ejecución de los que se impulse en el futuro.

Sin embargo, Cohen señala que esto no sucede en la gestión pública porque la práctica muestra: una situación totalmente diferente; la evaluación de programas y proyectos sociales es una actividad infrecuente, por no decir excepcional. Raramente se realiza cuando se preparan los proyectos y en general, los actores sociales involucrados en ellos suelen ser reacios a evaluar lo que hicieron.

Lo expresado nos muestra que es vital la evaluación de proyectos y programas sociales para tomar decisiones acertadas sobre eliminación o continuidad de un proyecto y así poder ver realmente resultados en las comunidades objeto del estudio. Es necesario igualmente, cuando se efectúen rotaciones y nombramientos en los cargos directivos que se presente memoria y cuenta de manera que el director entrante examine resultados de los proyectos y sobre ellos decida si mantener esa línea programática o sustituirla, por lo que debe trabajarse a fin de eliminar esa renuencia de las personas a que se evalué su trabajo.

En este orden de ideas, es importante mencionar los factores que pueden conducir al fracaso de un proyecto social; sobre este particular Cayso Asesores en un trabajo hecho por Rendón (2021:93) enumera las siguientes razones:

Falta de claridad en la descripción del problema y correspondencia con las necesidades de la población beneficiaria, carencia de delimitación en los objetivos del proyecto, Ausencia de coordinación entre los actores beneficiarios y organismos gubernamentales, Exceso de trámites para el

manejo de los recursos económicos y la fijación de objetivos antes de conocer la realidad.

Según lo dicho con anterioridad podemos señalar que el fracaso o éxito de un proyecto social se debe a la carencia de claridad en la formulación del mismo, pero que además la carencia de apoyo institucional tanto en la aprobación de los recursos para su ejecución, como en su acompañamiento pueden conducir a su fracaso o éxito.

#### 4.1.3. Dimensión recursos administrativos, humanos, materiales y financieros.

Figura N° 4

#### Dimensión recursos administrativos, humanos, materiales y financieros.



Fuente: Elaboración propia de la investigadora. 2022.

Esta dimensión pretende dar cuenta sobre la disponibilidad de los recursos administrativos, humanos y financieros con que cuenta el sector salud, y si estos son suficientes para garantizar el derecho de la salud a la población.

Sobre este particular el informante número 1 señaló lo siguiente: *“el sector salud cuenta con recursos humanos calificados, pese a que en número han disminuido debido a que muchos han renunciado a sus cargos en búsqueda de mejores salarios; en relación a recursos materiales se ve que hay un déficit constante de medicinas y de insumos médicos que dificultan una praxis médica exitosa; y con respecto a los recursos financieros vemos que el Ministerio asigna a los diferentes organismos que pertenecen al sector pero este es insuficiente para prestar un buen servicio; la mayor parte de la asignación presupuestaria se va en el pago de nómina de personal”*

Por otro lado, el informante número 2 manifestó: *“el sector salud ha contado con personal médico, paramédico y de enfermería y en momentos ha habido dotaciones de medicinas e insumos médicos, sin embargo el servicio ha venido desmejorándose porque pese a ello han venido reduciendo las asignaciones presupuestarias y además a medida que se ha agravado la crisis económica el personal ha abandonado sus cargos en busca de empleos con mejores salarios que permitan elevar su calidad de vida”*

También el informante número 3 señaló que: *“el sector salud siempre ha contado con personal calificado tanto en el área médica como en la administrativa que acuden a los centros de salud para realizar su trabajo; el problema estriba que han mermado y ya son inexistentes dotaciones de medicinas e insumos y esto desestimula al personal por cuanto hace cuesta arriba la prestación de un buen servicio”*

A continuación veremos el desarrollo de cada una de las categorías que surgieron en los testimonios de los sujetos investigación.

#### ***4.1.3.1.- Disponibilidad recursos humanos, financieros y materiales:***

Esta categoría hace referencia al número de personal médico, paramédico, enfermería existente en el centro de salud y si estos permiten cubrir la demanda de los pacientes en el mismo; así mismo la cantidad de insumos y medicinas existentes y las asignaciones presupuestarias hechas al sector. En este sentido, el informante número 1 manifestó lo siguiente: *“el recurso humano existe para desempeñar la labor en el salud, pero en la mayoría de los centros de salud este recurso es insuficiente para atender a la demanda de pacientes lo que hace que en el área de emergencia por ejemplo, los pacientes tengan que*

*esperar largas filas para ser atendidos. Ahora con los insumos es otro lío porque en la mayoría de los centros de salud este recurso es inexistente y cuando llega a veces desaparece misteriosamente; los medicamentos no existen allí a veces hay deficiencia hasta de las bombonas de oxígeno. En lo que tiene que ver al recurso financiero se ve que el Ministerio envía los recursos, pero el detalle es que es insuficiente y no permite cubrir las necesidades de los centros de salud en su totalidad”.*

Así mismo, el sujeto de investigación número 2 señaló al respecto lo siguiente: *“en la actualidad los centros de salud funcionan porque el personal de salud los mantiene activos, ya estos no poseen recursos materiales y tienen muy pocos insumos para trabajar. A pesar que el personal gana bajos salarios allí han estado dando la batalla. El ministerio envía presupuesto pero este no se ajusta a lo que necesita cada uno de los establecimientos de salud para funcionar óptimamente”-*

Sobre este particular el informante número 3 manifestó lo siguiente: *“La salud no ha sido tomada en serio por los gobernantes por lo que no se le da la real importancia y esto se ve en los pocos recursos que se asignan y envían a las autoridades de salud regionales para que estos distribuyan en los centros de salud, lo que hace que los hospitales y ambulatorios no puedan funcionar adecuadamente; la mayoría del recurso financiero se diluye en el pago de la nómina del personal, quedando muy poco para cubrir las demás necesidades de los centros y poder satisfacer a los pacientes”*

Hablar de este grupo de categorías a nivel teórico nos remitió a la revisión de diversas fuentes bibliográficas y artículos de prensa dentro de estas encontramos un trabajo realizado por Anna Bovenchio en el cual hace un buen análisis acerca del sistema de salud, incluyendo lo relativo a la disponibilidad de recursos humanos, materiales y financieros.

A este respecto, consideramos importante señalar en primer orden lo relativo a la estructuración del sistema de salud pública, por cuanto ello nos permite entender lo relativo a las formas de financiamiento del servicio lo que es clave para la prestación de un buen servicio. Bovenchio (2011:45) señala acerca de la conformación y o estructuración del sistema de salud pública lo siguiente:

El sistema de salud pública cuenta con un sector público y uno privado. El público está constituido por el Ministerio del Poder Popular para la salud (MPS) y diversas instituciones de seguridad social, dentro de las que destaca el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS). EL Ministerio de Salud se financia con recursos del gobierno central, estados y municipios. El Instituto Venezolano de los Seguros Sociales se financia con cotizaciones patronales, cotizaciones de los trabajadores y con aportes del gobierno. Ambas instituciones cuentan con su propia red de atención ambulatoria y hospitalaria. El sector privado está constituido por prestadores de servicios que reciben pago de los bolsillos de los pacientes y por compañías aseguradoras.

No obstante, las diversas instituciones prestadoras del servicio salud a nivel público, la población se queja que no existe un buen servicio, dadas las condiciones de deterioro infraestructuras, déficit de personal médico y enfermería, déficit de dotación de suministros médicos y muchos equipos médicos están en deterioro o dañados, lo que hace que los pacientes sino cuentan con recursos propios se retiren a sus casas solo con una prescripción médica.

La situación descrita anteriormente lo confirma un artículo publicado en la red denominado “La salud en terapia intensiva” Cardozo (2022:2) en el cual se señala:

El progresivo colapso del sistema de salud venezolano no ha sido debidamente atendido por el Estado, por lo cual continúa agravándose. Durante el primer semestre de 2022, el desabastecimiento en las emergencias de los hospitales del país alcanzo en promedio en promedio de 46,8%, mientras que el desabastecimiento para los quirófanos alcanzo el 71,5%. A la baja de insumos médicos se agrega la baja operatividad de los servicios de laboratorio, Rayos X, ecografías, y los de tomografías y resonancias alcanzan el 79% de inoperatividad. Esto trae como consecuencia que un paciente para ser atendido deba comprar la mayoría de insumos y medicamentos. Estos datos suministrados por la encuesta.

Lo dicho anteriormente nos muestra la gravedad de la crisis que ha venido atravesado el sistema de la salud pública, expresado en la carencia de los insumos, equipos médicos y medicinas para dar una atención adecuada a los usuarios. Ello ha traído como consecuencia una privatización de la salud, puesto que en la práctica los usuarios deben comprar los insumos y medicamentos para que les puedan prestar el servicio de salud pública.

Acercas del personal médico, paramédico y enfermeras del sector salud, la OMS resalta la falta de recursos humanos que existe en muchas zonas del mundo. El Dr. Tim Evans,

subdirector General de Pruebas Científicas e Información para las Políticas de la OMS 2017:4, señala que:

El personal de salud, al que califica como la piedra angular de los sistemas sanitarios, está atravesando una crisis en el mundo entero, crisis a la que ningún país escapa por completo”. En todo el planeta hay una escasez crónica de profesionales de la salud, producto de décadas de anemia inversora en la formación, remuneración, condiciones de trabajo y gestión de esos profesionales, lo cual nos ha llevado a la grave carencia de recursos humanos con conocimientos clave y un nivel creciente de cambios de profesión, jubilaciones anticipadas y migraciones nacionales e internacionales.

El Dr Tim Evans (2019:22) añade además que en:

Venezuela, en 1936 solo contaba con 95 médicos para un país rural de 5.500.618 de habitantes (1/57.901); hoy día, supera los 56.221 médicos para 26.923.176 habitantes (1/ 475). De acuerdo a parámetros de la OMS, “para que el personal sanitario sea suficiente se necesitan al menos 2,3 dispensadores de atención sanitaria (médicos, enfermeros, parteros y agentes de salud pública), adecuadamente capacitados por cada 1.000 habitantes, y además han de estar distribuidos de una forma equilibrada que permita proporcionar inmunización infantil y asistencia cualificada al parto a un 80% de la población como mínimo”. Tomando en cuenta la relación médico/habitante, esta es superior a lo recomendado sin embargo, lo que falla es la distribución equilibrada por lo que la realidad médica asistencial venezolana dista mucho de la ideal.

Estos argumentos expresados nos muestran otro de las debilidades del sistema de salud pública como lo es el déficit de recurso humano especializado, debido a los bajos salarios muchos han migrado a otros países y otros han renunciado a su labor y se han dedicado a otras actividades en la búsqueda de elevar su calidad de vida. Esto nos habla de una gerencia pública en salud que no está interesado en el desarrollo institucional ni en el de su personal, puesto que no invierte en el recurso humano buscando estrategias para nuevas fuentes de ingreso que le permitan elevar los salarios y sueldos a su personal de acuerdo a su capacitación y profesionalización.

También Bovenchio (2011: 3) en su estudio acerca de los recursos humanos con los cuales cuenta el sistema de salud señala lo siguiente:

Los datos disponibles hasta 2003 señalan la existencia de 194 médicos 0,55 odontólogos y 0.08 enfermeras por 1000 habitantes. Además, existe el personal que se ha incorporado con la misión barrio adentro; 15.356 médicos cubanos a la red ambulatorios del país, siendo 1.234 de este grupo son venezolanos, el resto son cooperantes cubanos.

#### **4.1.3.2.- Déficit Insumos médicos:**

En relación a los insumos médicos, Cardozo (2003:1) señala lo siguiente:

El progresivo colapso del sistema de salud no ha sido atendido debidamente por el Estado venezolano, por lo cual continúa agravándose. Durante el primer trimestre de 2022, el desabastecimiento en las emergencias de los hospitales del país, alcanzo en promedio un 46,8%, mientras que el desabastecimiento en los quirófanos alcanzo el 71,5%. A esta falta de insumos se agrega la baja operatividad de los servicios de laboratorios, rayos X. ecografías, los de tomografías y resonancias que alcanzan el 79% de inoperatividad. Esto acarrea que una persona para ser atendido debe llevar la mayoría de los insumos, según se afirma en el Informe semestral de la Encuesta Nacional de hospitales; por ello se afirma que en la práctica en Venezuela la salud ha venido privatizándose.

También al respecto, Bachelet Michelle citada por Cardozo (2003:7) Comisionada de las Naciones Unidas señalo:

En Venezuela de Covid.19 ha agravado el frágil sistema de salud existente, en el cual se sigue reportando falta de medicamentos, suministros médicos y suficiente personal calificado, afectando a la población de recibir atención adecuada para niños y adultos con enfermedades crónicas”. Por su parte, Douglas Natera (Presidente de la Federación Médica) denunció en rueda de prensa: “La situación hospitalaria presenta un cierre tenido en más del 95% por el abandono de las instalaciones, carencia de equipos médicos, vigilancia, electricidad, agua, ascensores, insumos, medicinas. El 83% de los hospitales carecen del servicio de agua y el 90% carece de plantas eléctricas o están dañadas. Cardozo (2003:7)

La falta de insumos y medicinas es una de las limitaciones que posee el sistema de salud y que incide en la baja calidad en la prestación de un buen servicio de salud pública; esta problemática ha sido atribuida a la falta de una buena gerencia en el sector, la cual no ha buscado formas alternativas de financiamiento dependiendo exclusivamente de la asignación del Ministerio de salud, la cual es deficitaria y se destina mayormente a los gastos del pago de la nómina del recurso humano. Además, de ello no hay una sin ceración sobre las necesidades que posee cada centro asistencial para que el presupuesto global se efectúe tomando en cuenta las necesidades reales de cada centro y este pueda recibir a tiempo y en cantidades suficientes los materiales e insumos para la prestación adecuada de este servicio.

#### **4.1.3.3.- Éxodo personal médico, enfermería y paramédico:**

Esta categoría se refiere a la movilización que realiza el personal de salud hacia otros sectores de la economía en términos laborales en la búsqueda de mejorar su calidad de vida a través de empleos que generen mejores remuneraciones.

En este sentido el informante número 2 señaló lo siguiente: *“las condiciones de trabajo en las que labora el personal de salud no son las adecuadas ; ahorita con lo del covid 19 ha habido muchas quejas por parte del personal, porque en algunos centros asistenciales no ha habido siquiera un tapabocas, siendo ellos lo que a diario se enfrentan directamente con el virus; esto sumado a que los sueldos son muy bajos lo que ha hecho que muchos han decidido renunciar para buscar otras fuentes de ingresos mejores pagadas”*

También el informante número 1 manifestó: *“Ahorita la situación está muy crítica en los ambulatorios y hospitales, porque además que los insumos para prestar el servicio brillan por su ausencia, la infraestructura y equipos médicos están en franco deterioro; esto hace cuesta arriba prestar un buen servicio y desmotiva al personal quienes además, los abate el alto costo de la vida y lo precario de sus sueldos”*

De igual forma, el informante número 3 acotó sobre este particular lo siguiente: *“los sueldos del personal de salud son ínfimos y ahora más con esta dolarización que no permite cubrir sus necesidades básicas, por esto muchos han decidido renunciar y se han dedicado a otros oficios que le permiten alimentar a su familia con calidad de vida”*

Como hemos visto en los testimonios descritos numerosas causas han conducido al éxodo del personal que labora en los centros asistenciales de la salud pública; al respecto (Cardozo, 2022: 2) señala:

Se ha venido produciendo un éxodo masivo del personal de salud capacitado debido entre otras razones a los bajos sueldos, deficientes condiciones de trabajo y la inseguridad reinante en centros de salud. Para el 2014 se estimaba que el 33,26% de los médicos habían migrado fuera del país. De acuerdo con el último informe de la ONG Pracco la salida del personal médico había aumentado para el año 2021 a un 70% y la salida del personal de enfermería a un 80%.

En función de lo señalado por los autores, el proceso migratorio del personal médico y enfermería se ha venido incrementándose debido al agravamiento de la crisis y de los bajos

salarios que perciben; lo cual trae como consecuencia que los centros asistenciales se queden con poco personal calificado teniendo que recurrir en muchos casos a los médicos recién graduados o a estudiantes de medicina del último semestre, los cuales carecen de la experiencia para cubrir estas vacantes pero, es el personal que está al alcance y se usa, pero esto en desmedro de la calidad de servicio de salud que se presta.

Es necesario que las autoridades estudien las propuestas salariales de los diferentes gremios de la salud y aprueben un ajuste salarial que se corresponda a la realidad económica de hiperinflación y este permita cubrir las necesidades del personal de la salud. Igualmente, que el ajuste salarial al personal de la salud contemple su nivel de profesionalización; y que además se creen nuevos planes de formación y capacitación para este personal de acuerdo a las exigencias del entorno.

#### ***4.1.3.4.- Asignación presupuestaria:***

Esta categoría se refiere al monto que otorga el Ministerio de Salud a los organismos de salud regionales para que a su vez sean distribuidos a los diferentes centros de salud para que estos sean operativos y puedan prestar el servicio de salud a los usuarios.

A este respecto, el informante numero 1 manifestó lo siguiente: *“el ministerio de salud ha venido asignándole el dinero que se establece a los estados para que estos hagan funcionar el servicio, el problema es que este no permite cubrir las necesidades reales en todos los centros del país, no realizan un estudio para conocer el estado de los establecimientos de salud y observar si estos están funcionando bien o no “*

La situación anteriormente señalada fue confirmada por el informante número 2, quien manifestó lo siguiente: *“el problema no es del recurso económico, debido a que los organismos regionales de salud reciben el recurso económico mensualmente, el caso es que este es insuficiente para cubrir las necesidades de cada centro asistencial”*

Sobre este particular también apuntó el informante número 3, quien señaló lo siguiente: *“el presupuesto de salud nunca se ha ajustado a la prestación de un buen servicio, debido a que no se han evaluado las necesidades reales que posee cada centro de salud; actualmente las condiciones de estos son deprimentes, no sólo en algunos casos en su infraestructura, sino*

*que además no se cuentan con los insumos, medicinas y equipos para una atención óptima de los pacientes”*

Según los testimonios de los sujetos de investigación la asignación presupuestaria en salud ha sido deficiente sin ajustarse a las necesidades de salud de la población lo cual se corrobora en el siguiente análisis:

Datosmacro en pag web [datosmacro.expansion.com](http://datosmacro.expansion.com), (2017:2) señala con relación al gasto público en salud lo siguiente:

En Venezuela disminuyó de 596, 7 millones en 2017, es decir un 75,04% esta cifra supone que el gasto público en Sanidad en 2017 alcanzó el 0,19% del PIB, una caída de 0,58 puntos respecto a 2016; cuando el gasto fue el 0,77% del PIB. Ello se reflejó en la tabla donde se describen los países por la cuantía que dedican a Sanidad, que paso del puesto 91 al 128.

Esta situación se percibe igualmente en lo que respecta a la disminución del gasto en salud en forma progresiva anualmente:

Venezuela dedico en 2017 el 1,37% de su gasto público total a Sanidad, mientras que el año anterior había dedicado el 1,62%, 5 años antes el 6,54% y si nos remontamos a 10 años atrás el porcentaje fue de 11,32%; es decir la proporción destinada a sanidad ha caído en los últimos años.

Esto nos indica que a nivel gubernamental a pesar de conocer las necesidades de los centros asistenciales en materia de insumos, equipos médicos, medicinas y recursos humanos no se asignado una cantidad mayor de recursos económicos para subsanar la situación deficitaria sino que por el contrario se ha disminuido en forma progresiva el gasto en salud. Esto nos permite afirmar que es indispensable que las autoridades gubernamentales evalúen con seriedad la operatividad d los centros asistenciales y tomar acciones para que estos mejoren; porque lo que se está prestando es un mínimo servicio de salud. Las gobernaciones y municipios en voz de sus autoridades, deben enviar un informe al detalle acerca de las necesidades de cada centro de salud, para que las asignaciones presupuestarias que se envíen permitan cubrir las necesidades reales de los mismos.

Ante esta realidad Molina (2000:64) realiza un interesante análisis acerca del gasto y financiamiento de la salud en el cual manifiesta lo siguiente:

El análisis de las fuentes de financiamiento y del gasto del sector de la salud es un tema relevante por su impacto no solo en la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud sino también en el acceso que efectivamente la población puede lograr. El análisis de la comparación de las fuentes, de financiamiento y su comparación con el acceso diferencial a los servicios de salud por los distintos grupos de población permite extraer conclusiones sobre el grado de equidad financiera del sistema.

También agrega Molina (2000:71) que:

El conocimiento del gasto nacional en salud y su financiamiento es esencial para la toma de decisiones acerca de la asignación de los recursos del sector de la salud, permite evaluar la equidad y eficiencia con que se asignan y utilizan estos recursos y es clave para compararla con los esfuerzos que hacen las sociedades y los gobiernos de los países para enfrentarlos problemas de salud que afectan a sus poblaciones.

Estas afirmaciones señaladas nos evidencian lo importante para los gobernantes de poseer conocimiento asertivo acerca del gasto en salud, ello implica conocer las limitaciones y necesidades de cada centro de salud para elaborar un presupuesto que permita cubrir cada una de ellas; también conocer las fuentes de financiamiento y su proporción de los recursos que destinan al sector, lo que a corto y mediano plazo permitiría darnos cuenta acerca de la equidad y eficiencia en la asignación de los recursos a los estados y municipios y no que estas respondan a criterios clientelares o por mero capricho.

Por otro lado, Bachaeld (1998:56) también analiza acerca de la importancia de la eficiencia del gasto en salud:

Muchos creen que una mejor atención en salud tiene que ver con cuánto dinero invierte el país. Siempre se ha pensado que más hospitales, más personal médico y más dinero significarían mejor salud. Y si bien es un factor importante, no todo tiene que ver con la cantidad. La eficiencia del gasto en salud juega un rol fundamental en el desempeño de la región en materia de salud. Si América Latina fuera una región más eficiente en cuanto a su gasto sanitario, los latinoamericanos podrían vivir casi cuatro años más. En este sentido, la convocatoria es que los países deben invertir en salud y distribuir los recursos de manera más inteligente

El autor apunta acerca de las ineficiencias sobre el gasto de salud y las ineficiencias en su distribución lo siguiente: Las ineficiencias están en el desperdicio de insumos, en duplicación de exámenes, en estadías hospitalarias innecesarias, entre otros. De igual forma, la ineficiencia del gasto sanitario se refleja en como los países subutilizan los medicamentos

genéricos y terminan gastando más en comprar fármacos de marcas, que pueden llegar a ser más de un 40% más caros. Bachaeld (1998:58)

Es importante señalar la necesidad de que las autoridades gubernamentales evalúen la forma como se invierte el presupuesto de la salud y establezcan prioridades para destinar los recursos hacia las áreas donde más se requiera, así también deben minimizar los gastos adquiriendo equipos, insumos y medicinas en aquellos proveedores que posean los precios más económicos. De igual modo, se debe fortalecer la atención primaria en salud y las actividades comunitarias preventivas, a fin de educar en salud y así disminuir posibles enfermedades, lo que a mediano y largo plazo disminuirá el número de usuarios o pacientes demandando el servicio de salud. La salud debe repensarse, para luego construir nuevas políticas públicas que sean más eficientes y eficaces.

#### **4.1.4. Dimensión efectividad y continuidad de los programas y proyectos del sector salud**

La efectividad y continuidad de los programas y proyectos del sector salud dependen de muchos factores, incluyendo la calidad del diseño y la implementación del programa, la disponibilidad de recursos y el compromiso de los actores involucrados en el programa.

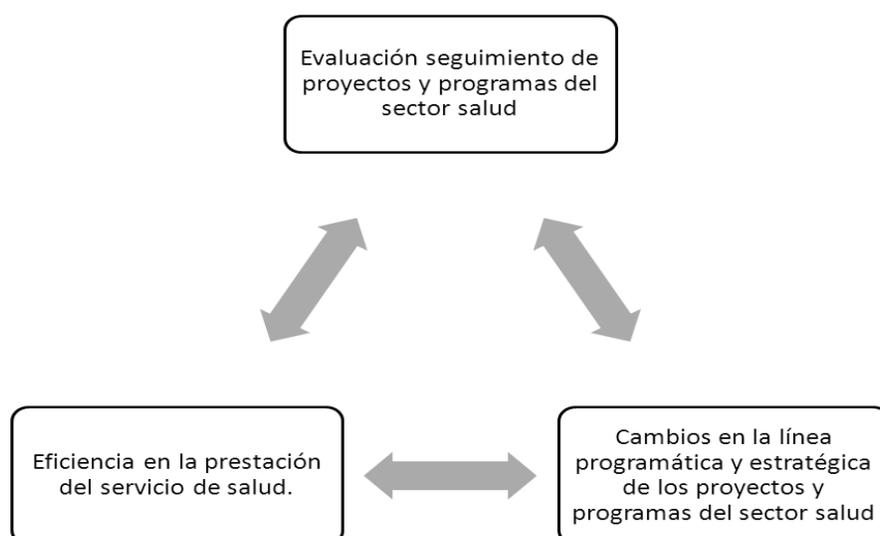
Para evaluar la efectividad de un programa o proyecto de salud, es importante establecer objetivos claros y medibles y utilizar indicadores adecuados para evaluar el progreso hacia esos objetivos. Estos indicadores pueden incluir medidas de salud, como la tasa de incidencia de enfermedades específicas o la tasa de mortalidad infantil, así como medidas de acceso y calidad de los servicios de salud, como el porcentaje de la población que recibe atención de salud preventiva o el porcentaje de pacientes satisfechos con la atención recibida.

La continuidad de un programa o proyecto de salud también es esencial para lograr impactos sostenibles en la salud de la población. Esto implica la planificación cuidadosa de los recursos, la identificación y capacitación de personal adecuado, la incorporación de mecanismos de monitoreo y evaluación y la implementación de estrategias para garantizar la sostenibilidad financiera del programa.

En general, la efectividad y continuidad de los programas y proyectos de salud dependen de una serie de factores interrelacionados, y se requiere una gestión cuidadosa y la participación

de múltiples actores para lograr resultados sostenibles en la salud de la población. A continuación se muestra la figura 5 que contiene categorías que emergieron de los testimonios y que dan cuenta de esta temática investigada, desde los entrevistados.

**Figura N° 5**  
**Dimensión efectividad y continuidad de los programas y proyectos del sector salud**



**Fuente: Elaboración propia de la investigadora. 2022.**

Esta dimensión se refiere a la forma como se han venido implementando los programas y proyectos del sector salud; permite además visualizar a partir de los testimonios su percepción acerca de su efectividad y si estos se han mantenido en el tiempo.

De seguida pasemos a examinar las categorías que surgieron en la revisión de los testimonios

#### ***4.1.4.1.- Evaluación y seguimiento de proyectos y programas del sector salud:***

Esta categoría se refiere al monitoreo frecuente en el inicio y desarrollo que debe existir en programas y proyectos del sector salud por parte de entes gubernamentales y o la comunidad.

En este sentido, el informante número 1 manifestó lo siguiente: *“Se han implementado muchos programas y proyectos en el sector salud; de hecho cada gobernador y alcalde en su gestión propone ideas para estos fines pero el mayor problema es que se inician programas y proyectos sin la debida evaluación a los mismos por lo que no se sabe si sus resultados han sido exitosos o no “*

La situación anteriormente descrita fue corroborada por el sujeto de investigación número 2 quien señaló al respecto lo siguiente: *“ningún programa ni proyecto que se ha desarrollado en el sector salud ha sido sometido a una evaluación; incluso se han eliminado muchos sin pasar por este proceso. Se han creado departamentos, oficinas para realizar evaluación y seguimiento pero allí se queda porque estas no han cumplido realmente el fin para el cual fueron creadas”*

También el informante número 3 señaló sobre el particular lo siguiente: *“dentro de mi experiencia trabajando en gerencia de salud puedo dar fe y testimonio que no existe una evaluación ni monitoreo a los programas que se ejecutan, de ser así se podrían corregir las fallas que se presentan”*

Tomando en consideración los testimonios de los sujetos de investigación podemos afirmar que no existe un proceso de evaluación y seguimiento en los programas y proyectos de salud, lo cual es necesario por cuanto permite emitir un juicio sobre la conveniencia o confiabilidad de la estimación preliminar del beneficio que se espere genere el proyecto. Sobre este respecto Cohen (1988 pag 19) apunta sobre el proceso de evaluación de proyectos lo siguiente:

La evaluación pretende la asignación optima de los recursos disponibles, para lo cual debe disponer previamente de un modelo teórico-causa que distinga entre variables que operan como parámetros del proyecto y las que constituyen los elementos que van a ser utilizados en la acción transformadora

Por otro lado, Baca Urbina (2006:4) hace su aporte sobre la evaluación de proyectos:

La evaluación de proyectos tiene por objeto conocer su rentabilidad económica y social, de tal manera que asegure resolver una necesidad humana en forma eficiente, segura y rentable. Así se podrá asignar recursos económicos a la mejor alternativa

También el Fondo de Población de las Naciones Unidas (2018:4) hace los siguientes señalamientos sobre el proceso de evaluación de proyectos sociales:

La evaluación es un proceso de duración determinada que trata de valorar de manera sistemática y objetiva la pertinencia, rendimiento y éxito de los programas y proyectos concluidos y en curso. Esta se realiza con carácter selectivo para dar respuesta a determinadas preguntas e impartir orientación a los encargados de tomar decisiones, así como para obtener información que permita determinar si las teorías e hipótesis básicas que se utilizaron al formular el programa o proyecto poseen validez, si han surtido efecto o no.

Todos estos señalamientos hechos por los autores tienen aspectos comunes que le dan credibilidad e importancia al proceso evaluativo de los proyectos en general y particularmente a los sociales; este proceso permite tomar decisiones asertivas acerca de la continuidad o no de los proyectos o su reorientación, ello sobre las bases del impacto positivo o no de este hacia la población beneficiaria.

En el caso de la salud, sucede que la permanencia o cambios en las estrategias y orientaciones de los proyectos y programas de salud, han estado dadas por razones más de origen político que técnicas, es decir es casi inexistente la evaluación de los proyectos en cursos y uno de sus mayores obstáculos ha sido la resistencia de los coordinadores y jefes de división quienes sienten que al evaluar su trabajo, se pondría en tela de juicio los mismos. Siendo más fácil poner y quitar programas y proyectos, reorientar estrategias de los mismos de acuerdo a la concepción o línea de los gobernantes de turno, sin prestar la debida atención sobre los resultados que estos han tenido en la población beneficiaria.

#### ***4.1.4.2.- Cambios en la línea programática y estrategia de los programas y proyectos del sector salud:***

Esta categoría se refiere a los cambios que se suscitan en las estrategias y líneas programáticas de los planes y proyectos del sector salud a través de la concepción que manejan los diferentes ministros nombrados en salud y que inciden en la permanencia o eliminación de los programas y proyectos en el mismo.

Sobre este particular el informante número 1 señaló lo siguiente: *“en salud han sido nombrados muchos ministros y estos cambios por supuesto, inciden en que se cambien programas porque cada uno trae su línea de trabajo y entonces cambian programas según*

*su visión de la salud y su criterio; el problema es que no se evalúan los programas y proyectos que están en curso”*

De igual forma, el informante número 2 manifestó lo siguiente: *“no existe una directriz única de salud porque hay continuos nombramientos y cambios en el Ministerio de Salud ello hace que se pierda la continuidad de los programas y proyectos en el área; se cambian y o eliminan a discreción de las autoridades”*.

Sobre este particular, también añadió el informante número 3 lo siguiente: *“en el sector salud se han venido dando sucesivos cambios en lo que se refiere a remociones y nuevos nombramientos de ministros y cada uno trae sus ideas, concepciones lo cual incide en la eliminación de programas y proyectos; pero no se miden los resultados de los mismos, es decir, si estos han sido eficientes o no “*.

Los cambios en la línea programática y estrategia de programas y proyectos del sector salud están vinculados a la elección de Presidentes, y por ende, a las rotaciones de los gobernadores, alcaldes, ministros de salud, coordinadores y jefes de división quienes ostentan cargos que les permiten tomar decisiones acerca de la modificación o no de los programas y proyectos.

Estos cambios además, están relacionados con los procesos de reforma del sector salud, emprendidos por cada periodo gubernamental, los cuales también inciden en cambios en la orientación y en las estrategias de los programas y proyectos de este sector, debido a que plantean modificaciones en las formas y modalidades de la prestación del servicio de la salud. Aunado, a que cada actor gubernamental posee su propia visión y concepción sobre la salud, lo que imprimirá cambios en la línea programática de los programas y en su funcionamiento.

A este respecto, Pérez y otros (2017) hacen un análisis acerca de los procesos de reforma y modernización en los sistemas de salud, en el cual destaca lo siguiente:

Venezuela ha reformado la estructura y funcionamiento de su aparato productivo administrativo, y en este proceso, el sector salud constituye uno de los escenarios más importantes para que la acción gubernamental muestre capacidad y calidad por ser este prioritario para el bienestar colectivo e individual de la comunidad

El autor Pérez (2017) apunta además sobre otro elemento interesante como lo es proceso de gestión pública en salud, debido a que este incide en el proceso de toma de decisiones y direccionalidad de las reformas y cambios en las estrategias de los programas y proyectos; en este respeto señala lo siguiente:

En Venezuela la gestión pública de salud ha funcionado bajo un sistema de administración caracterizado por procesos de planificación, organización, dirección y control, donde se pone de manifiesto que existe una inadecuada gerencia de salud afectada por la resistencia de diferentes fuerzas políticas y sociales que generan concesiones de poder que actúan sobre el sistema de salud.

Por otro lado, Naranjo (2014:3) enuncia una serie de reflexiones interesantes en su trabajo sobre la política de salud, que contribuirían a las autoridades de cualquier tendencia política para darle continuidad a la línea programática de los proyectos de salud previa evaluación de los mismos, máxime si estos están impactando positivamente a la población beneficiaria, entre ellas se pueden señalar:

El fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de la salud para que sea realmente un ente para formular, evaluar y hacer seguimiento de la política sanitaria y esto contribuya en la construcción de un Estado más comprometido con los problemas de la gente y garante del derecho a la salud. Además, construir mecanismos de visibilizarían que permitan dar continuidad a la política de salud aunque existan cambios en las autoridades del ente rector de la misma, para alcanzar los objetivos propuestos y contar con un sistema de información accesible, oportuna y confiable que oriente la toma de decisiones.

Lo dicho con anterioridad por los autores señalados, nos indica que se requiere incorporar un sistema de monitoreo, control y evaluación de los proyectos y programas de salud en desarrollo y que sobre estos se tengan datos confiables para poder sobre cifras fidedignas, tomar decisiones asertivas sobre la permanencia o interrupción de programas y proyectos de salud. Además que la continuidad de la línea programática de los programas y proyectos debe mantenerse si estos están arrojando resultados positivos, y no ser eliminados o sustituidos por otros en virtud de los cambios presidenciales o por vencimiento de los cargos directivos, ello con el fin de lograr los objetivos trazados en los lineamientos centrales de la política de salud. Esto reitera la necesaria y vital importancia de poner en práctica la evaluación dentro del proceso de desarrollo de los proyectos y programas de salud.

#### ***4.1.4.3.- Eficiencia en la prestación del servicio de salud:***

En términos teóricos, un sistema de salud se considera eficiente cuando es capaz de brindar un producto sanitario adecuado para la sociedad con mínimo de recursos. De igual modo, se habla de lograr eficiencia en salud cuando se logran alcanzar los mejores resultados con los recursos disponibles. En este sentido, podríamos decir que esta categoría va a dar cuenta acerca de la eficiencia del servicio de salud pública a partir de los testimonios de los informantes, en tanto estos han observado y percibido a partir de los recursos disponibles si este servicio ha sido eficiente o no.

A este respecto, el informante número 1 manifestó lo siguiente: *“Hablar de eficiencia en el servicio de salud pública implica según mi opinión varias cosas: primero que existan medicamentos e insumos médicos en los establecimientos de salud, segundo que exista el personal médico y de enfermería requerido para que puedan brindar el servicio en corto tiempo de espera y tercero que exista la mística de personal para atender al usuario en el servicio”*

Sobre este particular el informante número 2 agregó al respecto: *“para mí la eficiencia en el servicio de salud es que el usuario se le trate con prontitud, con respeto y que exista el medicamento y materiales médicos para asistirlo”*

También el informante número 3 agregó: *“la eficiencia de un servicio público según mi punto de vista no es la cantidad por ejemplo de personas que se atiendan, sino la calidad con que se realice la labor; viéndolo desde este punto de vista el sistema de salud no es eficiente porque priva que se atiendan muchos pacientes, pero no importa el modo como se haga. No es la cantidad sino la cantidad con que se preste un servicio”*

Tomando en consideración lo expresado anteriormente, podemos señalar que en términos teóricos, un sistema de salud se considera eficiente cuando es capaz de brindar un producto sanitario adecuado para la sociedad con mínimo de recursos. De igual modo, se habla de lograr eficiencia en salud cuando se logran alcanzar los mejores resultados con los recursos disponibles. En este sentido, podríamos decir que esta categoría va a dar cuenta acerca de la eficiencia del servicio de salud pública a partir de los testimonios de los informantes, en tanto estos han observado y percibido a partir de los recursos disponibles si este servicio ha sido eficiente o no. Revisemos algunas posiciones teorías sobre eficiencia de lo público.

Para hablar de la eficiencia Rueda (2011:50) desarrolla el concepto de eficiencia aplicado al sector público, y señala lo siguiente al respecto:

Para que el gasto público sea sostenible en el tiempo, se requiere que el sector público no incurra en gastos innecesarios, que ahorre cuando sea posible y que el gasto se efectúe de modo racional, evitando el despilfarro de los recursos. Es decir, eficacia es el término que nos permite calcular dicha relación, es el concepto que permite medir como utilizara el sector público los recursos que tiene asignado para la prestación de servicios a la sociedad. En este sentido, la eficiencia exige obtener el máximo de producción a partir de una cantidad dada de recursos.

Aunado a lo anteriormente expresado, Rueda (2011: 4) distingue el término de eficiencia de eficacia del modo siguiente:

La eficiencia debe diferenciarse de la eficacia, concepto con el que suele confundirse. La eficacia es un término que mide el grado de cumplimiento de un objetivo propuesto por una entidad. Si se ha alcanzado plenamente el objetivo se dice que se ha actuado con eficiencia

Según lo expresado por el autor, podemos señalar que la eficiencia en el sector público se logra alcanzar cuando se hace uso de los recursos que se dispone de modo racional, y que puedes de este modo satisfacer las necesidades del servicio demandado. Por otro lado, se alcanza la eficacia cuando puedes alcanzar en su totalidad el objetivo propuesto según el servicio ofrecido y la actividad planificada.

En función de lo anteriormente expresado, es pertinente revisar de seguida, la eficiencia en la prestación del servicio de salud; sobre este particular Alfonso (2010:2) señala lo siguiente:

Cuando se habla de eficiencia en salud, se hace referencia a alcanzar los mejores resultados con los escasos recursos disponibles para lo cual deben conocerse las formas y procesos técnicos necesarios para lograrla. La Organización Panamericana de Salud plantea que un sistema de salud es eficiente cuando es capaz de brindar un producto sanitario aceptable para la sociedad con un mínimo de recursos. En tal sentido, garantizar los servicios de salud deviene en un reto tanto para los prestadores de servicios como para las sociedades, pues esta actividad está acompañada de altos costos, dado la complejidad de tratamientos, requerimientos en términos de recursos humanos, equipamientos, condiciones de electricidad y agua.

De allí la importancia de repensar la gestión pública en salud para hacerla más eficiente, lo cual implica según Alfonso (2010:3) a considerar los siguientes elementos:

Las nuevas tecnologías y tratamientos clínicos, junto a los cambios sociodemográficos, que provocan un aumento de la demanda sanitaria, están en el origen del incremento de los costos en el sector sanitario. De ahí que sea

inevitable la preocupación por la asignación y gestión eficientes del gasto. Así, en los últimos años se está produciendo en el sistema sanitario (y en el sector público en general) un proceso de modernización para conseguir incrementar la eficiencia del sector o eliminar la ausencia de lógica económica del comportamiento de estas organizaciones. Un instrumento importante en esta línea son los programas de gestión establecidos entre la autoridad sanitaria y los diferentes centros y unidades

Lo anterior nos muestra que la nueva gerencia que necesita el sector salud demanda la adecuación de los sistemas administrativos y financieros a las exigencias del mundo globalizado, a la creciente demanda poblacional y al uso racional de los recursos financieros sin despilfarros, una gerencia horizontal con la incorporación del ciudadano en el proceso del diseño, implementación, monitoreo y control de los programas y proyectos de salud.

#### 4.1.5. Dimensión provisión de los servicios sanitarios:

**Figura N° 6**  
**Dimensión provisión de los servicios sanitarios**



**Fuente: Elaboración**

**propia de la investigadora. 2022.**

Esta dimensión se refiere a la forma como el sistema de salud provee los servicios sanitarios a los usuarios; es decir, da cuenta sobre el funcionamiento de los servicios en los centros asistenciales, si estos funcionan o no adecuadamente. Sobre este particular el informante número 1 señaló al respecto lo siguiente: “*en los hospitales y ambulatorios existen diferentes servicios: odontología, emergencia, pediatría, rayos x, laboratorio por mencionar algunos; el problema es que estos no cuentan con todos los recursos e insumos para prestar un óptimo*”

*servicio. Podemos decir entonces, que se provee de un servicio, pero que este no funciona adecuadamente”*

El informante número 2 también añadió sobre esta situación lo siguiente: *“si se entiende la provisión de servicios sanitarios como la potestad que tienen las autoridades de salud de proveer a los ciudadanos de establecimientos de salud que los atiendan diríamos que hay provisión de servicios sanitarios, pero generalmente el paciente es remitido a otros lugares caso de laboratorios porque en hospitales y ambulatorios la mayoría de las veces no hay reactivos para las muestras; es un caos continuo. Se requiere se distribuyan los servicios de salud de una mejor manera, a fin de que lleguen a toda la población”*

De igual forma, el informante número 3 sobre este particular manifestó lo siguiente: *“no hay una provisión real de los servicios sanitarios debido a que en los centros asistenciales no existe el recurso humano requerido ni los materiales, por tanto no se está proveyendo de un servicio de salud pública de calidad. Los establecimientos de salud necesitan tener su mantenimiento y estar equipados; además de que hay equipos médicos obsoletos que deberían ser renovados”*

De estos testimonios surgieron las categorías siguientes:

#### ***4.1.5.1.- Priva la cantidad y no la calidad en la prestación de los servicios de salud:***

Esta categoría se refiere a que en los centros asistenciales actualmente, se le da mayor importancia a el número, a la estadística, es decir, al número de pacientes atendidos en los servicios de los centros de salud y no al modo como se atienden. Ello deja de lado a que se preste un servicio de salud porque no se busca mejorar todos los aspectos que involucran la calidad del servicio.

Sobre este particular el informante número 1 añadió lo siguiente: *“los hospitales, ambulatorios, CDI, ofrecen varios servicios pero estos no están operativos totalmente, por ejemplo, odontología carece de materiales para reparar las piezas dentales y suturas para cirugías; los laboratorios trabajan a media máquina porque no hay reactivos para muchos exámenes. Allí vemos que no hay calidad en la prestación del servicio”*

También añadió el informante número 2 lo siguiente: *“desde hace mucho tiempo no se hace énfasis en la calidad de los servicios públicos sino en la cantidad, interesa mostrar cómo gobierno que se atiende a mucha gente sin importar la forma como se hace; salud no es la excepción de esta situación “*

Este argumento fue reforzado por el sujeto de investigación número 3 quien señaló: *” a los gobernantes pareciera no les interesa prestar un buen servicio porque no se hace un estudio serio en cada centro de salud para conocer sus limitaciones y procurar cubrirlas, por tanto no interesa que el servicio pueda ser de calidad, así pienso yo pues”*

Sobre este aspecto en la Columna Banco Interamericano del Desarrollo “Gente Saludable” Proaño (2018 pag 4) nos indica sobre la calidad de la salud lo siguiente:

El reclamo por alcanzar la **cobertura de salud universal** se oyó fuerte y su eco llegó a los líderes de los gobiernos que en un afán por tratar de marcar al menos ese objetivo del desarrollo sostenible, lo convirtieron en bastión de sus políticas públicas. Entonces se dio la carrera por construir más hospitales y centros de salud, comprar más equipos o contratar más personal para lograr ese propósito, pero se perdió de vista el elemento clave sin el cual airear la bandera de la salud universal no cuenta para mucho: la calidad

La baja calidad en la prestación del servicio de la salud pública se ve reflejada en el informe de Landa Global Health Comisión (2022: 12) sobre los sistemas de salud de alta calidad en el cual se muestran las siguientes estadísticas:

De acuerdo al reporte en este informe el 60% de las muertes que podrían haberse tratado medicamente son consecuencia de una baja calidad de la atención. En este sentido, la mala calidad de la atención de la salud es actualmente, un mayor obstáculo para reducir la mortalidad que la falta de acceso a servicios de salud, en otras palabras aun si se logra asegurar el acceso a un determinado servicio de salud, especialmente en los sectores más vulnerables de la población, el progreso queda anulado sino tiene la capacidad de salvar vidas y mejorarlas

Los autores citados ponen en evidencia que la política de salud no puede centrarse en el número, en la masificación, es decir en incrementar la cantidad de personas atendidas, sino en que a estas se les resuelva su problemática de salud, es decir, se logre darle una atención en cuanto a un diagnóstico efectivo de la enfermedad que presente y que además se le dé el tratamiento correspondiente. La política de salud debe ser elevar la calidad en la prestación

del servicio y dar cumplimiento con lo que se establece en los instrumentos legales, es decir, el Estado garantizara la atención y protección de la salud.

También Ramírez (2011, pag 46) señala sobre la calidad de los servicios de salud pública lo siguiente:

No todos los problemas de calidad tienen que ver con los errores médicos, el mal uso de los recursos, procedimientos innecesarios, exponen a los pacientes a riesgos que generan altos costos. En los países subdesarrollados esto alcanza una connotación dramática, ya que se suma la extrema limitación de recursos a los altos costos que generan los errores cometidos y en ocasiones la falta de voluntad política hacia las acciones de salud

Por otro lado, Donabedian (1994) define la calidad en salud:

Como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente. Los mayores beneficios posibles se definen, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes. La calidad implica, por definición, los resultados de la atención, medida como la mejoría esperada en la salud, que es atribuible a la atención misma. De acuerdo con Donabedian, la calidad es un concepto que debe interpretarse en dos dimensiones íntimamente relacionadas e interdependientes: una técnica, representada por la aplicación de conocimientos y técnicas para la solución del problema del paciente, y una interpersonal, representada por la relación que se establece entre el proveedor del servicio y el receptor del mismo.

En función de lo anterior podemos afirmar que la calidad del servicio de salud pública no solo puede medirse en función de la atención medica al paciente y a la aplicación asertiva de los tratamientos de acuerdo a la patología presentada, sino que debe considerarse también considerarse también las relaciones interpersonales con el paciente y su familia esto está estrechamente vinculado con la visión holística para darle atención a la salud. Pero la calidad del servicio no va elevarse sino existe la voluntad política de los gobernantes para modificar su visión estrecha y medicalista de la salud y que esto incida en la transformación de la política de la salud que se implemente.

#### ***4.1.5.2.- Centros de salud infuncionales:***

Esta categoría se refiere a la operatividad o no en el funcionamiento de los diferentes servicios que ofrecen los centros de salud pública.

Sobre este particular el informante número 1 señaló lo siguiente: *“los centros asistenciales carecen de muchas cosas, de verdad el personal que labora allí trabajan con las uñas, porque no es solamente que no exista ni un algodón, sino que muchos equipos están dañados para hacer pruebas de rutinas, esto hace a los establecimientos públicos de salud infuncionales”*

Estos señalamientos fueron reforzados por el informante número 2 quien manifestó al respecto: *“Existe muchas ganas de trabajar por parte del personal de salud pese a lo bajo de los sueldos porque se ofrecen muchos servicios pero no existen los recursos para hacer bien su labor. Estos no reúnen condiciones mínimas para prestar un buen servicio. “*

También el informante número 3 agregó lo siguiente: *“los directivos de los centros de salud parecen estar satisfechos tan solo en mencionar que los ambulatorios y hospitales hay todos los servicios, pero no se preocupan si estos tienen lo necesario para que sea optimo el servicio que se brinde; tal como están los servicios actualmente son infuncionales, no poseen las condiciones para una buena atención.*

Acerca del estado en que se encuentran muchos hospitales en Venezuela, German González en el 2018 publicó un trabajo sobre el sistema de salud en Venezuela en el cual reseña sobre la situación en la cual se encuentran muchos de estos centros asistenciales:

La encuesta nacional de hospitales, denominada the lance en 2018, revelo que la crisis de salud es Venezuela es peor de lo anticipado; dicha encuesta evaluó el rendimiento de 104 hospitales públicos y 33 privados en el país. En ellos encontramos que en su mayoría los servicios de laboratorio y de nutrición hospitalaria solo están disponibles intermitentemente o son completamente inoperantes. La escasez de artículos tales como: medicinas básicas, catéteres, materiales quirúrgicos, entre otros; 14% de unidades de cuidados intensivos han sido cerradas porque no pueden operar y el 80% de estos hospitales no poseen agua. González (2018:13)

Además, añadió González (2018:15), lo siguiente:

Adicionalmente, más de la mitad de los pabellones no funcionan o lo hacen de forma intermitente, solo un 8% de los servicios de emergencias está completamente operativo, no se cuenta con el 88% de las medicinas más esenciales y el 79% de los insumos médicos De igual modo, en otro trabajo publicado en la columna Transparencia Venezuela denominado

“crisis sanitaria, hospitales muestran abandono y pérdidas” el Dr. Gustavo Villasmil (2019:2) médico internista en el hospital de Caracas señala: “La asistencia médico. Hospitalaria no existe; si hay hospitales abiertos pero se hace lo que se pueda, ninguno realiza operación de corazón ni trasplantes. Tampoco puede ofrecerse una atención idónea a una persona quemada ni a un politraumatismo”

Otro aspecto que da cuenta de la grave problemática de los hospitales, es el déficit del suministro de energía eléctrica, a este respecto Villasmil (2019: 3) afirma:

En materia de suministro de energía eléctrica el panorama es preocupante. De acuerdo con la medición de la Encuesta Nacional de Hospitales, se conoció que los hospitales venezolanos pasan un promedio hasta de 4 horas sin servicio eléctrico. Registros de organizaciones civiles dan cuenta que entre 2020 y 2021, los dos primeros años de la pandemia, al menos 216 personas fallecieron por causas atribuibles a los cortes de energía.

También añadió acerca de los cortes o suspensiones de electricidad lo siguiente:

Un hospital sometido a cortes de luz pone en peligro a pacientes dependientes de asistencia respiratoria o limita la movilidad de los pacientes y el personal porque por ejemplo, los ascensores dejan de funcionar. En este sentido, se reportó que en el primer trimestre del año en curso 8% de 40 centros asistenciales a escala nacional reseñaron tener planta eléctrica instalada pero no operativa. Villasmil (2019:3)

La situación descrita sobre las deplorables condiciones en los cuales se encuentran los hospitales del país nos hablan de una deficiente gerencia pública, debido a que no se ha realizado la debida evaluación de cada centro asistencial, a fin de conocer las necesidades que posee cada uno y que el presupuesto asignado les permita cubrir y atender sus requerimientos, para que estando operativos puedan realmente brindar un servicio de calidad.

En otras palabras, ha faltado voluntad política para realizar el trabajo gerencial con verdadera vocación y mística. Se han aplicado paños de agua caliente pero sin resolver los problemas de fondo. Sigue privilegiándose la atención curativa y hospitalaria y muy poco el trabajo educativo y preventivo, lo que trae como consecuencia que cada vez incrementa el número de pacientes con diversas enfermedades que pudieron ser evitadas con un trabajo de formación y preventivo; sobre todo en la concientización para que la población modifique los hábitos y asuma estilos de vida más saludables.

#### **4.1.5.3.- Equipamiento, mantenimiento y modernización de los servicios de salud:**

Esta categoría alude al estado en que se encuentran los servicios de salud en lo referente a la dotación de medicamentos e insumos; además de cómo se encuentran los equipos médicos; si estos reciben mantenimiento frecuente y o son obsoletos.

Sobre este respecto, apuntó el informante número 1 lo siguiente: *“no hay periódicamente el mantenimiento a ningún equipo médico, incluso hay centros donde equipos están dañados y allí se han quedado; la dotación de insumos es mínima y solo se da en algunos centros asistenciales y no es frecuente. Esta situación se conoce por parte de las autoridades pero no se resuelve; ellos solo dicen que pasan el reporte y allí se queda”*

También el informante número 2 manifestó al respecto: *“existe en muchos hospitales equipos dañados apilados y no se mandan a reparar, no hay ni una jeringa todo deben llevarlo los usuarios del servicio; esta situación lleva años y no se vislumbran cambios. De verdad el personal de salud hace milagros haciendo su trabajo”*

Sobre esta situación el informante número 3 señaló lo siguiente: *“si existiese el mantenimiento oportuno en los equipos médicos estos no se dañaran rápidamente; sobre la dotación de los materiales medico de trabajo es casi inexistente y se habla de comprar equipos médicos más modernos pero luego se dice que no hay presupuesto suficiente”*

A pesar de que esta categoría alude básicamente al estado de los equipos médicos, a su mantenimiento y a la adquisición de nuevos equipos para optimizar el desempeño en la prestación del servicio de salud, consideramos prudente señalar que este proceso de innovación y modernización del sector salud, respondió a un proceso macro como parte de las reformas impulsadas en América Latina tendientes a reformar el Estado y a impulsar procesos participativos.

Desde el punto de vista del proceso técnico, específicamente lo relativo al mantenimiento y reparación de los equipos médicos, los cuales son indispensables para prestar un buen servicio de la salud, podemos mencionar lo señalado por Instituto Nacional de la Salud en Madrid (1990:15) quien definió el mantenimiento de en los centros sanitarios como:

la función empresarial que se encarga del control constante de las instalaciones y equipos, además del conjunto de trabajos de reparación y revisión necesarios

para garantizar el funcionamiento regular y el buen estado de conservación de las instalaciones productivas de servicios e instrumentación de los establecimientos.

De acuerdo a la definición señalada la función del mantenimiento se caracteriza como un servicio a favor de la asistencia sanitaria, que debe realizarse con frecuencia en caso contrario, se condena a que la prestación del servicio sea deficiente, puesto que de estos equipos depende realización por ejemplos de exámenes médicos, necesarios para los diagnósticos, así como para tratamientos médicos de los cuales depende la recuperación del paciente.

Dentro del sistema sanitario el Instituto Nacional de la Salud en Madrid (1990:17) plantea que se identifican los roles del mantenimiento los cuales se ubican en dos vertientes:

Una de ingeniería en campo y la otra de ingeniería del staff de dirección. La primera se refiere al mantenimiento y conservación de los recursos técnicos- En este respecto, el sistema sanitario pone en manos de este tipo de personal todo su patrimonio, ya que dependiendo de la organización del personal, su entrega, de las políticas de mantenimiento aplicadas, se puede tener desde un hospital revalorizado, útil y valido para cumplir los objetivos encomendados, hasta un centro sanitario completamente devaluado y en ruinas al que ha llegado en gran parte por la inoperancia del servicio de mantenimiento.

A nivel de Dirección Técnica el órgano «staff» e Ingeniería tiene como funciones el asesoramiento técnico en general, así como la elaboración de programas particulares y el establecimiento de criterios técnicos homogéneos que faciliten la toma de decisiones en el ámbito estratégico de la organización. Ningún directivo debe ignorar el papel que desempeña el mantenimiento entendido como servicio en la organización productiva.

Lo expresado por esta institución nos muestra la importancia del mantenimiento como servicio técnico para mantener a tono los equipos médicos que se requieren estén disponibles, operativos para la prestación del servicio de salud. No obstante, la realidad nos muestra que el personal que en los centros asistenciales está contratado para brindar este servicio lo realiza en forma esporádica, atribuyendo que los directivos no les dan los insumos para mantener en buen estado los equipos; lo que hace que los equipos se dañen y amerite que deban adquirir piezas y repuestos en \$ que los directivos manifiestan no poseen para su adquisición. Esto se constituye en una de las razones por las cuales el servicio de salud pública que se presta no es óptimo; aunado a ello no existe en la actualidad la compra de nuevos equipos por lo cual los hospitales y otros centros de salud remiten a los pacientes al sector privado para la

realización de exámenes desde laboratorios hasta especializados como tomografías y resonancias.

Ante este panorama cabría la pregunta: ¿Qué hacer? , los hallazgos de esta investigación muestran que es necesario que las autoridades valoren al personal ubicados en las de área técnica y de mantenimiento, para que estos desempeñen sus labores adecuadamente y, además, dotarlos de los insumos y herramientas necesarios para que estos puedan desempeñar su trabajo eficientemente. Además, fortalecer el área de supervisión en cada hospital para que estos monitoreen que el trabajo se esté realizando. Aunado a ello, se requiere que cada coordinador de área en el hospital reporte periódicamente cuales son los equipos que están con fallas para que puedan ser revisados oportunamente por el equipo de técnicos y realicen la solicitud de los equipos que necesitan en cada área de trabajo.

De igual modo, debe propiciarse la integración del sistema de salud privado a fin de que este pueda brindar sus exámenes médicos a los pacientes a bajos costos.

#### ***4.1.5.4.- Distribución de los servicios de salud entre los diferentes sectores de la población:***

Esta categoría da cuenta acerca de una posible existencia de una jerarquización en la prestación del servicio de salud en función por ejemplo de las edades (adultos mayores, niños) y grupos vulnerables tales como: mujeres embarazadas.

A este respecto el informante número 1 dijo: *“En teoría se habla que la atención en cualquier servicio público debe ser prioritaria en función de los grupos vulnerables (adultos mayores, niños, mujeres embarazadas) pero en la práctica no se cumple totalmente. En salud pasa lo mismo, muchos usuarios se molestan si se le da paso a la atención de estos grupos, si ellos tienen horas en colas para que los atiendan. También debe darse la prioridad en la concesión de citas con especialistas y de otros servicios, pero no se cumple nada”*

El informante número 2 manifestó sobre este particular lo siguiente: *“Debería prestarse un servicio de salud a todos pero de calidad y tomando en cuenta sus patologías, necesidades y edades, sin embargo esto no se cumple cabalmente; solo parcialmente porque realmente no hay respeto en el cumplimiento de normas y reglamentos”*

También el informante número 3 manifestó al respecto: *“La salud es un derecho constitucional que debe brindársele a todos pero quienes toman decisiones sobre el sistema de salud para que este mejore no están como ganados a esa idea; entonces las acciones de*

*ellos no van dirigidas a mejorar la calidad del servicio y por supuesto no les importa que se distribuyan en forma equitativa los servicios de salud en todos los grupos de la población. También sigue existiendo el amiguismo para la concesión de muchos servicios, como es el caso de citas médicas a especialistas”*

El tema de las inequidades en salud ha sido ampliamente tratado en épocas recientes, a este López (2008:2) la define como: Todas aquellas desigualdades, o igualdades, injustas y evitables en el estado de salud de la población o en sus determinantes. Por tanto, la inequidad en salud no se mide, se juzga, y, justamente, el paso inicial para valorar lo injusta de una desigualdad, o de una igualdad, en el estado de salud, en sus determinantes, o en la relación entre ambos, es medirla. Si el estado de salud de la población se refiere a los niveles y/o patrones de mortalidad o morbilidad, mientras que por estado global de salud se hace referencia tanto al estado de salud de la población como a los determinantes de la salud, la identificación de las inequidades en salud conllevaría tres acciones, según López (2008:2):

- Cuantificar el estado global de salud de la población teniendo en cuenta las dimensiones espaciales y temporales;
- Identificar las relaciones existentes entre los niveles del estado de salud de la población y los determinantes de la salud;
- Valorar las inequidades en salud resultantes del cumplimiento de las acciones anteriores.

En torno a la inequidad, la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela 2000 en el artículo 41 establece lo siguiente: “Todos los habitantes gozan del derecho de un ambiente sano, equilibrado, apto para el desarrollo humano, y para que las actividades productivas satisfagan las actividades presentes sin comprometer las generaciones futuras y tienen el deber de preservarlos”

Tomando en consideración lo anterior podemos señalar que aunque constitucionalmente se establece que todas las personas deben gozar del derecho a la salud en un ambiente sano y que el Estado debe ser garante de ello, y que debe dársele atención a los grupos vulnerables como son: las mujeres y niños embarazadas, no existen las condiciones en la actualidad para que esto se ejecute; debido a que no se cuenta con la infraestructura adecuada, ni con el personal médico, ni los insumos, ni medicinas para darle la atención adecuada.

Es decir, el sistema de salud venezolano no está cumpliendo con el objetivo de darle atención de calidad a todas las personas, ni tampoco la de tipo preferencial a las personas de los grupos vulnerables: niños y mujeres embarazadas con la calidad que merecen.

A este respecto, se señala en el Congreso Internacional de Sistemas de Salud realizado en Bogotá en el 2010 lo siguiente:

El derecho a la salud ha tenido un largo recorrido para verse reflejado en los ordenamientos jurídicos; para la OMS, el derecho a la salud obliga a los Estados a generar condiciones en las cuales todos puedan vivir lo más saludablemente posible. Estas condiciones comprenden: la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajos saludables y seguros, vivienda adecuada y alimentos nutritivos; el derecho a la salud no se limita a estar sano, recalca la Organización. Añade también que el derecho a la salud abarca cuatro elementos: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Y, por supuesto, esos elementos deben garantizarse también en un sistema de salud que sea incluyente, justo y equitativo.

Lo anterior nos permite reflexionar acerca de la actuación del papel que el Estado Venezolano ha desempeñado en el desarrollo de las políticas de salud y más allá de eso en la concepción de salud que ha privado para el diseño de las mismas, la cual ha sido restrictiva a lo curativo y medicalizado. Deben generarse cambios en la concepción de la salud entenderla en sentido holístico, es decir que poseer buena salud no solo se limita al estado físico, sino que además abarca otros aspectos como: emocional, psicológico lo que amerita la construcción de equipos interdisciplinarios para el abordaje asertivo y posteriormente un buen diagnóstico y tratamiento.

En otras palabras, el problema de la salud en Venezuela, es un problema de deficientes y obsoletos esquemas gerenciales, donde debe verse al ciudadano como un ser integral que debe ser considerado sano si está sano a nivel emocional, psicológico, físico y en el ámbito espiritual, debe además considerar que solo así, va ser capaz de ser más productivo.

#### **4.2.- Rol de los actores sociales y su vinculación en la gestión pública de salud en relación a: alianzas interinstitucionales, alianzas interdisciplinarias.**

Hablar de los actores sociales que hacen vida dentro del sistema de salud, implica entender su diversidad y complejidad en tanto las funciones que desempeñan en la red de la salud

pública, lo cual se ha venido transformando desde la década de los 90 debido al conjunto de reformas emprendidas al sector en el marco del proceso de descentralización, por cuanto este proceso implicó la incorporación de nuevos actores. Tal es el caso de: gobernadores, alcaldes y organizaciones comunitarias quienes tienen injerencia en la administración y gestión de la salud pública.

Dentro de este orden de ideas, es conveniente además apuntar, que el sistema de salud está dividido en el sector privado y público y que en cada uno de ellos existen diversos entes que prestan el servicio. En el caso venezolano, tenemos un actor de primer orden en el sector público como lo es el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, el cual cumple la función de rectoría en el diseño, ejecución y supervisión de los planes y programas del sector salud; también está el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales quienes otorgan servicios y medicamentos a las personas que pertenezcan a la institución. En el nivel estatal existen fundaciones e instituciones que a través de las gobernaciones de los diferentes estados administran la salud y prestan el servicio por medio de ambulatorios y hospitales. Cabe hacer notar, que a partir de 1999 con la aprobación de una nueva Constitución de la República Bolivariana de Venezuela se plantea dentro del proceso de reformas al sector, la creación del Sistema Público Nacional de Salud para unificar en un solo ente la prestación del servicio; para lo cual se creó el Programa de Salud Barrio Adentro que despliega su acción a través de consultorios populares, Centros de Atención Integrales (CDI) y que paralelamente a ello funcionan ambulatorios rurales y urbanos lo que ha hecho crecer el gasto en salud puesto que existen diversos entes prestando el mismo servicio sin conexión alguna y demandando recursos económicos.

Aunado a ello, a partir de la aprobación de la carta magna de 1999 se institucionaliza la participación del ciudadano en los asuntos de la gestión pública y se crean algunas organizaciones comunitarias como (Organizaciones Comunitarias en Salud) para que en la comunidades se capacitaran y formaran a las personas en su cuidado personal y en hábitos saludables; estas funcionaron durante varios años a partir del año 2000; no obstante en la actualidad no están operativas. Solo en las comunidades han quedado los consejos comunales quienes desarrollan trabajos en la comunidad con fines informativos a través de

convocatorias de jornadas de vacunación y medicas pero no se efectúa trabajo de promoción social en las comunidades-

Una vez descrito a grandes rasgos los actores que intervienen en la gestión pública de salud y sus funciones, es pertinente acotar cómo el estudio que hemos realizado en las diferentes teorías del actor social ha permitido enriquecer los resultados investigativos.

La Teoría de Parsons y la de Weber (1984) nos permiten entender como las acciones que despliegan los diferentes actores en el desarrollo de la política de salud pública tienen un sentido y una razón de ser y que esta tiene estrecha vinculación con sus creencias, valores y perspectivas de ver la realidad, lo que permite además explicar cómo cada gerente en la salud asume y delinea su política de salud en forma diferente bajo la formación que posee incluso a nivel ideológico.

En Touraine Alan (1990) con su sentido y comprensión de la acción en términos hermenéuticos, rescatamos el rol del actor social como sujeto de cambio y transformación de la realidad, lo cual está estrechamente vinculado a nuestra propuesta en tanto, las comunidades como actores sociales de primer orden deben empoderarse de sus problemáticas en salud y ser agentes de cambios y de solución a las mismas. En otras palabras, la sociedad se inventa, como los hombres hacen su historia, descubriendo y reconstruyendo el sistema de relaciones, para lo que deben tomar conciencia de sus acciones y capacidad de transformación que reside en ellas.

En la Teoría del Actor red (1980) se destacan dos elementos importantes a considerar dentro de los procesos de cambios y transformaciones en la política de salud y en la sociedad en general. El primero cuidarse del carácter de omnipresencia del Estado quien puede impedir el desarrollo de una autonomía real en las estructuras y organizaciones estatales y locales y el segundo la necesidad de fortalecer las herramientas tecnológicas existentes en la gestión pública, siendo estas de suma importancia para la automatización y agilización de los trámites administrativos dentro del proceso.

A este respecto se incluyó dentro de las interrogantes en la entrevista en profundidad que se efectuó a los sujetos de investigación seleccionados, acerca de la conformación de alianzas

interinstitucionales e interdisciplinarias para el desarrollo de la política de salud, siendo las respuestas a las mismas las siguientes:

El informante de investigación número 1 señaló sobre este particular lo siguiente: *“para el desarrollo de programas y proyectos del sector salud no existen alianzas ni convenios permanentes entre los diferentes niveles gubernamentales, solo se dan acuerdos puntuales para el desarrollo de alguna actividad en particular. Cada ente prestador del servicio de salud pública trabaja por separado en cada una de las instancias gubernamentales (gobernación y alcaldía). Esto hace que se dupliquen costos en el desarrollo de las actividades”*. De igual modo el sujeto de investigación 2 manifestó acerca de la interrogante en cuestión lo siguiente: *“los programas y las actividades en la salud en la mayoría de los casos, se vienen realizando sin ninguna coordinación, cada ente sea ambulatorio y o hospitales trabajan individualmente aun perteneciendo a una gobernación y o alcaldía. No obstante, ha habido algunas actividades como megas operativos médicos en comunidades, que si ha habido comunicación entre ellos y se han apoyado; pero eso no se realiza de ese modo frecuentemente. En otras palabras, no hay esas alianzas interinstitucionales.”*

Lo dicho anteriormente, fue ratificado por el informante numero 3 quien manifestó al respecto lo siguiente: *“El deber ser es que la política de salud pública sea abordada y desarrollada a través de equipos interdisciplinarios y que existan las alianzas entre los diferentes entes para la ejecución de los proyectos y programas en el sector; sin embargo, esto no se lleva a cabo de esta manera, por cuanto hay descoordinación, no hay comunicación entre los diferentes entes prestadores del servicio. Se planteó en la nueva carta magna la creación de un sistema de salud publico único que abarcara todos los entes prestadores del servicio, pero en lugar de ello se creó el programa Barrio Adentro y con él muchos establecimientos en salud que funcionan paralelamente con los entes de estructura tradicional en salud, generando mayor dispersión y descoordinación entre ellos, además de la duplicidad de funciones y de recursos”*

Estos argumentos nos muestran una gran debilidad que ha caracterizado a la política de salud pública como lo es la falta de coordinación interinstitucional y que ha repercutido en el accionar de la gestión pública la cual se ha caracterizado por falta de coordinación entre los diferentes entes prestadores de la salud para la implementación de la política de salud, y por

carecer de una visión integral acerca de la misma, lo que ha traído como resultados que esta sea solo un paliativo a ciertos problemas de la salud.

Dentro de este orden de ideas, veamos que significan alianzas interinstitucionales e interdisciplinarias en términos generales y luego veamos cómo se expresan en el campo de la salud pública.

#### **4.2.1.- Alianzas interinstitucionales e interdisciplinarias:**

Una vez que hemos visto el testimonio de los diferentes sujetos de investigación veamos teóricamente lo referente a las alianzas interinstitucionales e interdisciplinarias.

Duque (2011) hace referencia al concepto de interinstitucionalidad como:

La coordinación de actores, a la interacción de instituciones a través de mecanismos de acción conjunta en torno a proyectos comunes, a la formulación, construcción y ejecución colectiva de programas, proyectos y acciones que involucran iniciativas, recursos, potencialidades e intereses compartidos. La interinstitucionalidad constituye una alternativa de gestión relacional e interconectadas de agentes interrelacionados, frente a modelos auto-centrados e individuales. (p.1)

Es importante hacer notar que este concepto va emparentado con otros como los de redes de cooperación y lógicas organizativas en red, que hacen referencia a formas de coordinación institucional y práctica de innovación en la gestión. Es decir, la interinstitucionalidad se ha venido constituyendo en una forma de trabajo en equipo que permite efectividad y eficiencia en el uso de recursos y en el tiempo de respuestas en las demandas de las personas en los servicios públicos.

De igual modo, Molina y Otros (2018) señalan con respecto a la articulación intersectorial e interinstitucional lo siguiente:

La articulación y cooperación se entienden como procesos que se amalgaman mutuamente, que requieren apoyo técnico y política en todos los ámbitos y niveles de decisión, su construcción es paulatina a través de la gestión y ejecución de las acciones en salud pública. Así mediante el desarrollo de programas y proyectos se tejen relaciones de diferentes tipos, se dan procesos de identificación y construcción de identidad de actores con intereses similares o divergentes que posibilitan o no la cooperación y articulación. (p.3)

También apunta Molina y otros (2018) acerca de la importancia de la articulación interinstitucional sobre el proceso de toma de decisiones:

La articulación y cooperación conllevan a la toma de decisiones conjunta y la concertación; el desarrollo de estrategias de sensibilización (toma de conciencia colectiva) y factores de motivación para vincular a los actores necesarios según el tipo y objeto de la política, programa o proyecto; también se requiere construir relaciones cordiales y respetuosas que permitan fortalecer el compromiso y confianza entre las partes, que permitan manifestar diferencias e inconformidades entre los participantes, debatirlas y comprometerse al cambio. (p.5)

Lo dicho por los autores citados refleja la importancia de lograr las alianzas interinstitucionales entre los actores que forman parte del sistema de salud pública, como una estrategia para el desarrollo exitoso de la política de salud pública; para ello se requiere de compromiso y de voluntad política para juntos lograr el cambio deseado. El trabajo en equipo es necesario y garantiza el uso racional y eficiente de los recursos materiales y humanos.

Otro aspecto que contribuye al mejoramiento de la política de salud pública se refiere a la **interdisciplinariedad** la cual hace alusión a la integración de saberes, la intervención de varios profesionales para el abordaje de situaciones particulares. A este respecto, Miranda (2019) señala la importancia de las alianzas en el proceso de investigación científica: Las alianzas interdisciplinarias promueven una mejor comprensión entre los interesados directos de los sectores públicos y privados en el plano nacional e internacional. Estas alianzas son fundamentales para hacer frente a los retos de salud actual y futura; sin embargo para que estas sean eficaces los interesados deben estar de acuerdo en una visión y una misión comunes, negociar las funciones, responsabilidades y acciones, definir los objetivos y establecer los procedimientos de negociación y de participación en el poder. Es necesario crear alianzas estrategias con todos los posibles interesados directos (gobiernos, universidades, sector privado, organizaciones civiles) con el fin de abordar las prioridades mediante la investigación en salud (p.4)

Dentro de este orden de ideas creemos pertinente mencionar el trabajo de investigación realizado por Garcia (2010) quien nos muestra la importancia de la conformación de alianzas estratégicas interdisciplinarias en el sector educativo en la búsqueda de la formación integral del educando, señalando al respecto lo siguiente:

Estas experiencias descritas nos muestran la contribución que hace la estrategia de la interdisciplinariedad tanto en el área de la salud como de la educación, en aras de elevar y

potenciar la eficiencia de ambos sectores buscando el crecimiento y bienestar personal. Los cambios generados a nivel mundial en el abordaje de los fenómenos, demandan cada vez más enfoques integradores, en virtud, además de la complejidad de los fenómenos sociales lo que amerita la conformación del trabajo en equipo de las diferentes disciplinas a fin de abordar y aportar su conocimiento en las diversas áreas sociales.

En el área de salud cada vez más, se requiere la incorporación de equipos interdisciplinarios quienes estudien salud pública y la aborden en sus diferentes aristas; el diseño, formulación, ejecución y evaluación de la política de salud debe estar a cargo de un equipo de esta naturaleza quienes desde su perspectiva contribuyan a cada aspecto que en salud

En las ciencias de la educación se producen interrelaciones y cooperación en la búsqueda de la efectividad del aprendizaje lo que se plasma en la metodología de la enseñanza de cada disciplinaria; a este respecto se plantea la integración, interrelación y cooperación de cada disciplina que conforma el currículo a través de la construcción teórica de la didáctica general como una metodología general para la formación integral del educando la cual permite realizar la concatenación de los fenómenos y la unidad y complejidad de su objeto abarcando los nexos ya descritos y establecer vínculos entre los modos de actuación, formas novedosas de pensar y valores (p. 3)

Esta propuesta hecha por el autor radica en:

A pesar de que se sugiere en el plan de estudios tener en cuenta las relaciones interdisciplinarias no se ofrecen indicaciones para su puesta en ejecución, lo que trae como consecuencia que en la práctica no se produce una comprensión holística del proceso, no se coordinan y diseñan acciones que establezcan puntos de contactos, sin obviar las especificaciones que existen entre las diferentes asignaturas y disciplinas, cuyas perspectivas conceptuales y metodológicas son diferentes dando lugar a una automatización y fragmentación del conocimiento que prioriza la especialización del saber(p. 6)

Puede generar que el individuo se enferme. Ello implica concebir la salud más allá del enfoque biologicista y verla en forma holística, tal como la define el desarrollo humano que no solo la salud física es sinónimo de salud, sino que debe el organismo estar en armonía todas sus áreas: física, psicológica, espiritual, familiar, para que se considere un organismo en salud plena.

Aunado a lo anteriormente dicho, es necesario para que la política de salud funcione de mejor modo estimular la participación de todos los sectores de la sociedad, para que en coordinación

y con alianzas estrategias trabajen mancomunadamente en la ejecución de proyectos y programas lo que permitirá la disminución de los gastos al contar con el apoyo técnico, logístico y económico de otros sectores.

En Venezuela, los actores sociales tienen un papel fundamental en la gestión pública en salud, especialmente en el contexto actual de crisis y dificultades en el acceso a servicios de salud de calidad para la población. Algunos de los nuevos roles que pueden asumir los actores sociales son los siguientes:

1. Participar activamente en la definición de políticas públicas en salud que respondan a las necesidades de la población, y en la evaluación de su implementación para garantizar su efectividad. Este rol está relacionado con la participación en la planificación y evaluación de políticas públicas en salud:

2. Realizar una labor de vigilancia y control ciudadano en la gestión pública en salud, para detectar y denunciar situaciones de corrupción, mala gestión o falta de transparencia. Este rol está vinculado con la vigilancia y control ciudadano.

3. Contribuir a la promoción de la salud y prevención de enfermedades, a través de campañas de concientización, actividades de educación sanitaria y programas comunitarios de prevención y control de enfermedades. Este rol está relacionado con la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

4. Actuar como defensores de los derechos de los pacientes, promoviendo el acceso a servicios de salud de calidad y denunciando situaciones de discriminación o vulneración de derechos. Vinculado este rol con la defensa de los derechos de los pacientes.

5. Colaborar con las autoridades sanitarias en la identificación de necesidades y problemas de la población, y en la implementación de soluciones efectivas y sostenibles. Este rol está relacionado con la colaboración con las autoridades sanitarias.

Los actores sociales pueden tener un papel clave en la construcción de una gestión pública en salud más participativa, transparente y efectiva, que responda a las necesidades y demandas de la población.

#### **4.2.2.-Los actores sociales y el sistema de salud pública:**

La participación de los actores sociales en el sistema de salud pública en Venezuela ha sido variable a lo largo del tiempo y depende de diversos factores, como el contexto político y social del país, la capacidad de organización y movilización de los actores sociales, y la voluntad de las autoridades sanitarias para promover y apoyar su participación.

Usualmente se asume que todas las decisiones y posibilidades de afectar las políticas públicas de salud pasan únicamente por el nivel central concretamente por el Ministerio de salud y Desarrollo Social; si bien él es un actor fundamental en el proceso, no es el único. Existen actores de los otros poderes del Estado, agentes económicos privados, gobiernos locales y hasta agencias internacionales de cooperación que también influyen.

En este sentido, nos encontramos con nuevos actores y nuevos escenarios derivados de cambios políticos e internacionales que definen la participación de estos actores en el accionar social.

Por ejemplo, se tiene que en los países industrializados y los países en vías de desarrollo han venido implementando reformas a sus estados (descentralización, privatización) las cuales han afectado la estructura, organización y financiamiento de las organizaciones públicas como es el caso de Ministerio de Salud, secretarías entre otros, así como la entrega de servicios a la población. Ello también ha incidido en que surjan actores nuevos que influyen en el proceso de toma de decisiones en aspectos de políticas públicas.

En el caso específico de Venezuela, estos nuevos actores son las Gobernaciones, Alcaldías, las organizaciones comunitarias en salud y las ONG que han sido subcontratadas para prestar servicios básicos de salud, las cuales se han convertido en un grupo de presión en el escenario nacional de las políticas de salud.

En el caso de las Gobernaciones de Estado, solicitaron la transferencia de la competencia de la salud pública en muchos estados, tal como lo establece la Ley Orgánica de Descentralización, para ser administrada en forma regional, creando para tales fines fundaciones. Sin embargo, pese a que se transfiere la competencia de la salud a las regiones y se les otorga a los gobernadores de Estado la facultad para legislar y elaborar planes y lineamientos locales en materia de salud, estos deben estar en consonancia con la directriz

macro que emana del Ministerio de Salud y Desarrollo social y que a su vez es parte, del Plan de Desarrollo Nacional.

Su participación al respecto en la formulación de las políticas públicas de salud a nivel nacional, está sujeta en la actualidad a las decisiones políticas del gobierno por cuanto aun puedan participar en el proceso de formulación; la decisión final sobre si se ejecuta o no una determinada política pública la posee el gobierno y este le señala al Ministerio que hacer sobre ese particular.

Otro nuevo actor y de suma importancia en materia de participación ciudadana lo constituyen las **Organizaciones Comunitarias en Salud**, llamadas en el caso del Estado Sucre como las OCS, por cuanto a partir de la aprobación de la nueva Carta Magna en 1999 donde se le otorga rango constitucional a la organización y participación ciudadana estas se han convertido en agentes que promueven, capacitan y gestan procesos a nivel comunitario en materia de salud , intervienen en la formulación de acciones a través de los promotores sociales quienes por medio de reuniones en las comunidades conocen la problemática que posee mayor prioridad en salud y que por ende, más los aquejan.

Su participación en la formulación de políticas públicas en la actualidad es mas en el área local, pero no poseen incidencia en la aprobación final sobre la política que se implementara.

En relación a las Alcaldías se tiene que con la aprobación del texto constitucional en 1999 se establece una nueva concepción del “Estado democrático y social de derecho y justicia,” cuyo eje fundamental es la construcción de una democracia participativa y protagónica a través de la participación de los ciudadanos en la gestión pública.

En este contexto el municipio por ser el ámbito más cercano a los ciudadanos, cobra relevancia como promotor en la construcción de una nueva dinámica municipal que estimula la iniciativa de los individuos en la toma de decisión a fin de garantizar una real intervención en la definición, ejecución, control y evaluación de las políticas públicas.

Para tales fines se crean los Consejos Locales de Planificación Pública y los Consejos Comunales, siendo estos últimos la instancia expedita de participación de los ciudadanos. Aun cuando ha habido logros en el proceso de elaboración de acciones encaminadas para la

participación de estas estructuras en la formulación de políticas públicas, tal es el caso de la elaboración de los presupuestos participativos y la activación de mecanismos de participación, como los cabildos abiertos y las asambleas de ciudadanos, aún falta un camino por recorrer para que puedan en forma efectiva y activa participar en el proceso de toma de decisiones de las políticas públicas.

En relación a las ONGs son entidades de iniciativa social y fines humanitarios que actúan en forma independiente de la administración pública y que no tienen afán lucrativo. Muchas de estas entidades buscan generar autonomía en las personas y comunidades con el objeto de convertirlos en agentes de su propio desarrollo. Solo algunas ONGs son de corte más asistencial vinculadas a la iglesia católica. Estas se orientan a satisfacer las necesidades básicas de los grupos en pobreza extrema o indigencia, y por lo general tienen una oferta de programas flexibles, que se adecua a las realidades inmediatas. Por contraste, las ONGs orientadas a la promoción o formación de competencias, capacidades o habilidades, tienden a trabajar con modelos de intervención estructurados o previamente definidos, gran parte de ellos diseñados sobre la base de la experiencia acumulada.

La información que se tiene sobre estas entidades en cuanto a su participación en el proceso de formulación de políticas públicas es escasa, solo se conoció que algunas son subcontratadas para prestar servicios puntuales en cuanto a la salud se refiere.

Es importante destacar que durante los últimos años, la participación de los actores sociales en la gestión pública de la salud en Venezuela ha sido muy importante debido a la crisis económica, social y política que ha afectado al país, y que ha tenido un impacto significativo en el sistema de salud. Los actores sociales han desempeñado un papel clave en la defensa de los derechos de los pacientes, en la denuncia de la falta de insumos y medicamentos, y en la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Entre las organizaciones que han participado activamente en la gestión pública de la salud en Venezuela se encuentran los sindicatos de trabajadores de la salud, las asociaciones de pacientes y familiares, las organizaciones no gubernamentales y las redes de voluntarios. Estas organizaciones han realizado diversas actividades, como la organización de campañas

de salud, la entrega de medicamentos y suministros médicos, la promoción de la participación ciudadana en la gestión pública de la salud, entre otras.

A pesar de la importancia de la participación de los actores sociales en la gestión pública de la salud en Venezuela, sigue habiendo desafíos y limitaciones para su efectiva participación. Algunos de estos desafíos incluyen la falta de recursos y apoyo institucional para su participación, la falta de acceso a información y datos relevantes, y la falta de espacios efectivos para el diálogo y la toma de decisiones conjuntas entre las autoridades sanitarias y los actores sociales.

Finalmente podemos señalar a partir de los testimonios de los sujetos que participaron en la investigación la percepción que estos tienen acerca del desarrollo humano como enfoque idóneo para el despliegue de las políticas públicas en salud que logren el mejoramiento del servicio de salud pública y consecuentemente el bienestar de la población; que en el ítem de la entrevista aplicada se noto el desconocimiento del desarrollo humano como enfoque puesto que las respuestas giraron en torno al desarrollo humano como profesionalización del personal del sector, como una forma de capacitación y crecimiento humano.

## **CAPITULO V**

### **LINEAMIENTOS ONTO-EPISTEMOLÓGICOS QUE PERMITAN LA RESIGNIFICACIÓN DE LA GESTIÓN PÚBLICA EN SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DEL DESARROLLO HUMANO.**

En el contexto actual, surge una nueva perspectiva sobre el desarrollo humano, que se plantea trascender los enfoques tradicionales centrados en el crecimiento económico. Esta visión emergente reconoce la complejidad y la multidimensionalidad del bienestar humano, proponiendo un paradigma más integral que abarca diversos aspectos esenciales de la vida,

que prioriza el bienestar individual y colectivo, considerando aspectos como la salud física y mental, la felicidad, la autorrealización, la satisfacción con la vida y la calidad de las relaciones sociales. Como un gran reto busca un equilibrio entre el progreso económico, la protección del medio ambiente y la justicia social, garantizando la sostenibilidad para las generaciones presentes y futuras. Además, fomenta el empoderamiento de las personas para que sean agentes activos de su propio desarrollo, participando en la toma de decisiones que afectan sus vidas. Se reconoce en esta perspectiva la interconexión entre diversos aspectos del desarrollo, como la educación, la salud, la cultura, la economía y la política, abordándolos de manera integral. Valorándose la diversidad y promoviendo la inclusión de todos los grupos sociales, asegurando que todos tengan las mismas oportunidades para alcanzar su máximo potencial.

**En función a lo señalado** se requiere un replanteamiento de las políticas públicas para que se alineen con la visión emergente de desarrollo humano, priorizando el bienestar y la sostenibilidad en lugar del mero crecimiento económico. Se necesitan nuevos indicadores de progreso que vayan más allá del PIB y que consideren diversos aspectos del bienestar humano, como la salud, la educación, la felicidad y la igualdad. Urge un enfoque colaborativo que involucre a diversos actores, como gobiernos, organizaciones civiles, empresas y la comunidad en general, para trabajar juntos hacia el desarrollo humano sostenible. En otras palabras, la visión emergente de desarrollo humano representa un cambio de paradigma hacia un enfoque más holístico, justo y sostenible del bienestar humano. Es un llamado a la acción para que todos los sectores de la sociedad trabajen juntos para crear un futuro mejor para las personas y el planeta.

Desde esta mirada del desarrollo humano, una gestión pública en salud se caracteriza por ser integral, participativa, equitativa y orientada a garantizar el acceso universal a los servicios de salud, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas y promover su bienestar. Desde esta perspectiva se pudiera abordar de manera integral la salud de la población, no solo enfocarse en la prevención y tratamiento de enfermedades, sino también en el fomento de hábitos saludables, la promoción de la salud mental, la prevención de enfermedades crónicas y la atención a las necesidades de grupos vulnerables.

Asimismo, las personas y comunidades deben participar activamente en el diseño, implementación y evaluación de políticas y programas de salud, para asegurar que las necesidades y demandas de la población sean atendidas y que las soluciones sean adecuadas y sostenibles en el tiempo.

Desde esta postura la gestión pública en salud debe garantizar el acceso universal a los servicios de salud, sin discriminación por motivos de género, edad, origen étnico, orientación sexual o condición socioeconómica. Esto implica la asignación de recursos adecuados y el diseño de políticas que reduzcan las desigualdades en salud. Desde esta práctica asegurar la calidad de los servicios de salud, incluyendo la formación y capacitación de los profesionales de la salud, la disponibilidad de equipos y medicamentos, y la realización de evaluaciones continuas de los servicios para mejorar su eficacia y eficiencia.

La gestión pública en salud debe estar basada en el respeto y protección de los derechos humanos, incluyendo el derecho a la salud, el derecho a la información y el derecho a la privacidad, entre otros. Desde la perspectiva del desarrollo humano debe centrarse en el bienestar de las personas, promoviendo la participación activa de la población, la equidad en el acceso a los servicios de salud, la calidad de los mismos y el enfoque en los derechos humanos.

Figura N° 7  
Una gerencia en salud “Otra”.

Figura N° 7

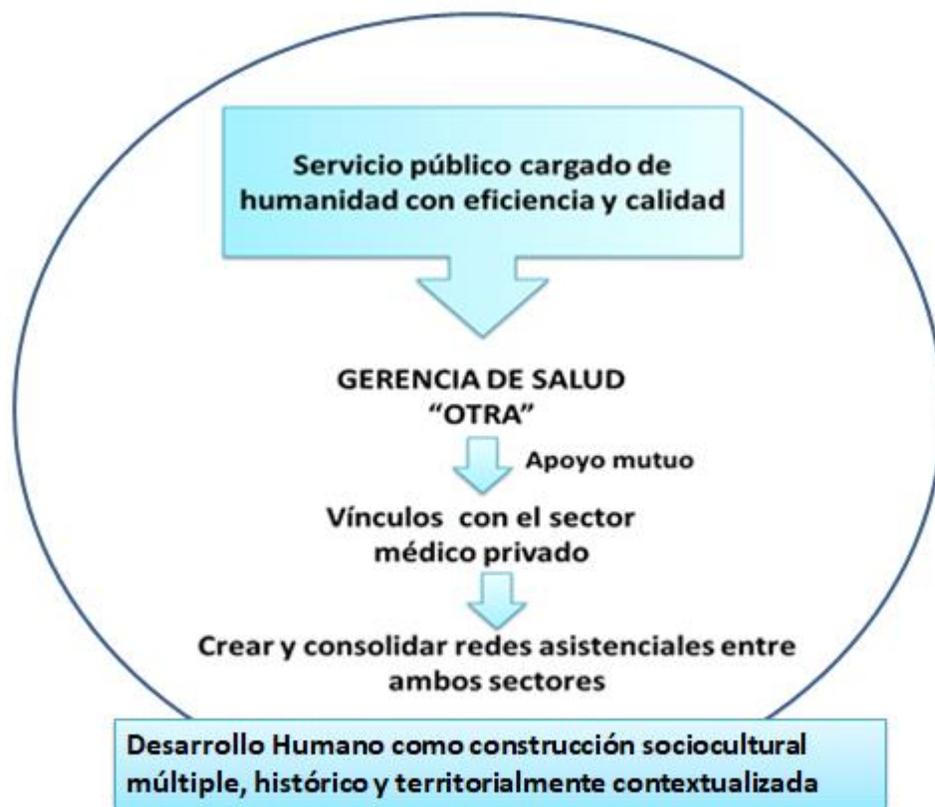


Fuente:

Elaboración propia de la investigadora 2023.

Desde esta mirada, la nueva gerencia podrá dar a luz lineamientos que realmente permitan transformar al sistema de salud para que este brinde un verdadero servicio público cargado de humanidad con eficiencia y calidad. Esta gerencia creará los vínculos necesarios con el sector médico privado para que este pueda apoyar al sector público no solo a nivel de realización de exámenes médicos, laboratorios y estudios especializados, sino la idea es convocar al sector privado para que a nivel de las **empresas privadas** contribuyan económicamente al sistema de salud, a través de la **creación de seguros médicos a los trabajadores** que sean ofrecidos por el **sistema de salud público a esas empresas a bajos costos**. Es decir, crear y consolidar redes asistenciales entre ambos sectores donde se brinden todos los servicios médicos asistenciales, que satisfagan las necesidades de la sociedad.

**Figura N° 8**  
**Vínculos Sector público – Sector Privado**



Fuente: Elaboración propia de la investigadora. 2023

La propuesta no solo es desde el punto de vista asistencial y médico, sino que abarca incluir la atención de áreas hoy muy demandadas pero muy costosas a nivel privado, como servicios de psicólogos clínicos, psiquiatría, atención de psicopedagogías y terapias conductuales, de lenguaje y motricidad para niños, jóvenes y adultos.

Es importante señalar en este contexto que el desarrollo humano no se logra de manera unilateral, sino que requiere la participación activa de todos los actores sociales, incluyendo gobiernos, organizaciones civiles, empresas, comunidades y el sector privado. Este debe abordarse de manera integral, considerando la interconexión entre las diversas dimensiones del bienestar y buscando sinergias entre las diferentes áreas de acción. El Estado juega un papel fundamental en la creación de un entorno propicio para el desarrollo humano, formulando políticas públicas adecuadas, invirtiendo en áreas clave como la educación y la salud, y garantizando el acceso a servicios básicos y la protección de los derechos humanos.

Las comunidades demandan de una nueva forma de gerenciar la salud, que dirija la atención con mayor énfasis en la educación en salud que forme y capacite para que sus habitantes y familias puedan adquirir herramientas que les permitan convertirse en verdaderos actores de desarrollo, protagonistas y entes transformadores de su entorno local. Es una Gerencia renovadora, integralista y humanista donde el centro de sus políticas vaya dirigido a mejorar la calidad de vida de las personas en forma integral.

**Figura N° 9**  
**Elementos constitutivos de una visión otra de la gestión pública de salud desde la perspectiva del desarrollo humano.**



Fuente: Elaboración propia de la investigadora. 2023

### Algunos lineamientos onto-epistemológicos

## **Un nuevo rostro: que resignifique la gestión pública de salud desde la perspectiva del desarrollo humano.**

Para generar una nueva mirada de la gestión pública que considere el desarrollo humano, es importante considerar:

- La necesidad de un enfoque en el bienestar humano: La nueva gestión pública debe tener como objetivo principal mejorar el bienestar humano de la población, lo que implica una perspectiva centrada en las personas y en sus necesidades, intereses y derechos.
- Rupturas con las formas tradicionales de asumir la participación. Repensar la participación actual que se está generando y considerar la participación ciudadana desde nuevas perspectivas: La participación ciudadana es fundamental para el desarrollo humano, ya que permite a las personas involucrarse en las decisiones que afectan sus vidas y comunidades. La nueva gestión pública debe fomentar la participación ciudadana en la toma de decisiones.
- La transparencia y rendición de cuentas se le debe dar el valor que posee en esta nueva perspectiva: La transparencia y la rendición de cuentas son fundamentales para generar confianza en la gestión pública y garantizar que los recursos y servicios públicos se utilicen de manera eficiente y equitativa.
- Consolidación de un enfoque en la equidad y la inclusión, en la cultura organizacional y también en las comunidades beneficiarias: La nueva gerencia pública debe tener un enfoque en la equidad y la inclusión, lo que implica garantizar que todas las personas tengan acceso a los servicios y recursos públicos y que se reduzcan las desigualdades sociales y económicas.
- Repensar el enfoque en la sostenibilidad del sistema de salud: La nueva gestión pública debe tener en cuenta la sostenibilidad, tanto en términos ambientales como económicos y sociales. Esto implica garantizar que las políticas y programas públicos sean sostenibles a largo plazo y no comprometan los recursos y servicios para las generaciones futuras.
- El sistema de salud y sus actores deben considerar la innovación y adaptación El sistema de salud y sus actores deben considerar la innovación y adaptación: La nueva gestión pública debe ser innovadora y estar dispuesta a adaptarse a los

cambios y desafíos que surjan en el entorno. Para ello, es necesario fomentar la creatividad y la colaboración entre los trabajadores públicos y las instituciones. El sentido de pertenecía y la confianza son elementos claves en este proceso.

- El desarrollo de capacidades debe ser fundamental para que existan transformaciones a lo interno del sistema de salud: La nueva gestión pública debe invertir en el desarrollo de capacidades de los trabajadores públicos y de la población en general, para mejorar la calidad de los servicios públicos y facilitar el desarrollo humano.

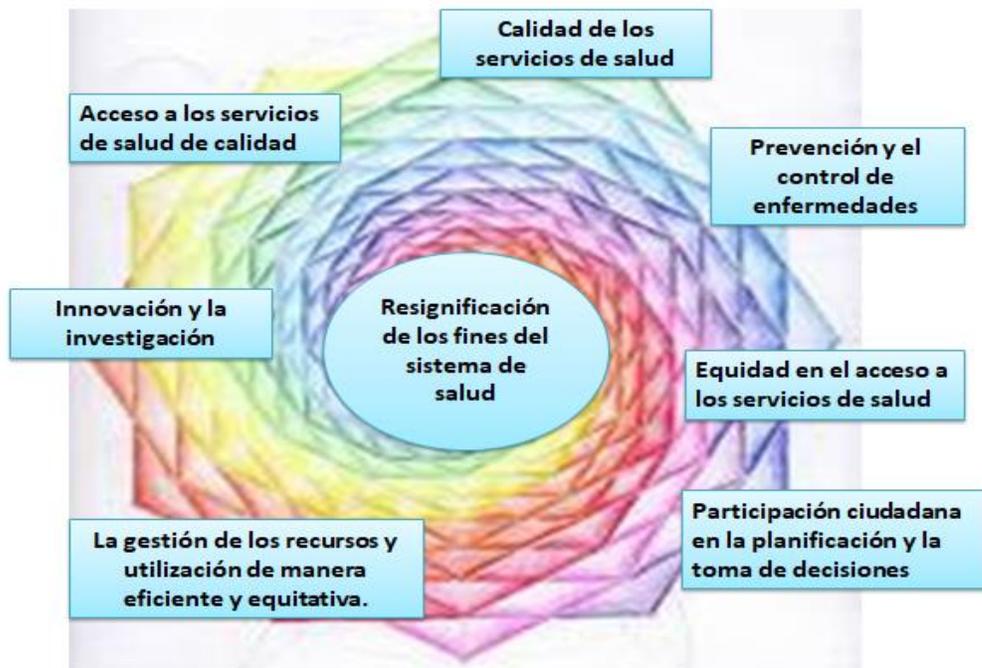
Una nueva gestión pública que considere el desarrollo Humano como construcción sociocultural múltiple, histórico y territorialmente contextualizada debe tener un enfoque centrado en las personas, fomentar la participación ciudadana, ser transparente y rendir cuentas, promover la equidad e inclusión, tener en cuenta la sostenibilidad, ser innovadora y adaptable, y enfocarse en el desarrollo de capacidades.

**Resignificación de los fines del sistema de salud, que este en consonancia con la perspectiva del Desarrollo Humano como construcción sociocultural múltiple, histórico y territorialmente contextualizada: Una gerencia de salud con visión emergente.**

Si se considera el desarrollo humano como uno de los objetivos principales del sistema de salud venezolano, algunos de los nuevos fines que se podrían establecer son los siguientes, como se resume en la figura N° 11:

Figura N° 11

**Resignificación de los fines del sistema de salud**



Fuente:

Elaboración propia de la investigadora. 2024.

- El sistema de salud debe garantizar que todas las personas, independientemente de su situación económica o social, tengan acceso a los servicios de salud de calidad.
- Mejorar la calidad de los servicios de salud: El sistema de salud debe enfocarse en mejorar la calidad de los servicios que presta, a fin de garantizar que sean eficaces, seguros y apropiados para las necesidades de la población.
- Promover la prevención y el control de enfermedades: El sistema de salud debe tener un enfoque en la prevención y el control de enfermedades, lo que implica fomentar hábitos saludables, realizar campañas de vacunación y de detección temprana de enfermedades, y garantizar el acceso a tratamientos adecuados y oportunos.
- Garantizar la equidad en el acceso a los servicios de salud: El sistema de salud debe garantizar que todas las personas, independientemente de su ubicación geográfica o su situación económica, tengan acceso a los mismos servicios y recursos de salud.
- Fortalecer la participación ciudadana: El sistema de salud debe promover la participación ciudadana en la planificación y la toma de decisiones sobre la gestión de los servicios de salud.
- Mejorar la gestión de los recursos: El sistema de salud debe mejorar la gestión de los recursos disponibles para garantizar que se utilicen de manera eficiente y equitativa.

- Fomentar la innovación y la investigación: El sistema de salud debe fomentar la investigación y la innovación en el campo de la salud, para mejorar la calidad de los servicios y los tratamientos disponibles..

### **Perfil del actor social dentro de esta nueva visión de gestión pública en salud.**

En la actualidad, el perfil de actor social en la gestión pública en salud, debería ser el de un profesional altamente capacitado, comprometido con el desarrollo humano y capaz de trabajar en equipo y adaptarse a los cambios y desafíos que se presenten en el entorno. Algunas de las características y habilidades que debería tener este perfil son las siguientes:

- **Conocimientos técnicos especializados en el campo de la salud:** Es necesario que los actores sociales en la gestión pública en salud en Venezuela tengan un alto nivel de conocimientos técnicos especializados en el campo de la salud, para poder llevar a cabo de manera eficiente y efectiva las tareas y responsabilidades que les corresponden. Los criterios para la selección de los que gerencian en este campo no deben ser de orden político.
- **Capacidad de liderazgo y trabajo en equipo:** Los actores sociales en la gestión pública en salud en Venezuela deben tener habilidades de liderazgo y trabajo en equipo, para coordinar y dirigir a otros profesionales en la consecución de objetivos comunes.
- **Compromiso con el desarrollo humano:** Los actores sociales **Compromiso con el desarrollo humano:** Los actores sociales en la gestión pública en salud en Venezuela deben estar comprometidos con el desarrollo humano y tener un enfoque centrado en las personas, para garantizar que los servicios de salud se presten de manera equitativa y eficaz.
- **Capacidad de adaptación y flexibilidad:** En un entorno cambiante y complejo como el de la gestión pública en salud en Venezuela, es necesario que los actores sociales tengan la capacidad de adaptarse y ser flexibles ante situaciones imprevistas o emergentes.

- **Habilidad para trabajar bajo presión:** La gestión pública en salud en Venezuela puede ser muy exigente y demandante, por lo que los actores sociales deben tener la capacidad de trabajar bajo presión y mantener la calma en situaciones difíciles.
- **Habilidad para la comunicación y la negociación:** Los actores sociales en la gestión pública en salud en Venezuela deben tener habilidades de comunicación y negociación, para poder establecer relaciones efectivas con otros profesionales, autoridades y comunidades.
- **Conocimientos en tecnologías de la información y la comunicación:** Es importante que los actores sociales en la gestión pública en salud en Venezuela tengan conocimientos en tecnologías de la información y la comunicación, para poder utilizar herramientas digitales y tecnológicas en la gestión de los servicios de salud.

#### **Visibilización de los grupos vulnerables.**

La gestión pública en salud en Venezuela en la actualidad debe atender a diversos grupos vulnerables, que se caracterizan por tener mayores dificultades para acceder a los servicios de salud y para disfrutar de un estado de salud adecuado. Algunos de los grupos vulnerables que deben ser atendidos por la gestión pública en salud en Venezuela son los siguientes:

- **Personas de bajos ingresos:** Las personas de **Personas de bajos ingresos:** Las personas de bajos ingresos son vulnerables a la falta de acceso a los servicios de salud debido a que no tienen los recursos económicos para pagar por ellos. La gestión pública en salud en Venezuela debe garantizar que estas personas tengan acceso a servicios de salud de calidad, independientemente de su capacidad económica.
- **Personas que viven en zonas rurales o lejanas:** Las personas que viven en zonas rurales o remotas pueden tener dificultades para acceder a los servicios de salud debido a la falta de infraestructuras adecuadas y de personal médico. La gestión pública en salud en Venezuela debe garantizar que estas personas tengan

acceso a servicios de salud de calidad, independientemente de su ubicación geográfica.

- **Personas con discapacidad:** Las personas con discapacidad pueden tener dificultades para acceder a los servicios de salud debido a la falta de accesibilidad física y de adaptación a sus necesidades. La gestión pública en salud en Venezuela debe garantizar que estas personas tengan acceso a servicios de salud de calidad y adaptados a sus necesidades.
- **Personas mayores:** Las personas mayores pueden tener mayores necesidades de atención médica debido a su mayor riesgo de enfermedades crónicas. La gestión pública en salud en Venezuela debe garantizar que estas personas tengan acceso a servicios de salud de calidad y adaptados a sus necesidades.
- **Niños y niñas:** Los niños y niñas son vulnerables a las enfermedades y a la falta de acceso a los servicios de salud debido a su falta de autonomía y a la dependencia de sus cuidadores. La gestión pública en salud en Venezuela debe garantizar que estos grupos tengan acceso a servicios de salud de calidad y adaptados a sus necesidades.
- **Población migrante:** La población migrante puede tener dificultades para acceder a los servicios de salud debido a la falta de documentación o a la discriminación. La gestión pública en salud en Venezuela debe garantizar que esta población tenga acceso a servicios de salud de calidad y sin barreras.
- **Personas en situación de calle:** Las personas en situación de calle pueden tener dificultades para acceder a los servicios de salud debido a la falta de recursos económicos y a la discriminación. La gestión pública en salud en Venezuela debe garantizar que estas personas tengan acceso a servicios de salud de calidad y adaptados a sus necesidades.

### **Aspectos claves a considerar para consolidar una gestión pública en salud desde la perspectiva del desarrollo humano:**

Para consolidar una gestión pública en salud en Venezuela donde el desarrollo humano sea considerado, es necesario tomar en cuenta los siguientes elementos:

- **Inversión en infraestructura y equipamiento:** Es necesario invertir en la construcción y mantenimiento de infraestructuras y equipamientos adecuados para los servicios de salud. Esto incluye hospitales, centros de salud, unidades de cuidados intensivos, equipos médicos y tecnología médica avanzada.
- **Recursos humanos adecuados:** Es fundamental contar con un personal médico y de enfermería capacitado, comprometido y motivado, que pueda ofrecer servicios de salud de calidad y centrados en las personas. Además, se debe garantizar que haya suficiente personal para cubrir las necesidades de la población.
- **Políticas de salud pública:** Es necesario establecer políticas de salud pública que se centren en la prevención y el control de enfermedades, en la promoción de hábitos saludables y en la atención a los grupos vulnerables.
- **Acceso universal a servicios de salud:** Es necesario garantizar el acceso universal a servicios de salud de calidad, independientemente de la capacidad económica de las personas.
- **Participación ciudadana:** Es fundamental involucrar a la ciudadanía en la planificación, ejecución y evaluación de las políticas y programas de salud. Esto permite establecer un enfoque centrado en las personas y adaptado a las necesidades de la población.
- **Innovación y tecnología:** La innovación y la tecnología son herramientas importantes para mejorar la calidad de los servicios de salud y para facilitar el acceso a los mismos. Es necesario invertir en tecnología médica avanzada y en sistemas de información y comunicación que permitan una gestión más eficiente y efectiva de los servicios de salud.
- **Evaluación y seguimiento:** Es necesario establecer sistemas de evaluación y seguimiento que permitan medir la calidad de los servicios de salud y el impacto de las políticas y programas de salud. Esto permite realizar ajustes y mejoras en la gestión pública en salud en Venezuela.

Para consolidar una gestión pública en salud, tanto en la realidad estudiada como en Venezuela, donde el desarrollo humano sea considerado, es obligatorio invertir en infraestructura y equipamiento, contar con recursos humanos adecuados, establecer políticas de salud pública, garantizar el acceso universal a servicios de salud, promover la

participación ciudadana, invertir en innovación y tecnología, y establecer sistemas de evaluación y seguimiento.

### **Características de la cultura organización que se deben fortalecer.**

Las características de la cultura organizacional que se deben fortalecer en la gestión pública en salud en Venezuela son los siguientes:

1. Estar orientada a la prestación de servicios de salud de calidad y centrados en las personas y en sus necesidades.
2. Basada en principios éticos y de transparencia en la gestión pública en salud, lo que implica una gestión responsable y honesta de los recursos públicos.
3. Fundada en una comunicación efectiva y fluida entre los distintos niveles de la organización y en la transmisión de información clara y oportuna a la ciudadanía.
4. La cultura organizacional debe fomentar el trabajo en equipo y la colaboración entre los distintos profesionales de la salud, así como el trabajo conjunto con otros sectores y actores sociales relevantes.
5. Basada en la innovación y en la mejora continua de los servicios de salud, lo que implica una actitud proactiva y de búsqueda constante de soluciones innovadoras y efectivas.
6. La cultura organizacional debe ser flexible y capaz de adaptarse a los cambios y a las situaciones imprevistas que puedan surgir en la gestión pública en salud.
7. Debe estar enfocada en el desarrollo humano y en la promoción de la salud como un derecho fundamental de la población.

Para fortalecer la cultura organizacional en la gestión pública en salud en Venezuela, es necesario fomentar una orientación al servicio, una cultura ética y transparente, una comunicación efectiva, el trabajo en equipo, la innovación y mejora continua, la flexibilidad y adaptación al cambio, así como un enfoque en el desarrollo humano.

### **La formación continua como garante de la gestión pública de salud desde la perspectiva del desarrollo humano.**

La formación continua es una base fundamental para una gestión pública en salud desde la perspectiva del desarrollo humano. Esta permite a los profesionales de la salud actualizar sus conocimientos, habilidades y destrezas, así como estar al día en las últimas tendencias y avances en el campo de la salud. Asimismo, es importante porque permite a los profesionales de la salud mejorar su capacidad para ofrecer servicios de salud de calidad y centrados en las necesidades de las personas. Además, permite les permite a estos estar al tanto de los desafíos y cambios en el entorno de la salud, lo que les permite adaptarse y responder de manera efectiva a las necesidades de la población.

Por otro lado, la formación continua también es clave para promover la innovación y la mejora continua en la gestión pública en salud. Los profesionales de la salud pueden adquirir nuevos conocimientos y habilidades que les permitan desarrollar soluciones innovadoras y efectivas para mejorar los servicios de salud y adaptarlos a las necesidades de la población.

## **CAPÍTULO VI:**

### **CONSIDERACIONES FINALES**

De acuerdo a los testimonios de los sujetos de investigación se develaron los siguientes aspectos relevantes:

No hay correspondencia entre lo establecido en los instrumentos legales que reglamentan el sistema de salud pública y la problemática real de salud, lo que trae como consecuencia que la práctica gerencial en el sector se limite a los casos y situaciones que se presentan sin una solución de fondo a los problemas en el servicio de salud. Esto revela además que la visión que posee la gestión pública sigue siendo asistencialista e inmedatista y no dirigida a la prevención y promoción de la salud a través de la organización y el desarrollo de programas formativos dirigidos a la educación en salud y formación de hábitos saludables. Por ende, no se valora ni se considera bajo esta visión gerencial al ciudadano como gestor de su salud, como un sujeto capaz de transformar su entorno.

De igual modo, se conoció a través de estos actores de investigación, que la gestión pública de salud no ha trabajado en función de la unificación del sistema de salud pública a través de la búsqueda de la coordinación entre los diferentes entes gubernamentales lo cual ha profundizado la fragmentación y segmentación del sistema de salud, dispersando los recursos humanos y económicos, lo que hace crecer los costos presupuestarios para el sector de la salud pública.

Esta situación confirma que la gestión pública se ha venido enfocando en la cantidad y no en la calidad del servicio de salud pública, esto más con fines publicitarios y políticos, trayendo como consecuencia el desmejoramiento del servicio de salud pública debido a que no se invierten los recursos del sector salud en mejorar las condiciones físicas de las instalaciones sanitarias para elevar la eficiencia del servicio.

En lo que respecta al rol que han venido desempeñando los actores sociales que hacen vida en el sector de salud pública, se evidencio que este ha sido pasivo y limitado al cumplimiento de las directrices emanadas desde el nivel ministerial del sector salud, y que las alianzas y acuerdos que se han establecido han sido puntuales para el desarrollo de actividades concretas, caso de operativos y jornadas médicas. Es decir, no existe actividades concretas, caso de operativos y jornadas médicas. Es decir, no existe una planificación coordinada en la gestión pública donde se contemplen las alianzas intergubernamentales ni intersectoriales, en otras palabras no existe un trabajo en equipo con miras a elevar la calidad en la prestación del servicio.

En relación a los lineamientos onto- epistemológicos para la resignificación de la gestión pública en salud desde la perspectiva del desarrollo humano, rescatamos los siguientes: La nueva gestión pública debe tener como objetivo principal mejorar el bienestar humano de la población, lo que implica una perspectiva centrada en las personas y en sus necesidades. Ello nos lleva a repensar las formas de participación ciudadana, involucrándola en el proceso de planificación, ejecución y evaluación de las políticas y programas de salud.

Esta nueva forma de gestión pública en salud debe tener un enfoque basado en la prevención, promoción y control de enfermedades, lo que implica fomentar hábitos saludables, y realizar campañas médicas con frecuencias, apoyándose en los liderazgos de las comunidades. Una gestión pública que está comprometida con el desarrollo humano como construcción sociocultural múltiple, histórico y territorialmente contextualizada. hará énfasis en prestar un servicio donde todos tengan acceso con mística y compromiso social. Una gestión pública comprometida con la formación continua del recurso humano, apostando por ellos por cuanto son la base fundamental de los cambios. Una gestión pública que vaya en correspondencia con los cambios y avances tecnológicos y que esté en disposición a adaptarlos a su praxis continuamente. En otras palabras, la nueva gestión pública en salud que hemos denominado la Otra, es una gestión generadora de saberes colectivos y que sea capaz de multiplicarlos a través del apoyo de la formación continua (educación en salud) lo cual se constituirá en otra de las piezas fundamentales del cambio y transformación del sistema de salud pública.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

Alfonso, P (2010) “**Eficiencia en salud pública**” En Revista archivo médico de Camagüey. Cuba.

Aguilar, L (1998) **Estudio introductorio a las Políticas Publicas**. Fondo de Cultura Económica. Serie administración pública- México.

- Altaba, E (2010) **La Nueva Gestión Pública y la gestión por competencias**. Universidad Rovira-España (Tesis doctoral)
- Alleyne, G (1983) La salud y el desarrollo humano
- Alzate, M (2014) **El enfoque de las gobernanzas y su recepción gubernativo actual de las sociedades latinoamericanas**. En revista opinión pública.
- Aponte, C (2016) **“Misión Barrio adentro: Atención fracturada y salud en crisis”** Observatorio Misiones en Cendes.
- Arraigada y Otros (2005) **Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas**. Serie políticas sociales. CEPAL, Santiago de Chile.
- Barboza, L (2011) **Dinámica histórica social y política de salud en Venezuela durante las décadas del siglo XX (1909.-1960)** (Tesis de Grado)
- Barboza, J (2011) **“Innovación pública y pensamiento de diseño para políticas públicas en el contexto de desarrollo de ciudad”**. Revista de derecho administrativo.
- Ballestrini, M (2002) **Como se elabora el proyecto de investigación** Caracas, BL Consultores Asociados.
- Barrientos, N (1980) **Algunos conceptos fundamentales en la filosofía de Edmund Husserl**. Revista Ethos Venezolana. Colombia
- Bertrand, R (2015) **“La Teoría sociocultural de Lev Vygotsky”**. Revista psicología educativa y el aprendizaje.
- Bonvehico, A (2011) **“Sistema de salud en Venezuela”**. Fundación Bengoa.
- Blanch y Otros (2003) **Teoría de las relaciones laborales. Desafíos**. Editorial UOC. Barcelona, España.
- Bruner, I y Pastor J (2003) **Ciencia, sociedad y Economía**. Editorial fundamentos, Madrid España.

Bremer, A (1993) **Informe sobre la descentralización en Venezuela**. Secretaria de la República de Venezuela.

Cardozo, R (2022) **“La salud en Venezuela en terapia intensiva”** En Revista Política.

Castro, J (2007) **El proceso de democratización de la gestión de servicios públicos esenciales de agua y saneamiento**. Editorial US Universidad de Sevilla España

Castillo J (1999) **Las nuevas formas de organización del trabajo**. Revista Nueva Sociedad, Caracas.

Campano, Y (2010) **“Algunos apuntes sobre la historia de la salud y educación médica venezolana”** En Revista contribuciones a las Ciencias Sociales, Caracas.

Cárdenas y Michel (2018) **“Descripción de las Teorías del Desarrollo”**. Universidad Autónoma Metropolitana, Caracas.

Castro, T (2007) **Hacia la Sociología**. Cuarta edición México.

Cedió (1997) **La descentralización en Venezuela**. Editorial de la Universidad del Zulia.

**Centro de Investigación y Educación Popular. Programa por la paz (CINEP)** Bogotá, Colombia.

Cohen, E (1998) **Evaluación de proyectos sociales**. Siglo XXI editores, Buenos Aires.

Columna Banco Interamericano del Desarrollo **“Gente Saludable”** 2018

Comisión para América Latina y el Caribe (CEPAL) 1948.

Chávez, E (2002) **De la gerencia pública y sus condicionantes**. Ponencia presentada en el Seminario Política y gestión social. Mineo. Universidad Nacional Autónoma de México

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999)

Congreso Internacional del Sistema de Salud- Bogotá, 2010

Córdova, A (1996) **Revitalizando la administración pública: La transición al paradigma burocrático en Venezuela**.

Corten, David C. (1980). **Desarrollo basado en la comunidad: Una estrategia para la participación popular y el desarrollo autosuficiente**. Nueva York: Sumarian Pres.

Cunill, N (1997) **Repensando lo público a través de la sociedad. Nuevas formas de gestión pública y representación social**. Caracas.

Delgado A (2018) “**Concepción institucional del derecho a la salud en Venezuela**”. Revista Latinoamericana de Derecho Social, México.

Díaz y Borges (2010) “**Institucionalidad y rectoría de los sistemas de salud: El caso Venezolano**”. En cuadernos del Cendes N° 75, Caracas.

Díaz, M (2018) “**La investigación social: comprendiendo el fenómeno en contexto**”. En Revista Boga Universitas, Colombia.

Dubios, A (2008) **Fundamentos para el desarrollo humano. Las capacidades colectivas**. Editorial Hender, Barcelona.

Duque, J (2011) “**El desafío de la interinstitucionalidad como estrategia de gestión en programas de formación avanzada**” En Revista de Salud pública. Universidad de Antioquia, Medellín. Colombia.

De la Cruz, R (1992) **Descentralización, Gobernabilidad y democracia**. Editorial Nueva Sociedad, Caracas.

Franco, A (2010) **Salud global: Políticas públicas, derechos sociales y globalidad**. Editorial Universidad de Antioquia, Colombia.

Fernández, G (2006) **Salud e interculturalidad en América Latina**. Ediciones Adía Yale-Ecuador.

Fernández, S (2015) “**Participación social en sistemas de salud fragmentados: Una relación virtuosa** Cuadernos del Cendes. Caracas.

Fondo de Población de Naciones Unidas (1998)

Fuste, D (2019) **“Investigación cualitativa: Método Fenomenológico Hermenéutico”**. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima Perú

Franco, S (2000) **La promoción de la salud y la Seguridad social**. Corporación de la salud, Santa Fe, Colombia.

Freire, P (1967) . **La Educación como práctica de la libertad**. Montevideo, Uruguay. Editorial Siglo Veintuno.

Galindo, Manuel (2014) **Control Social en la participación Ciudadana: Una visión desde los servicios locales**. Revista de Ciencias Sociales. Universidad del Zulia.

García, Juan Carlos. (2008). **Gestión pública para el desarrollo**. Lima: Fondo Editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

García, Juan Carlos. (2012). **Gestión pública y desarrollo local**. Lima: Fondo Editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

García, Juan Carlos. (2016). **Gestión pública y ciudadanía**. Madrid: Editorial Complutense.

García y Mayor (2013) **“La negociación, factor clave para la formación de alianzas estratégicas en el sector construcción”** Revista Opinión y análisis. Universidad Nacional Experimental Rafael Mara Varal, Zulia.

García, Miguel (2023) **Adaptación del enfoque de desarrollo humano a procesos de transformación e innovación en la España Vacía; aplicación del territorio rural de Altiplano de Granada**. Tesis Doctoral. España \

Guinsberg, L (1977) **“Piaget y la Teoría del desarrollo del intelecto”** Madrid, entrice hall

Guerra, M (2022) **“Teorías y principios del psicoanálisis o enfoque psicoanalítico de Freud”** Revista corrientes psicológicas.

González, L (1994) **Mecanismos de participación ciudadana en las políticas públicas de América Latina**. Universidad Santiago de Chile.

Guinde, A (1979) **Problemas centrales en Teoría social: acción estructura y contradicción en análisis social**. Universidad de California.

Habermas, J (1981). **Teoria de la acción comunicativa**. Madrid, editorial cátedra.

Husserl, Edmun (1998). **Investigacion cualitativa: Método fenomenológico-Hermeneutico**. Revista Scielo Perú.

Hay, C (1997) **Teoría y Métodos de la ciencia política**. Madrid- Alianza.

Hay, C (1997) **Teoría y Métodos de la ciencia política**. Madrid- Alianza.

**Informe Hum Venezuela (emergencia humanitaria) 2019.**

**Instituto Nacional de la Salud (1990) Madrid**

**Informe Brundtland (1987)**

Krivoy, S (2008) **“La problemática de la salud en Venezuela”**. Gaceta Médica de Caracas.

Latours, Valeria (2003) **“La salud pública como problema de gobierno. Análisis de los problemas sociales de salud pública bajo el modelo de gobernanza”** Barcelona, España.

Laurent, M (2012). **Introducción a la administración y gestión pública**. Fondo editorial Universidad Continental.

**Ley Orgánica de Salud (1998)**

López, M (2018) **“Una mirada reflexiva sobre gestión y salud pública desde el paradigma de la complejidad”** Revista Scielo, Carabobo.

Martínez, H (2014). **Metodología de la investigación**. Editores S.A de C.V. México.

Max, V (2003) **Método Fenomenológico -Hermeneutico**. Universidad Santo Tomas, Colombia.

Max-Neef, M Elizalde, A.&Hopenhayn, M.(1986)**Desarrollo a Escala Humana:Una opción para el futuro**. Development Dialogue, número especial, 96. Pp. CEPAUR, Fundacion Dag Hammarskjold.

Mejías Navarrete, J. (2003). **De la construcción del conocimiento de la investigación cualitativa.** Lima: **Investigaciones Sociales.** Año VII, No11, pp. 179-1997. UNMSS.<https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/sociales/article/view/8111>

Mendieta Izquierdo, G. (2015). **Informantes y muestreo en investigación cualitativa.** Pereira, Colombia: Investigaciones Andinas. Vol. 17, núm.30, abril-septiembre 2015, pp. 1148-1150.<https://www.redalyc.org/pdf/2390/239035878001.pdf>Taylor y Bogdan (1987)

Miranda y Otros (2019) **“Fomentar la salud mediante las alianzas de investigación en América Latina”.** Revista Panamericana- Salud pública, Caracas.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2015)

Molina y Otros (2018) **“Cooperación y articulación intersectorial e interinstitucionalidad en salud pública en el modelo de mercado del sistema de salud colombiano 2012-2016”** Revista Salud Publica – Colombia. Universidad de Antioquia – Medellín.

Maneta, M (2014) **“Apego y pérdida: Redescubriendo a John Bowlby”.** Revista Chil Pediatra.

Muñoz, J (2020) **“La gestión pública de los modelos al territorio”** Universidad Sergio Arboleda- Bogotá, Colombia.

Naranjo y Torres (2008) **Consejos de Salud. Participación en la gestión Pública.** Universidad de Santiago de Chile (Tesis de Grado)

Ojeda, J (2011) **Misión Barrio Adentro: Gestión participativa en salud.** Universidad de Carabobo. (Tesis de grado)

Programa Naciones Unidas para el Desarrollo (1990)

**Organización Mundial de la Salud (1985)**

Pérez, J (2017) **“Procesos de reforma y modernización en los sistemas de salud en América Latina”** Cuadernos Latinoamericanos, Zulia.

Pérez y Merin (2012) **Perfiles actuales en la información y en los informados**. Ediciones universitarias. Medellín, Colombia.

Pereira, J y Heredia, A (2002) **Reforma de la nueva gestión pública: Ahora en la nueva agenda de A. Latina**. Revista Dialnet.

Robles, A (2008) **Gestión de conocimiento en el sistema público nacional de salud**. Universidad de Carabobo.

Rodríguez, A (2006). “**La teoría ecológica de Bronfenbrenner**” Revista de Psicología Perú

Rojas, Y (2016) “**Participación y contraloría social en la gestión de los consejos comunales en Venezuela**” Revista Venezolana de Gerencia, Zulia.

Roses D (2008) “**La fragmentación de los servicios de salud aumenta los gastos de sanidad**”. Diario El Continental –Europa.

Rueda, N (2011) “**La eficiencia y su importancia en el sector público**” Revista salud publica N° 5-

Sabater, F (1999) **Ética y Ciudadanía**. Biblioteca Virtual, Caracas.

Sarrataud, A (2010) “**El verdadero significado de la participación ciudadana en la gestión pública**” Observatorio laboral en Revista venezolana. Vol. 3 N° 3.

Sen, A (2000). **El desarrollo como libertad**. Editorial planeta, España

Smith, A (1776) **La riqueza de las naciones: Investigación sobre la naturaleza y causas de la riqueza de las naciones**. Mexico, Fondo de cultura económica.

Taylor, S., y Bogdan, R. (1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.

Tejada, A (2003) “**Modelos actuales de gestión en las organizaciones**” Revista RedALyC C. Universidad Barranquilla, Colombia.

Torres, A (2017) “**Conductismo: Historia, conceptos y autores principales**” Revista psicología y mente.

Tovar, F (2002) **Modelos de gestión en salud**. Editorial 2000, Buenos Aires.

Universidad de Colombia en internet.

Universidad Internacional de la Rioja, España.

Valera, E (2010) **Gerencia y gobernanza local en la perspectiva comparada: las políticas públicas de modernización administrativas en los gobiernos locales de Galicia y el norte de Portugal**. Universidad de Complutense, Madrid, España (Tesis de grado)

Vilchez, A y Palpan A (2014) **Reforma de la nueva gestión pública: Ahora en la nueva agenda de América Latina**. Revista Peruana de Epidemiología.

Villasmil, G (2019) **Crisis hospitalaria: Va más allá de los apagones**. Columna, Opinión analítica.

## **ANEXOS**

### **INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE INFORMACION ACERCA DE LA GESTION PÚBLICA DE SALUD**

#### **TITULO DE LA INVESTIGACION:**

#### **LA GESTIÓN PÚBLICA DE SALUD EN EL ESTADO SUCRE DESDE LA PERSPECTIVA DEL DESARROLLO HUMANO: HACIA UN NUEVO SIGNIFICADO.**

1. – ¿Que opinión le merece los avances en el área de Gestión pública de salud descritos en los instrumentos legales de la República Bolivariana de Venezuela?
2. ¿Considera Ud que la Gestión pública que se viene implementando sirve como impulsor de las nuevas políticas públicas?

3. ¿Cree Ud que la gestión pública en salud canaliza de manera adecuada la optimización eficiente de los recursos en general del sector salud?
4. ¿Considera Ud que en la Gestión publica de salud las políticas que se vienen implementando garantizan la continuidad y efectividad
5. ¿Cree Ud que la gestión pública de salud en la actualidad facilita que los servicios sanitarios tengan una mayor cobertura y calidad?
6. ¿Considera Ud que los actores que participan en la gestión pública de salud promueven alianzas interinstitucionales e interdisciplinarias?
7. ¿Cree Ud que la gestión pública de salud actual, considera al desarrollo humano como la esencia en las políticas que ella desarrolla en la gestión?
8. ¿Considera Ud que el deterioro que han venido experimentando en su implementación los programas preventivos este vinculado a la modalidad de gestión asumida?

## HOJAS DE METADATOS

### Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 1/6

<b>Título</b>	<b>La gestión pública de salud en el Estado Sucre desde la perspectiva del desarrollo humano: Hacia un nuevo significado.</b>
<b>Subtítulo</b>	

Autor(es)

Apellidos y Nombres	Código CVLAC / e-mail	
<b>Mago Lemus, Evelin Del valle</b>	<b>CVLAC</b>	<b>9978432</b>
	<b>e-mail</b>	<b>evelindelvallemago@gmail.com</b>
	<b>e-mail</b>	
	<b>CVLAC</b>	
	<b>e-mail</b>	
	<b>e-mail</b>	

	<b>CVLAC</b>	
	<b>e-mail</b>	
	<b>e-mail</b>	
	<b>CVLAC</b>	
	<b>e-mail</b>	
	<b>e-mail</b>	

Palabras o frases claves:

<b>Gestión pública, salud, políticas públicas y desarrollo humano.</b>

### Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 2/6

Líneas y sublíneas de investigación:

Área	Subárea
<b>Ciencias Sociales</b>	<b>Sociología</b>

Resumen (abstract):



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE**  
**ESTUDIOS DE POSTGRADO NUCLEO DE SUCRE**  
**PROGRAMA DE POSTGRADO- ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES**  
**DOCTORADO EN ESTUDIOS SOCIALES**

# LA GESTIÓN PÚBLICA DE SALUD EN EL ESTADO SUCRE DESDE LA PERSPECTIVA DEL DESARROLLO HUMANO: HACIA UN NUEVO SIGNIFICADO

**Autora: MSc. Evelyn Mago**  
**Tutora: Dra. Carmen Guevara**

## RESUMEN

El sistema de salud en Venezuela, y específicamente en el estado Sucre, ha experimentado en las últimas décadas una profunda crisis que se evidencia en los problemas de accesibilidad, cobertura y legitimidad que enfrentan las instituciones que prestan los servicios médico-asistenciales. En este contexto, surge la inquietud de esta investigación al estudiar la forma como ha venido funcionando la gestión pública en el sector salud, por cuanto consideramos que allí subyace el centro de esta problemática, en virtud, de que son los actores sociales los que direccionan la formulación y ejecución de las políticas públicas en esta área y los que pueden propiciar los cambios en el sistema de salud pública. Ante este escenario, se planteó como objetivo principal de la investigación: resignificar la gestión pública de salud desde la perspectiva del desarrollo humano, para lo cual se asumió una metodología fenomenológica. Como hallazgos significativos se encontró a una gerencia que continua funcionando con esquemas tradicionales y que desarrolla programas y políticas con escasa vinculación con el desarrollo humano, por cuanto la misma sigue teniendo una concepción asistencialista y curativa, lo que se expresa en el deficiente servicio de salud pública y por ende, en el descontento de la población usuaria. No obstante, se evidenció que hubo la creación de organizaciones comunitarias en salud (OCS) y actualmente están en funcionamiento los comités de salud, dentro de la estructura de los consejos comunales. Esta última instancia se constituyó en su momento como una alternativa importante para promover el proceso de reeducación y promoción a la salud a la población, desde el desarrollo humano. En función a lo planteado existe la necesidad una gerencia pública en salud humanizada, fundamentada en el Desarrollo Humano y generadora de saberes colectivos.

## Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 3/6

Contribuidores:

Apellidos y Nombres	ROL / Código CVLAC / e-mail	
<b>Carmen Guevara</b>	ROL	C <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/>
	CVLAC	<b>6.633.124</b>
	e-mail	<b>Cguevara1@gmail.com</b>
	e-mail	
<b>Wilfredo Guerra</b>	ROL	C <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> U <input checked="" type="checkbox"/>
	CVLAC	<b>9636337</b>
	e-mail	<b>Wguerra65@gmail.com</b>

	e-mail	
<b>Mercedes Fernández</b>	<b>ROL</b>	C <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> J <input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> X
	<b>CVLAC</b>	<b>5083206</b>
	<b>e-mail</b>	<b>Mfercha4@gmail.com</b>
	<b>e-mail</b>	

**Fecha de discusión y aprobación:**

**Año Mes Día**

<b>2024</b>	<b>05</b>	<b>29</b>
-------------	-----------	-----------

**Lenguaje: Spa** \_\_\_\_\_

**Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 4/6**

Archivo(s):

<b>Nombre de archivo</b>	<b>Tipo MIME</b>
<b>P.G.Mago. E</b>	<b>Aplication/word</b>

Alcance:

**Espacial:** \_\_\_\_\_ **(Opcional)**

**Temporal:** \_\_\_\_\_ **(Opcional)**

---

**Título o Grado asociado con el trabajo: Doctor en Estudios Sociales**

---

Nivel Asociado con el Trabajo: **Doctor**

---

**Área de Estudio: Doctor en Estudios Sociales**

---

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

---

---

---

# Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 5/6



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
CONSEJO UNIVERSITARIO  
RECTORADO

CUN°0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano  
**Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ**  
Vicerrector Académico  
Universidad de Oriente  
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Letdo el oficio SIBI – 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.



Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

**JUAN A. BOLAÑOS CURVELO**  
Secretario



C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/maruja

Apartado Correos 094 / Telf: 4008042 - 4008044 / 8008045 Telefax: 4008043 / Cumaná - Venezuela

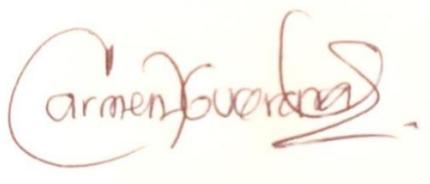
## Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso- 6/6

**Artículo 41 del REGLAMENTO DE TRABAJO DE PREGRADO (vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009) :** “los Trabajos de Grado son de la exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente, y sólo podrán ser utilizados para otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, quien deberá participarlo previamente al Consejo Universitario para su autorización”.



---

**Msc. Evelin Mago L**  
**Autor**



---

**Dra. Carmen Guevara**  
**Asesor**