

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
POSTGRADO EN CIENCIAS ADMINISTRATIVAS
MAESTRÍA EN GERENCIA EMPRESARIAL**



**ANÁLISIS DEL SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE
SALUD EN VENEZUELA**

Trabajo de Grado, presentado ante la Universidad Central de Venezuela, como requisito para optar al título de Magíster Scientiarum en Gerencia Empresarial

AUTOR: Prof. Gustavo Benítez P.
CI N° V- 3.943.837
TUTOR: Dr. Julio Corredor

Noviembre, 2009

Título del Trabajo

**ANÁLISIS DEL SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD DE
VENEZUELA**

Caracas, noviembre de 2009

Señores:

Comité Académico

Postgrado en Ciencias Administrativas

Presente.-

Atención: *Prof. ESMELIN GRATEROL*

Coordinador del Postgrado en Ciencias Administrativas

Yo, JULIO CORREDOR RUIZ, titular de la Cédula de Identidad N° 779.960, acepto ser el tutor del Trabajo de Grado titulado: “**ANÁLISIS DEL SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD EN VENEZUELA**”, elaborado por Médico **GUSTAVO BENÍTEZ** C.I. N° 3.943.837, ya que cumple con todos los requisitos metodológicos exigidos para optar al título de **Magíster Scientiarum en Gerencia Empresarial**.

Sin otro particular se reitera de usted,

Atentamente,

Prof. **JULIO CORREDOR**

CI.

Caracas, 17 de abril de 2009

Señores:

Comité Académico

Postgrado en Ciencias Administrativas

Presente.-

Atención: *Prof. ESMELIN GRATEROL*

Coordinador del Postgrado en Ciencias Administrativas

Yo, Prof. CARLOS ZAVARCE, titular de la Cédula de Identidad N° 5.007.655, profesor de la materia Seminario para la Elaboración del Trabajo de Grado, hago constar por medio de la presente, que el Proyecto presentado por el médico **GUSTAVO BENÍTEZ**, Cédula de Identidad N° 3.943.837, titulado: “**ANÁLISIS DEL SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD EN VENEZUELA**”, cumple con los requisitos metodológicos exigidos en el Seminario para su aprobación, para optar al título de Magíster Scientiarum en Gerencia Empresarial.

Sin otro particular se reitera de usted,

Atentamente,

Prof. Carlos Zavarce

CI.:

Caracas, 17 de abril de 2009

Señores

Comité Académico

Postgrado en Ciencias Administrativas

Presente.-

Atención: *Prof. ESMELIN GRATEROL*

Coordinador del Postgrado en Ciencias Administrativas

Por medio de la presente me dirijo a ustedes a fin de que sometan a la consideración y aprobación por el Comité Académico y las instancias universitarias competentes el Proyecto de Trabajo de Grado, titulado: “**ANÁLISIS DEL SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD EN VENEZUELA.**”, el cual es un requisito indispensable para optar al título de **Magíster Scientiarum en Gerencia Empresarial.**

Sin otro particular al cual referirme, se reitera de ustedes.

Atentamente,

Médico Gustavo Benítez

CI

Teléfonos:

Cel: 0416-630.14.68

Ofc. 606.78.41

Hab. 706.60.18

Correo: gbenitezp2007@yahoo.es, gbenitezp2009@gmail.com,

“Además de romper con las paredes entre las especialidades que enseña, la universidad debe también romper las paredes que separan lógica y sentimiento, conocimiento científico y propósito utópico”.

Cristovam Buarque.

La Universidad sin fronteras.

A

María Inés e Inés Belén

Wladimir y Mary

Por la valoración de un hecho,

y de lo que hicieron.

Agradecimientos:

En la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales

Al Dr. Julio Corredor el cual me puso en contacto con su equipo de gerencia empresarial del Postgrado de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales "FACES" de la Universidad Central de Venezuela de la cual era Director, y en diálogo evaluado en el Vice-rectorado Administrativo en una de sus múltiples comisiones, me propuso que gerenciar una Cátedra en la Facultad de Medicina es una situación paradigmática para los cambios venideros y así mismo hacer ver las condiciones del Hospital Universitario de Caracas y el Sistema Publico Nacional de Salud.

Al Profesor Esmelin Graterol por su interés y aliento en el curso de esta investigación. Agradezco profundamente las numerosas u útiles sugerencias que me hizo, tanto desde el punto de vista praxístico como metodológico. Fue el cirujano metodológico que necesito esta investigación y su abertura desde un punto de vista epistemológico.

Al Profesor Carlos Zavarce desde que me indico subir al sector en la materia: "Seminario en la Elaboración de Proyecto" hasta el "Seminario de Investigación de Trabajo de Grado" y llegar al Sistema Publico Nacional de Salud, intelectualmente me dejó conducir por su razonamiento durante una gran parte de la autopista e incluso cuando caminaba en otra dirección organizo varias veces el borrador para volver al camino.

A los Profesores María Josefina Mas, Rubén Tirado, José Manuel Villegas y Jean Ives Simon por haberme guiado en el camino nuevo de la gerencia y haberse interesado en todo momento por mi proyecto de investigación tan ajeno al mundo habitual de esta facultad. Para mi fue un gran privilegio poder trabajar con tan excelentes profesores.

Al Elsy Carrizo la gran gerente de todo este proyecto, mi deuda eterna.

En la Facultad de Medicina:

Al Dr. José Avilán Rovira corrector exhaustivo y metodológico que con una gran visión me explico el desarrollo sustentable del Sistema Nacional de Salud previos al gobierno actual.

Al Dr. Emigdio Balda gran amigo del camino, que me estimulo a iniciar y terminar este proyecto. Gracias por sus referencias bibliográficas.

A la Dra. Adela Colmenares gran colaboradora de la primera parte de este proyecto, motor vital del inicio de la investigación y del desarrollo de los sistemas nacionales de salud.

Equipo de Cátedra Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C"

Al Dr. Humberto Chacón, por la recolección y procesamiento de los datos estadísticos, así como en la bibliografía y diseño de láminas de Power Point.

A los Doctores Aquiles Sivero, Jorge Balzan, Daniel Castro por su ayuda expedita cada vez que les solicité ayuda en la finalización de este proyecto académico.

A los docentes de la Cátedra los cuales de una forma u otra pusieron su grano de arena en la consecución de este proyecto.

A Erika Monsalve, un millón de gracias, quien se encargó de digitalizar la segunda parte de este proyecto y la paciencia en la compilación bibliográfica del proyecto final según las normas APA.

A Nelson Ramírez encargado de las labores tácticas de desplazamiento, encuadernación y foliar este informe; así como su soporte logístico en las búsquedas de internet.

Equipo de Estudios Médicos Tomograf

Por la razón de ser a Luis Alberto y David, mil gracias por toda la colaboración del punto de vista praxístico y por sus aportes instrumentales.

INDICE GENERAL

CONTENIDO	Página (s)
INTRODUCCION	
CAPITULOS	
I.- El Problema de Investigación	
I.1. Planteamiento del Problema	I-1
I.2. Formulación del Problema	I-4
I.3. Objetivos General y Específicos.....	I-5
I.4. Justificación de la Investigación	I-6
II Marco Teórico	
2.1. Antecedentes de la Investigación	II- 8
2.2. Bases Teóricas de Contenido	II- 20
2.2.1. Gerencia en Salud	
2.2.1.1. Sistemas de Salud.....	II- 23
2.2.1.2. Estrategias de Gerencia Aplicadas al Área de Salud	II- 38
2.2.2. Sistema Público Nacional de Salud en Venezuela.....	II- 47
2.3. Bases Legales	
2.3.1. El Derecho a la Salud en la Constitución Bolivariana.....	II- 70
2.3.2. El Sistema Público Nacional de Salud en la Constitución Bolivariana.....	II- 70

2.3.3. Derecho a la Salud y Calidad de Vida en la Constitución Bolivariana.....	II- 71
III Marco Metodológico	
3.1. Tipo y Nivel de Investigación.....	III-74
3.2. Diseño de Investigación	III-74
3.3. Instrumentos de Recolección de Datos y Presentación de Resultados	III-76
3.4. Abordaje Epistemológico de la Investigación	III-78
IV Análisis	IV129
BIBLIOGRAFIA	134
GLOSARIO	141

ÍNDICE DE GRAFICOS

Nº Gráfico	Página (s)
1-2. Consultas Barrio Adentro I.....	102
3. Programa Anual de Inmunizaciones. Inversión Anual. (1998-2008). Millones de Bolívares Fuertes.	104
4. Pacientes con HIV/SIDA que reciben terapia antirretroviral. Venezuela (1999-2007).....	107
5. Población beneficiaria del Programa Alimentación Escolar (PAE).....	110
6. Venezuela. Índice de Prevalencia de Subnutrición	110

ÍNDICE DE FIGURAS

Nº Figuras	Página (s)
1. Plan Nacional de Salud. Venezuela 2008-2013-2018. Espacios de Determinación de la Situación de Salud y Calidad de Vida.....	112
2. Plan Nacional de Salud. Venezuela 2008-2013-2018. Áreas Estratégicas de Intervención.....	114

ÍNDICE DE TABLAS

Nº Tabla	Página (s)
1. Resumen general de la intervención de Barrio Adentro III.....	94
2. Obras a iniciar. Programa Barrio Adentro IV (1ra. Fase).....	95
3. Establecimientos de salud y equipos de Barrio Adentro. Periodo: abril 2003–octubre 2008.....	96
4. Indicadores Misión Barrio Adentro (Acumulado 2008)	100
5. Vacunas /Nº de Dosis/ Año.....	106
6. Venezuela. Producción nacional de alimentos seleccionados. (1997 y 2007)	108
7. Venezuela. Redes sociales de distribución de alimentos. Octubre 2008....	109
8. Metas: Nueva Institucionalidad.....	115
9. Metas: Condiciones Promotoras de Calidad de Condiciones Promotoras de Calidad de Vida y Salud.....	120
10. Metas: Participación Protagónica y Poder Popular en Salud.....	126

ÍNDICE DE CUADROS

Nº Cuadros	Página (s)
1. Hernández R. Sampieri; Fernández Collado C; Baptista Lucio. Metodología de la Investigación. 2. Fundamentos de la Metodología de Investigación.....	79
2. Méndez Álvarez Carlos Eduardo (Metodología).....	80
3. Arias Fidas G. (El proyecto de investigación).....	81
4. Balestrini Miriam (Como se elabora un proyecto de investigación) (Metodología).....	82
5. El Sistema Público Nacional de Salud en la Constitución Bolivariana.....	87
6. Directrices del Plan Simón Bolívar 2007 – 2013.....	89

INTRODUCCION

La República Bolivariana de Venezuela es un país con un sistema de salud que por lo general ha carecido de la excelencia que merecen los venezolanos, en múltiples oportunidades se ha creído encontrar la panacea para la salud pública, sin que los cambios a veces fundamentales que se han realizado, sirvan para crear un sistema sanitario más eficiente. Debido a esto, nuestro país suscribió en el año 1978 la Declaración de Alma Ata, en la entonces Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), donde se llevó a cabo la primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, en la cual se proclamó la premisa de “Salud Para Todos en el Año 2000”, en base a la que todos los países de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se comprometieron a reforzar la atención primaria y con ella la salud preventiva, para alcanzar en esa fecha la más soberbia y ambiciosa meta de salud mundial hasta la fecha.

Llegado el milenio, el mundo se vio obligado a reconocer que la meta en salud no pudo ser cumplida, y que hacían falta más que buenas intenciones para lograrla. El mundo atravesó en poco menos de un cuarto de siglo, por muchos cambios político-sociales que centraron la atención de los más poderosos países en los sistemas políticos, con la caída del Muro de Berlín y la desintegración de la Unión Soviética, y pese a las advertencias de la OMS previa llegada del milenio, las sociedades desarrolladas y subdesarrolladas no pudieron hacerse cargo del cumplimiento de la olvidada premisa. Por el contrario, los pocos pasos que se dieron en el sector salud, en el escenario de referencia de la América Latina, se dieron en base a la centralización de los servicios de salud, que tenían una gran desorganización, para posteriormente comenzar un largo proceso de descentralización en los años noventa, que tuvo resultados más o menos discutibles.

Refiriéndonos a la realidad más cercana, hay que mencionar a Latinoamérica, en la que luego de casi 20 años de gobiernos que contaron con poca solvencia para resolver muchos problemas de la población, con un creciente descontento popular por muchos motivos, incluyendo entre los más importantes el problema de la salud, se gestaron en los sectores populares amplios movimientos que condujeron finalmente a la ascensión al poder de gobiernos de ideología socialista; corriente que inició la República Bolivariana de Venezuela poco a poco ha invadido a toda América Latina.

El gobierno venezolano, en un amplio intento por rescatar la salud, amén de contar con mayor proyección en el apoyo popular, ha promulgado una nueva Ley Orgánica de Salud, mas inclusiva y participativa, que brinda un marco legal al ambicioso proyecto que se dio en llamar Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), que abarca una serie de programas y políticas destinadas a englobar la salud de los venezolanos en un amplio sistema de Seguridad Social, dando significado a la definición de salud como un estado de bienestar biológico, psicológico y social del hombre, que le permite relacionarse con su entorno de la mejor manera.

Pese a que se ha discutido en la Asamblea Nacional la nueva Ley de Salud en múltiples oportunidades, estimándose costos de implantación del SPNS y sus diversas fases, así como los organismos participantes, no es susceptible de estudio en toda su extensión y de manera objetiva, ya que existe un marcado hermetismo en cuanto a los adelantos que en este sentido ha conseguido el Gobierno nacional, y salvo ciertas comunicaciones oficiales, resulta en extremo difícil obtener información al respecto. No se cuenta con material objetivo, y las diversas opiniones en pro y en contra, suelen estar cargadas de matices políticos según la tendencia del crítico que las expone.

Por todo lo anterior, y debido a la enorme importancia que reviste un cambio en el sistema sanitario nacional, se pretende mediante esta investigación, estudiar la factibilidad de implantar el SPNS en Venezuela; para este fin, resulta imprescindible el estudio del estado actual, avances o progresos en este sentido, así como una revisión exhaustiva de la información que al respecto está disponible en las diversas fuentes nacionales, y de los

ensayos gerenciales de administración sanitaria en el mundo, con especial hincapié en América Latina, por el común pasado de pueblo sometido y colonizado y los diferentes modelos ideológicos bajo los cuales se implementan los cambios políticos en nuestro continente.

El objetivo es dar respuesta a la interrogante que permita elaborar expectativas reales sobre el ambicioso plan de salud, y que de resultar factible, se puedan articular fuerzas para lograr que el Hospital Universitario de Caracas se incluya en el nivel terciario del sistema con referencias que incluyan toda la red ambulatoria. En caso contrario, esta investigación sería precursora de las soluciones futuras para lograr el máximo cumplimiento de los aspectos que recogen el espíritu de inclusión, solidaridad y participación que define a esta nueva sociedad de cara a la salud pública del siglo XXI.

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN ^(3,4,7,9,10,11)

1.1. Planteamiento del Problema ⁽³¹⁾

Desde hace varios años se han venido identificando múltiples fallas en el Sistema Público Nacional de Salud, que afectan directamente la Salud de la población. Estas fallas cada vez más evidentes, son comunes a la mayoría de los países de América Latina, donde los servicios públicos de salud tienen baja eficacia, con una demanda cada vez mayor y con cada vez más grandes exigencias de parte de los usuarios; con graves problemas de epidemias recurrentes, tiempo de espera indefinido por atención médica, precariedad en la atención de emergencias, insuficiencia en especialidades médicas y paramédicas, etc.

Las reformas económicas durante las décadas de los ochenta y noventa en la mayoría de los países del mundo, no sólo no trajeron consigo el progreso esperado, sino que durante este período aumentó la pobreza, empeoró la distribución del ingreso y se acrecentó la diferencia entre ricos y pobres. Sólo en América Latina el nivel de pobreza aumentó desde 35% a 41%, acrecentándose el número de pobres de 136 millones en 1980 a 200 millones en 1990. Es notable que la mayoría de estos nuevos pobres se ubicaran en zonas urbanas.

3. Alfonso Illis M.(1999): Técnica de Investigación Bibliográfica. Caracas- Venezuela. Contexto Editores. Octava Edición.

4. American Psychological Association (1994). Publication. Publication Manual of the American Psychological Association. USA. APA, Fourth Edition.

7. Arias Fidias G. (1999). El proyecto de investigación. (3^{er} Ed.) Caracas Episteme.

9. Balestrini, Mirian (2006): Cómo se elabora el Proyecto de Investigación (Para los Estudios Formulativos o Exploratorios, Descriptivos, Diagnósticos, Evaluativos; Formulación de Hipótesis Causables Experimentales y los Proyectos Factibles). Caracas, BL Consultores Asociados Servicio Editorial 1997. Séptima Edición, Mayo 2006. Impreso por Editorial Texto Caracas.

10. Balestrini M. Lares A. (2008): Metodología para la Elaboración de Informes (Modalidades, Estructuras, Cuestiones Gramaticales y Redacción). Caracas, BL. Consultores Asociados Servicio Editorial, Cuarta Reimpresión.

11. Barrios Yaselli M., Gutiérrez L. Becerral, Vásquez E, Orellana D.(2008): Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales. Caracas, Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Fondo Editorial Libertador. [FEDUPEL] 4° Edición. 2006. Reimpresión.

31. La Salud en las Américas.2007.Volumen I y II – Regiones. / Países: Venezuela. Organización Panamericana de la Salud.

<http://www.paho.org>. Obtenido de Internet.

En la actualidad, alrededor de un tercio de la población latinoamericana no puede acceder a los servicios de salud, y aquellos que no cuentan con un seguro de salud público o privado, constituyen una abrumadora mayoría.

Venezuela con inicios rurales, una población que hasta mediados del siglo pasado era en su mayor parte analfabeta, y dentro del contexto latinoamericano, no escapa a esa realidad, puesto que la salud en nuestro país ha visto muchos ciclos de centralización, descentralización que lejos de resolver el problema sanitario antes enunciado, lo han intensificado. Existe una capacidad minusválida de dar respuesta integral e integrada de los servicios de salud, que se encuentran dispersos en varias instituciones, la mayoría de ellos sin unidad de mando, sin gerencia ni jerarquía establecida, y peor aún, sin relación con otras instituciones que incrementen su oferta multidisciplinaria de servicios, y que abarque varios sectores interconectados para dar respuestas a todos los ámbitos en los que se desenvuelve el ser humano, lo cual, impide a dichos servicios sanitarios el dar una respuesta coherente y concatenada con el concepto de salud total.

Por ello, se hace necesario un análisis concienzudo de los sistemas de salud, las políticas que los produjeron, equivocadas o no, y las consecuencias de las mismas en las sociedades a las que sirven. En el mismo orden de ideas, es perentorio el análisis descarnado de dichos sistemas sanitarios nacionales en cuanto a la oferta de servicios, la revisión de sus capacidades potenciales, así como la creación y aplicación de un sistema rector nacional, regional y municipal que permita crear enlaces entre muchos servicios prestadores de salud, además de ser adaptado al nivel de cada centro de salud, en virtud de maximizar la calidad de la atención, haciendo frente al compromiso real de los entes rectores de la salud para con las necesidades de los pacientes.

En este sentido, es sumamente importante redefinir las políticas de salud destinadas a la resolución de los problemas en esta materia que enfrenta la población, en atención a lo cual se debe concebir la prestación de servicios de salud, no como un catálogo de servicios y productos a los que un ciudadano tiene derecho; sino como una política sanitaria donde los servicios se perciban como un bien y un derecho social; dando lugar a un sistema de salud universal,

incluyente, orientado a la protección de la salud bio-psico-social, basado en la solidaridad, y garante de un acceso equitativo a los servicios de atención médica.

Por todo lo anterior, se plantea el estudio de la nueva Ley de Salud, el advenimiento de un nuevo y ambicioso Sistema Sanitario, que se ha bautizado como Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), que constituye per se en una vuelta a la centralización que signó los años ochenta y principio de los noventa en más de 17 estados de Venezuela, (con resultados regulares, deficientes o peores) y que abarca una serie de ámbitos sociales, culturales, comunitarios, etc., con la inclusión y la participación como bandera, en el que se propone un análisis prospectivo que permita su evaluación mediante indicadores de gestión, con el fin de hacerlo perfectible y aplicable no sólo en la teoría, sino en la práctica, para el beneficio de nuestra sociedad en su conjunto.

En base a esto, se destaca la ausencia de información que existe al respecto del SPNS, al hermetismo con que el Estado protege los resultados que hasta ahora se han producido, con la prerrogativa del manejo exclusivo y posible manipulación de dichos resultados. Esto le hace un flaco servicio a la salud nacional, puesto que la apertura de los datos a todos los agentes dispuestos a su estudio, más que someterlos a vilipendio o escarnio, puede dar con soluciones y nuevas perspectivas emitidas por expertos en diversas áreas, que posiblemente no hayan participado en la elaboración de este proyecto; es importante ofrecer la información a personal técnico de amplia trayectoria en todas las áreas involucradas, con el fin de someter los datos a todos los estudios necesarios para asegurar el éxito del SPNS. Es notable que los pocos datos que existen al respecto no sean reproducibles, y tampoco son susceptibles de estudio.

Es por esto que esta investigación se basa en el análisis concienzudo de la información disponible, invocando la factibilidad económica y social con el fin de conocer los retos a los que se verá sometido este plan de salud. De este modo, resulta imprescindible el manejo del concepto empresarial de factibilidad aplicado al Sistema Público Nacional de Salud como la herramienta fundamental de prestación de servicios sanitarios en el ámbito de todo el país,

mediante la unificación de todos los servicios públicos de salud, en un sistema único y capaz, multidisciplinario y preventivo, que permita el cumplimiento de las olvidadas metas sanitarias que colocarían a nuestro país a la vanguardia de la salud en toda América Latina.

Dicho proyecto debe poder evaluarse y contar con una serie de indicadores que permitan su perfeccionamiento y nuevos enfoques de políticas y programas que logren la meta de salud para todos los venezolanos en los próximos años, así como la prevención de todas las enfermedades crónicas mediante la aplicación de la vigilancia epidemiológica de rigor.

1.2. Formulación del Problema

¿Cuál es la estructura del Sistema Público Nacional de Salud en el marco de la Ley Orgánica de Salud promulgada en el año 1999?

¿Existen suficientes y objetivas fuentes de información sobre el avance de la implementación del SPNS en Venezuela? ¿En qué fase se encuentra la implementación del SPNS en Venezuela?

¿Bajo qué modelo de gerencia de los conocidos, se desarrolla el SPNS?

¿Es factible la consolidación del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) como el único sistema prestador de servicios públicos de Salud en Venezuela?

¿Es posible medir mediante indicadores la eficacia del SPNS en el estado sanitario de la población venezolana?

¿Qué críticas constructivas o qué aportes se le pueden dar a la ejecución del SPNS?

1.3. Objetivos

Objetivo General:

Diagnosticar estratégicamente el Sistema Público Nacional de Salud en Venezuela para proponer acciones conducentes a su mejoramiento. ⁽²¹⁾

Objetivos Específicos.

1.- Analizar los fundamentos teóricos que configuran el Sistema Público Nacional de Salud.

2.- Identificar las políticas de salud vigentes en Venezuela y los factores históricos sociales, políticos y culturales que han llevado a la situación de salud actual.

3.- Clasificar los datos operativos y estadísticos manejados por el Ministerio del Poder Popular para la Salud y el Desarrollo Social (MPPSDS) sobre la Salud en Venezuela.

4.- Analizar la estructura y funcionamiento del Sistema Público Nacional de Salud, y su aplicabilidad en el país.

21. Corredor Julio (2004): La Planificación, Nuevos enfoques y Proposiciones para su aplicación en el siglo XXI. Caracas, Venezuela. Vadell hermanos Editores C.A. 1° Edición, Agosto 2004. Impresión: Editorial Arte, S.A.-Caracas, Venezuela.

1.4. Justificación de la Investigación

Después del decreto de elaboración del Sistema Público Nacional de Salud en el año 1999, se han producido múltiples discusiones sobre su implementación, en muchos casos politizadas, tanto a favor como en contra, tildándolo de ambicioso, soñador en el mejor de los casos, pero en muchas ocasiones imposible de darle cumplimiento debido a la amplia gama de áreas que comprende, y la enorme dificultad de abarcarlas todas; lo cual resultaría poco menos que improbable de no reformarse todos los sistemas sociales.

Esta investigación nace como un intento de conocer y estudiar la estructura general del muy discutido Sistema Público Nacional de Salud analizar y evaluar el verdadero alcance de su implantación, la cual ha generado muy amplias expectativas que no han sido ni serán fáciles de cumplir debido a las múltiples implicaciones que tiene en cuanto a las instituciones involucradas, al presupuesto que se maneja, y a la diversidad de actores (expertos o no) que implica dicha implementación. En este sentido, algunos estudiosos de la materia apuntan al fracaso del mismo, o en todo caso, a que muchos de los objetivos planteados no se puedan cumplir, ya que la consumación de dicho sistema entraña una serie de cambios socio-político-económico-culturales que no estarían contemplados, o no se han tomado en cuenta en toda su extensión, o simplemente se dan por hechos, al no estar apoyados por un estudio de las bases más allá de las medidas populistas que se implantan con el fin de mantener la aceptación de una población desfavorecida y maleable políticamente que no tiene disposición alguna a la adopción de medidas impopulares, por muy benéficas que sean para toda la sociedad.

Es notoria la muy escasa cantidad de material y de estudios previos que existen para la consulta por los conocedores tradicionales del área de salud, (pese a la gran cobertura mediática y política que se la ha dado al tema), resultando en un vacío de información que supone un reto aún mayor para la elaboración de esta investigación, con la cual se espera sentar un precedente informativo disponible para cualquier persona que requiera su consulta, ante la inusitada reserva de los datos existentes al respecto. Al parecer sólo a los representantes del Estado se le ha facilitado el acceso a la información que se desprende del SPNS, y son ellos quienes han hecho públicos algunos datos, que son imposibles de constatar dado el gran hermetismo que impera en la obtención de los mismos por observadores neutrales.

De esta manera, emerge la necesidad de dar respuesta efectiva a las interrogantes que surgen en torno al Sistema Público Nacional de Salud, a su concepción, planeamiento, implementación y evaluación, con el fin conocer sus fortalezas, sus fallas, y sus áreas susceptibles de perfeccionamiento para así aportar ideas que garanticen una óptima prestación de servicios de salud a

todos los venezolanos, en el espíritu de participación e inclusión de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO (14, 15, 16,17, 27,28, 39, 47,49,54,55,56,57)

2.1. Antecedentes de la Investigación (22,41)

La cristalización del sistema democrático venezolano se produce con la promulgación de la Constitución Nacional promulgada el 23 de enero de 1961 en la cual se consagra por primera vez en la historia de nuestro país, aunque con ciertas limitaciones, el derecho a la salud por parte de la población y el papel del Estado en esta materia.

Para ese momento, ya la atención a la salud se había constituido en una responsabilidad del Estado, desde 1936, año en el cual se separan las funciones de sanidad pública de las de agricultura y cría, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) era el responsable. Y es en su seno en

donde mayoritariamente se desarrollan las actividades de investigación en salud pública durante este período de consolidación institucional.

El MSAS se comporta como una “dependencia” de los gobiernos de turno, los cuales a su vez parecen responder con sus acciones a las orientaciones de políticas predominantes en cada momento.

-
14. Blaxter Loraine, Hughes Christina, Tight Malcon (2004): *Cómo se hace una investigación*. México, Gedisa Editorial. Primera reimpresión, México: 2004. Impreso en litografía Ingramex S. A.
 15. Briones, Guillermo (2006): *Método y Técnica de Investigación para las Ciencias Sociales*. 4° Edición, México, Editorial Trillas 2003. Reimpresión 2006. Se imprimió en Rodefi Impresiones: México DF.
 16. Bunge Mario (1978): *La Ciencia, Su Método y Su Filosofía*. BsAs: Argentina. Ediciones Siglo Veinte.
 17. Cerda, G. Hugo (2005): *Los Elementos de la Investigación, como reconocerlos, diseñarlos y construirlos*. 2° Edición (1995) Reimpresión 2005. Editorial “El Buho Ltda”, Bogotá: Colombia.
 27. Hernández Sampieri R., Fernández Callado C., Baptista Lucio P.(2007): *Fundamentos de la Metodología en la Investigación*. MacGraw Hill-Interamericana de España. 2007. Impreso en Madrid - España.
 28. Hernández Sampieri R., Fernández Collado C., Baptista Lucio P.(2007): *Metodología de la Investigación*. MagGraw Hill-Interamericana Editores S.A. 4° Edición. Impreso en Mexico: D.Fed.- Julio.
 39. Méndez A. Carlos E (2007): *Metodología (Diseño y Desarrollo del Proceso de Investigación, con Énfasis en Ciencias Empresariales)*. Bogotá: Limusa, 2006. Cuarta Edición. Octubre 2007. Colombia. Limusa: Noriega Editores.
 47. Sabino Carlos (2007): *Cómo hacer una tesis y elaborar todo tipo de escritos*. Caracas. Editorial Panapo de Venezuela, C.A.- Impresión: Corporación Marca C.A.- Caracas.
 49. Sierra B., Restituto (2005): *Tesis Doctorales y Trabajos de Investigación Científica – Metodología General de su Elaboración y Documentación*. 5° Edición, 4ª Reimpresión. España. Thomson Editores, España.
 22. *Documentos que hicieron historia (1990): Vida Republicana de Venezuela 1810- 1989*. T1. Caracas: Ediciones de la Presidencia de la República. 364.

En ese sentido, el afán modernizador de los gobiernos de Eleazar López Contreras e Isaías Medina Angarita, así como el importante impulso dado a la lucha contra las endemias rurales durante la dictadura del general Marcos Pérez Jiménez parecieron responder, tanto como en otras regiones del mundo.

A las directrices impuestas por las transnacionales petroleras que exigían el saneamiento ambiental como condición para la realización de su trabajo en los países que eran afectados por dichas endemias.

Debe destacarse que a finales del período de la dictadura de Juan Vicente Gómez, había una población estimada en tres millones de habitantes, anualmente se registraba cerca de un millón de casos de paludismo, y por diversos medios se reclamaba por la necesidad de “un hombre sano como condición para el desarrollo.”

El Dr. Julio García Álvarez, en su prólogo del libro del Dr. *Germán Vegas* “La Higiene y el Derecho en Venezuela” editado en 1942, ya para el momento señalaba: “... si en algunos Reglamentos se ha observado el teoricismo y la

inadaptabilidad, culpa es del hábito tan arraigado de copiar leyes de países disímiles, sin pensar en nuestras costumbres y extensión territorial, motivo por el cual muchas de las disposiciones sanitarias sólo son aplicables en Caracas”. Esto revela la actitud crítica de algunos actores de ese momento ante la falta de correspondencia entre las políticas de salud, la legislación y una realidad sanitaria nacional con características propias.

41. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (1961): Dirección General. Políticas para transformar el Sector Salud. Caracas: P54.

54. Zavarce Carlos: / Material de apoyo/ Proyecto de Investigación. PPT.

Disponible: http://es.groups.yahoo.com/group/stg-ucv_0108/files/material%20De%20apoyo/proyecto%20d%20investigacion%80%Ag%D3.PP

55. Zavarce Carlos: Material de Apoyo/ Seminario UCV tg. Doc.

Disponible: <http://es.groups.yahoo.com/Apoyo/Proyecto%AG%D3PPT>.

Consultado: 2 de abril de 2008.

56. Derecho a la Salud

Disponible: <http://www.Derechos.org.ve/Publicaciones/infoanual/2003-2004/SaludPdf>

57. Graterol Esmelin <esmelingg@hotmail.com (11) Once Archivos Adjuntos.

<http://es.mg40.mail.yahoo.com/dc/launch?.gx=1&.rand=abq4aa2eqauiif>

Esto se daba en un contexto en el cual, ni la Ley de Ministerios, ni la de Sanidad Nacional vigentes para la fecha, asignaban responsabilidades al MSAS, de reciente creación, en el área de la investigación en salud.⁽²³⁾

En las siguientes dos décadas, el desarrollo propugnado por los organismos internacionales, se comporta como paradigma hegemónico en la formulación de las políticas nacionales de salud para muchos países de la esfera occidental en el marco de la Guerra Fría. Para 1961, en sintonía con la Alianza para el Progreso, la campaña antimalárica comandada por el gran sanitarista venezolano, Dr. Arnoldo Gabaldón, y el Programa de Vivienda Rural en la lucha contra el mal de Chagas, van a concentrar los esfuerzos operativos y de investigación.⁽²⁴⁾

En relación con el Programa de Erradicación de la Malaria “...El IX Informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicado en 1961, presenta datos de los que se desprende que el área de malaria erradicada en Venezuela para 1960 (el 70 % del territorio), es más del triple del área de malaria erradicada del resto de los países de América Latina.”⁽²⁴⁾

Venezuela se coloca a la vanguardia, y deviene en referencia académica internacional, aportando desde la “Escuela Internacional de Malariología” numerosos técnicos que se van a incorporar a la lucha contra este flagelo en todo el mundo. En contraste con lo ocurrido en décadas anteriores, el Estado a

través del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social asume grandes responsabilidades en la investigación en salud pública como base para los diferentes programas de combate a las endemias rurales que desarrolla.

23. Evans, R., Albornoz, R. (1994): Principios de Epidemiología Moderna. Ediciones de la Biblioteca de la Universidad Central de Venezuela. Caracas.

24. Gabaldón A. (1965): Una Política Sanitaria. Caracas: Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social

Además la nación se pone a tono con lo que en diciembre de 1961 la Asamblea General de las Naciones Unidas ha designado como “El Decenio de las Naciones Unidas para el Desarrollo” (Resolución 1710). A comienzos del año 1962 cerca de 65 países a nivel mundial están ejecutando o iniciando programas destinados a lograr el Desarrollo de la Comunidad.

En relación con la justificación de las políticas de salud del Estado venezolano y su correspondencia con lo que se hacía para el momento a nivel internacional, el Dr. Arnoldo Gabaldón en la memoria y cuenta correspondiente a 1961 señalaba que en Punta del Este (reunión de carácter regional en la cual había participado Venezuela), “...se reconoció que la salud no es solamente deseable por sí misma, como un fin, sino que es también un medio indispensable para el logro de los planes de crecimiento económico y progreso general de la población”. Parece querer destacar aquí el grado de sintonía en que se encuentra Venezuela respecto al concierto de las naciones en el marco de la llamada Alianza para el Progreso que se encontraba en marcha.

La actividad de las transnacionales petroleras marcaba la pauta. Una clara evidencia de esto lo constituye el hecho de que los programas de control de malaria, fiebre amarilla y peste estuvieron fuertemente apoyados técnica y financieramente por la Fundación Rockefeller, ente estrechamente vinculado a la EXXON (transnacional petrolera).

Inscrito en esta tendencia, el Plan Decenal de Salud para las Américas producto de la III Reunión de Ministros de Salud (1970) indica: “Conseguir, iniciar y perfeccionar durante la década 70-80, procesos para definir y ejecutar

políticas y estrategias de salud, incorporadas al desarrollo económico y social”. El desarrollismo marca la pauta, en tiempos en los cuales la investigación positivista y el paradigma de la “Historia Natural de la Enfermedad” dominan la escena, prevaleciendo la idea de que el abordaje mecanicista de los problemas de salud es garantía de éxito.

El instrumentalismo positivista parece ser el fondo cognitivo o epistemológico en el cual el desarrollismo despliega su orientación y sus acciones. La esperanza puesta en soluciones importadas y trasplantadas se corresponde con la ilusión de reparar máquinas con la sustitución de piezas mecánicas, independientemente de que hayan o no sido diseñadas a partir de diagnósticos propios. El caso del Programa de Vivienda Rural en la lucha contra el mal de Chagas, y del Programa de Erradicación de la Malaria, resultan patéticos a la luz de los contradictorios resultados que se evidenciarán más adelante en la historia de Venezuela, tal como lo señalaba García Álvarez ya en 1942. En los albores de una situación de crisis del sistema capitalista a nivel mundial impulsado por la situación petrolera en el Medio Oriente, se pueden apreciar algunos reacomodos y movimientos estratégicos que tocarán a fondo el campo de la salud, donde los resultados del desarrollismo eran pírricos.

Para 1978 la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud reunida en Alma-Ata (antigua Unión Soviética, URSS) entre sus consideraciones expresaba : “La grave desigualdad existente en el estado de salud de la Población, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto motivo de preocupación común para todos los países.” ⁽⁴²⁾

Venezuela, contrariamente a lo que pudiera pensarse, y dadas sus condiciones económicas de bonanza petrolera, no escapaba a la caracterización de Alma-Ata. El reparto social de los beneficios en el marco de “La Gran Venezuela” del Presidente Carlos Andrés Pérez, (1973-1978), tuvo la “virtud” de profundizar las desigualdades sociales ya existentes en el país.

En el marco del Consenso de Washington de 1980, y en consonancia con las recomendaciones del grupo Trilateral (1978), los organismos multilaterales promovieron en la mayoría de los países latinoamericanos procesos de reforma de los Estados y economías para promover el crecimiento económico y reducir la pobreza. Estas reformas se sustentaron en la liberalización de los mercados y el sector financiero, la reducción del tamaño y funciones del Estado mediante procesos de privatización de empresas públicas, y en la apertura del sector servicios a la racionalidad del mercado, incluyendo salud.

La década de los ochenta del pasado siglo ha sido denominada por muchos analistas como “la década perdida de América Latina”, debido a la severa recesión que las economías de los países del área experimentaron en esos años. En Venezuela, a pesar del ingreso petrolero, se inicia una situación caracterizada por una economía en que la renta proveniente del petróleo parece ya no ser suficiente para responder a las necesidades de la población, entre otras la salud.⁽¹⁸⁾

En lo relativo a los presupuestos del sector salud la Comisión Presidencial para la Reforma del Estado (COPRE) destaca que “...el devenir del gasto público per cápita en salud en Venezuela (a precios de 1968); en 1968 fue de Bs. 264,73 y para 1985 fue de Bs. 187,27 siendo la disminución de poco menos del 30 %”.

18. Comisión Presidencial para la Reforma del Estado (COPRE) (1989): Una política social para la afirmación de la democracia. V8. Caracas: Editorial Arte.

Esto parece mostrar como los cambios ocurridos en la situación económica fueron acompañados por restricciones en los gastos sociales del Estado (entre otros la salud). “Así mismo disminuye la proporción del presupuesto nacional asignada al MSAS, la misma fue de 8,3 % en 1971, y para 1986 se encontraba en 5,2 %, la más baja de toda su historia hasta ese momento”. Estos datos son corroborados por el informe de la Consejo Nacional para Supervisión y Seguimiento de los Programas Sociales (CONASSEPS), en el cual se muestra como la tendencia seguirá acentuándose hasta 1994, cuando el porcentaje se ubicaría en el 5,7 %, luego de haberse mantenido entre 7,7 y 7,8 % desde 1989 hasta 1993. Los presupuestos para la investigación en salud son arrastrados en este proceso y los resultados se van a reflejar indefectiblemente en las estadísticas de salud-enfermedad. ⁽¹⁹⁾

Los años ochenta del siglo XX fueron decisivos en el derrumbe del modelo rentista que había permitido financiar el acceso universal de la población a servicios como salud y educación. Al asumir Carlos Andrés Pérez su segunda presidencia a finales de esta década, la situación económica se encontraba en franco deterioro. El gobierno propone un cambio profundo en la orientación de las políticas económicas del Estado venezolano, en lo que denomina “el gran viraje.”

Esto ponía a Venezuela en sintonía con una nueva tendencia, que surge para dar respuestas a la crisis internacional en el plano económico. Una tendencia económica que dio en llamarse monetarismo, propugnado por los organismos financieros internacionales, Fondo Monetario Internacional (FMI), y Banco Mundial (BM), exigió la reinstauración del Mercado en lugar del Estado como principal regulador del juego económico y de toda la actividad social, incluida la salud.

19. Consejo Nacional para Supervisión y Seguimiento de los Programas Sociales (CONASSEPS) (1994): Seguimiento de la ejecución física de los programas sociales compensatorios. Caracas: CONASSEPS.

Esta tendencia, mejor conocida como neoliberalismo se hizo rápidamente prevalente a nivel mundial, y pasa a ser orientación fundamental e ineludible de las políticas de los gobiernos a partir de ese momento.

En el paso de los ochenta a los noventa en el sector de la salud, la variación negativa de los servicios prestados muestra que las consultas curativas disminuyeron en el 21,1 %, las consultas odontológicas en el 48,2 %, las inspecciones sanitarias en el 64,4 % y las de servicio social en el 61,1 %. La participación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social en los gastos del sector público en salud, bajó de 47 % en 1983 a 41 % en 1990. El número de camas hospitalarias pasa de 2,74 por mil habitantes en 1985 a 2,61 por mil en 1992.

Los años de 1985 a 1992 fueron de retorno a enfermedades que no se presentaban antes (cólera), o de nuevos brotes de dolencias ausentes por muchos años (dengue), y el repunte de algunas que se consideraban prácticamente erradicadas (malaria). El paludismo (malaria), registró 12 242 casos nuevos en 1984, 13 311 en 1985, cerca de 20 000 en 1988, y más de 24 000 en 1990. La División de Salud Oral del MSAS refiere una prevalencia de caries dental en la población escolar del 68 %, y en los grupos de mayores de 15 años, del 90 % durante los años 84 y 85. “El porcentaje de niños con bajo peso al nacer aumentó del 12 % en 1988 al 16 % en 1990.” Venezuela parece encontrarse en una situación que los sanitaristas llamarían de retroceso epidemiológico. En contraste con la transición epidemiológica prevista, aumentan las enfermedades modernas, y también las del atraso.

Por citar un caso, el Informe del Banco Mundial sobre la situación de salud de las Américas para 1992 reseña que: “...El gasto en los programas de lucha contra las endemias en la región bajó de US\$ 70,1 millones en 1985 a US\$ 68,3 millones en 1991; cuando el número de casos de malaria pasó de 8.400 en 1983, a 46.910 en 1990.

Durante 1991 y 1992 las tasas de mortalidad en menores de cinco años se mantuvieron estables (25,1 y 25,2 por mil nacidos vivos respectivamente). En 1993 esa tasa sube a 28,9. Las razones que se dan son los efectos negativos de la recesión económica sobre las condiciones de vida.” Se destaca: “Según la OCEI el Índice General de Precios al Consumidor se incrementó, entre diciembre de 1992 y enero de 1993, en un 3,3 %, y el renglón que más aumentó fue el correspondiente a la salud, el cual presentó un

incremento de 5,8 %...” En un escenario en que el 43 % del presupuesto de la nación se consume en servicio y pago de la deuda externa, el gasto público va deprimiéndose progresivamente, sin que se vislumbre mejoría. La eficiencia en el gasto público y la eficacia en el pago de la deuda externa aparecen asociados fuertemente en este período, en lo que es caracterizado como la fórmula del Dr. Caldera. El Programa Económico del gobierno del Presidente Caldera se concreta en la denominada “Agenda Venezuela.”

Se puede encontrar en las declaraciones y actuaciones del Gobierno la aceleración de una tendencia en la que los términos participación y privatización se van complementando cada vez más.

La investigación en salud, y sobre todo la orientación y formación de los cuadros medios del sistema enfatiza en la gerencia como solución ante la crisis de los servicios. El descrédito de lo público a favor de lo privado es defendido como la fórmula mágica. La investigación y desarrollo de Nuevos Modelos de Gestión domina el discurso y la acción. El instrumentalismo alcanza niveles históricos, se busca la eficiencia sin importar la eficacia o los resultados. Los años 90 marcan un hito en la historia de la salud pública en Venezuela, dado que, su condición de bien público no sólo es puesta en discusión y minimizada al extremo, sino que además la transmutación de la salud en mercancía negociable en el mercado pone en duda la vigencia y pertinencia del derecho a la salud y de lo público en general. El culto al individualismo en sus diferentes manifestaciones empuja a la sociedad venezolana hacia la posmodernidad, paradójicamente sin haberse desarrollado como sociedad moderna.

La investigación en salud pública pierde sentido, es impertinente en un escenario en el que lo público va desapareciendo.

Las salidas parecen restringidas. La privatización es una práctica que se da en el sector con mayor regularidad, hasta ahora no como una política clara y expresa del Gobierno Nacional. “El discurso dominante del sector público es el de la gerencia como solución, el requisito es que esta debe ser de carácter privado.” En los inicios del segundo gobierno del Dr. Caldera, el Ministro de Sanidad, Dr. Carlos Walter declaraba que los hospitales deberán buscar otras

fuentes de financiamiento que alivien la carga del Estado y a la vez garanticen un mejoramiento en la prestación de los servicios (...). El ex-ministro de sanidad, Dr. Pulido, apoyando las declaraciones del Dr. Walter señaló que el Estado no puede soportar por sí sólo los costos de salud (...) la comunidad debe ejercer un papel activo, sin que por ello se confunda con una semiprivatización”. La salida a los problemas de financiamiento del Estado son los nuevos modelos de gestión, guiados por la búsqueda de la eficiencia.

Esto se refleja en el deterioro de los servicios de salud, el cual estaría vinculado a la disminución de las asignaciones presupuestarias: según la Oficina Central de Información (OCEI) el gasto per cápita era de 112 dólares por persona en 1992, para 1995 se situó en 50 dólares y para 1996 se estimaba en 33 dólares. Los países que prestan una atención adecuada a la salud, destinan entre el 5 y el 10 % de su Producto Interno Bruto (PBI) a tal fin, mientras que en Venezuela se destina actualmente alrededor del 2%.

Se evidencia la orientación de los organismos financieros internacionales en lo relativo a las soluciones que deben ser implantadas en el sector. Así vemos como el BID, de acuerdo a informaciones de prensa expresa que prestaría 70 millones de dólares para el sector salud (...) El banco estudiaría con el gobierno venezolano los pasos necesarios para desarrollar las decisiones, e ir adelantando lo referente a la reforma del Sistema de Salud en Venezuela. El préstamo estaría condicionado a la aprobación de la reforma.

Los organismos internacionales indican el camino de la reforma. La iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽⁴³⁾. La Salud Condición del Desarrollo Económico establecida en 1991 y el Informe sobre el Desarrollo Mundial emitido por el Banco Mundial en 1993 titulado Invertir en Salud, establecen las nuevas condiciones y revelan el monitoreo. En particular el Banco Mundial sostiene: “Los países que muestran buena disposición para mejorar el acceso de salud para los pobres y emprender reformas en el sistema de salud deben ser firmes candidatos a recibir ayuda en el marco de los Programas de Ajuste Estructural”. Esto queda establecido como criterio de elegibilidad para los préstamos.

La investigación en salud pública no es una de las prioridades de la reforma, quedando limitada al desarrollo y ensayo de “nuevos modelos de gestión” que permitan hacer más eficiente, y sobre todo, disminuir el gasto público, que curiosamente es atendido como un grave problema de salud pública. Como resultado de esto, se constata la aparición de numerosas “fundaciones sin fines de lucro” en el sector salud, esto puede ser ilustrado con el caso del estado Aragua, donde son transferidas a la administración de fundaciones, instituciones y servicios como: Hospital Los Samanes, Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Central de Maracay, y La Clínica de Prevención del Cáncer, entre otros. Esto no es un hecho aislado, sino que se repite con regularidad en varias regiones del país, y además facilitado por el ambiente efervescente de la descentralización como componente de la reforma.

43. Organización Mundial de la Salud (2000): Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS.

Las propuestas promovidas a partir del Consenso de Washington por el FMI, el BM y la Reserva del Tesoro de USA, y la mayoría de los procesos de reforma, partían de atribuir al mercado la capacidad de solventar no sólo la producción y distribución de los bienes privados sino también los bienes públicos, debilitando considerablemente los Estados, produciendo radicales cambios de manera similar y homogénea. Mientras en 1980, el Índice de Reformas Económicas en América Latina era de 0,55, para el año 2000 era de 0,83. Es decir, el 8 % de los países habían satisfecho los criterios de reforma establecidos en dicho período. La globalización estaba en marcha en detrimento del ejercicio de la soberanía de las naciones.

En 1997 y 1998 el gobierno venezolano adelanta la aprobación de las leyes que regularían la Seguridad Social, la Ley Marco o Ley Orgánica de Seguridad Social Integral y la Ley que Regula el Subsistema de Salud. Estas dos leyes, junto a la Nueva Ley Orgánica de Salud de 1997, van a formalizar la apertura del Mercado de la Salud a todos aquellos actores, públicos y privados, nacionales e internacionales, que deseen participar del mismo.

El país se debatía entre dos aguas, los años 90 habían representado el quiebre definitivo de la democracia de partidos establecida a partir del pacto de Punto Fijo establecido durante el primer gobierno del Presidente Caldera. Las heridas abiertas en 1989 con el Caracazo, y reavivadas en 1992 con los dos intentos de golpe de estado, no parecían haber respondido al tratamiento de sostén intentado con la fórmula del Dr. Caldera. La Unidad Nacional se hunde en la crisis, las contradicciones de la transición y la reforma se hacen más evidentes. Diferentes sectores sociales van tomando partido y posiciones bien diferenciadas sobre el proyecto de país que defienden.

Entre 1998 y 1999 parece estar decidiéndose el rumbo que la sociedad en su conjunto ha de seguir. Es así como con la llegada de Hugo Chávez a la presidencia, el proceso Constituyente y la aprobación en referéndum de la nueva Constitución de 1999, las contradicciones se hacen cada vez más evidentes. Un paradigma alternativo emerge con fuerza, y se muestra con claridad en la nueva Constitución: estableciendo a la salud como un derecho social fundamental y de servicio obligatorio por parte del estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida de todos los venezolanos, estableciendo que para poder llevar a cabo esta acción debe crearse un Sistema Público Nacional de Salud que rija los destinos de todos los entes prestadores de servicios sanitarios. Dicho sistema, debía ser 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.

La Constitución reconoce a la salud como derecho social fundamental. Al mismo tiempo señala la obligación del Estado de garantizarla como parte del derecho a la vida, y su responsabilidad en la promoción y desarrollo de políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Dejando claro que *toda persona* tiene derecho a la protección de la salud (tenga recursos o no para proveérsela por sí mismo), a diferencia de la Constitución de 1961 que limitaba la obligación del Estado a *aquellos que carezcan de ellos* (los recursos para proveérsela).

2.2. Bases Teóricas de Contenido

El basamento teórico de esta investigación se ubica básicamente a nivel de dos grandes ramificaciones, la primera de ellas, la Gerencia de Salud, enfocada en las estrategias gerenciales aplicadas en América Latina durante el siglo pasado y comienzos del presente, de las cuales se hace una aproximación tipo resumen, debido a su amplitud; y a las aplicaciones que han tenido dichas estrategias con sus respectivos niveles de éxito en Latinoamérica con hincapié en Venezuela.

La otra gran ramificación que forma las bases teóricas conceptuales está orientada hacia la Ley Orgánica de la Salud promulgada en el año 2003, en el marco de la cual se describe y desarrolla el proyecto del Sistema Público Nacional de Salud. Todo esto con el fin de darle sentido a la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela en el año 1999, aprobada por la Asamblea Nacional Constituyente, que invoca el derecho soberano a la salud que tienen todos los venezolanos, y la obligación que contrae el Estado de proveérsela.

El proyecto de Ley se inicia desde los albores del gobierno del Presidente Hugo Chávez Frías, iniciándose la discusión en 2002, después de un amplio proceso de estudio epidemiológico-socio-sanitario que arroja como resultado un gran deterioro de los servicios sanitarios y de la cultura de Salud Pública de la población. Sin embargo, es de notar que aunque la propuesta originalmente se planteó como un proceso de gran ambición logística y de una gran sensibilidad social, se decidió por entonces la implementación de un sistema piloto que permitiera estudiar sus efectos en los indicadores sanitarios más comunes, y según los resultados, proceder a la inversión multimillonaria en recursos monetarios, humanos, de infraestructura, etc., que permitiera su aplicación a nivel nacional. En este sentido, se manifestó la intención de implementar el Sistema Público Metropolitano de Salud, que iba a realizarse en un total de 36 meses, para posteriormente proceder a su evaluación.

Dicho sistema proyectó una serie de componentes estratégicos, basados en elementos educativos y participativos para la población del área metropolitana de Caracas y Edo. Miranda, una reestructuración del personal

hacia un sistema único de salud metropolitano, con mejoras en los beneficios laborales, mejoras en infraestructura de instituciones públicas, revisión y reestructuración de centros de salud según sus capacidades, entre otras cosas, con el fin de brindar una estrategia constituida por varias fases que hicieran factible el éxito en la ejecución del proyecto. Han pasado desde entonces aproximadamente 60 meses, sin que se haya tenido ninguna noticia de la finalización de cada una de las fases del proyecto.

Dada esta circunstancia, no resulta posible realizar conjeturas acerca del lapso en el cual este sistema puede ser desarrollado a nivel nacional, ya que aparentemente no se han cumplido todas las fases de ejecución del plan piloto.

Para realizar una aproximación fidedigna al problema, se ha acudido a todas las fuentes disponibles en las diversas bases de datos, en donde se ha recabado información acerca de los sistemas sanitarios latinoamericanos y del SPNS, encontrándose muy poco material basado en este mega-proyecto, la mayor parte del cual está dado por entes gubernamentales que lamentablemente no tienen una visión objetiva del asunto, por lo cual la información recabada carece de reproducibilidad. Es de hacer notar, por citar un breve ejemplo, que en efecto aumentaron las consultas en la red primaria de salud, debido a la incorporación al sistema sanitario, de los consultorios de Barrio Adentro I, que aunque comenzó como una misión de la Alcaldía del Municipio Libertador de Caracas, fue adoptado por el Gobierno Nacional como un proyecto bandera de su gestión. Sin embargo, estos consultorios no operan dentro de la red de salud metropolitana (en el caso de Caracas) dado que la gran mayoría de los casos son tratados por médicos cubanos (en torno a los cuales existe un hermetismo total), y referidos al Hospital Militar Dr. Alberto Arvelo y a los Centros de Diagnóstico Integral (CDI) casi como únicos centros de referencia metropolitanos. Debido a esta circunstancia, se han formado dos sistemas paralelos de salud, uno producto de las políticas sociales del gobierno, y el sistema de salud tradicional. Aunque estas acciones incrementan los números estadísticos en forma obvia, no se puede afirmar que debido a ello el estado de salud general de la población sea mejor, ya que sería una deducción absolutamente simplista en virtud de que la salud es mucho más que la ausencia de enfermedad.

En vista de todo lo señalado, se hacen innumerables méritos para la acción de un sistema público nacional sanitario que permita la unificación de todos los entes prestadores del servicio de la salud a nivel público con el fin de definir políticas que permitan perfeccionar el sistema, en base a los resultados parciales que se vayan obteniendo.

Por todo lo anterior esta investigación se vale predominantemente de la Ley Orgánica de la Salud, de todo el material bibliográfico y audiovisual disponible, así como de entrevistas a personeros del Gobierno, que tienen en sus manos la ejecución del plan, como Diputados de la Asamblea Nacional, Directores de Salud Nacionales, etc., todo ello para configurar una realidad conceptual absolutamente objetiva que permita posteriormente contar con la información suficientemente cierta y equilibrada para implementar mediante un desarrollo metodológico, un estudio de factibilidad para establecer comparaciones, resultados y/o recomendaciones en el afán de colaborar en la construcción de un proyecto que finalmente cumpla con la olvidada meta de brindar salud de primera calidad a los venezolanos en los próximos años.

2.2.1 Gerencia en Salud ⁽²⁹⁾

2.2.1.1. Sistemas de Salud

Sistemas de Salud Eficientes: La Gran Utopía Latinoamericana

Se entiende por sistema de salud el conjunto de entidades encargadas de las intervenciones en la sociedad que tienen como propósito principal la salud ⁽²⁹⁾. Estas intervenciones o acciones de salud abarcan la atención a las personas y al entorno, realizada con la finalidad de promover, proteger o recuperar la salud, o de reducir o compensar la incapacidad irrecuperable, independientemente de la naturaleza pública, estatal, no estatal o privada de los agentes sanitarios. Los sistemas de salud son el reflejo de importantes valores sociales que también se expresan en los marcos jurídicos e institucionales en los que se encuadra la formulación de las políticas de salud.

Las características específicas de cada sistema de salud dependen, aunque podamos ver ciertas similitudes, de la historia y las condiciones políticas y socioeconómicas específicas de cada país, así como del grado de influencia que ejercen los diversos grupos de interés y el juego de las fuerzas políticas. ⁽¹⁾

La historia de la creación y desarrollo de los sistemas de salud en Latinoamérica⁽⁴⁴⁾ se vincula estrechamente con la evolución de los regímenes de protección social en el contexto del Estado benefactor, que surgieron en el mundo occidental desde comienzos del siglo XX, y alcanzaron su máxima expansión durante el período inmediatamente posterior a la Segunda Guerra Mundial, como sea que para entonces, la sociedad asistió a su mayor época de minusvalía económica, social, cultural y sanitaria. La institucionalidad y la estructura de los sistemas de protección social varían en forma significativa en cuanto a las relaciones entre el Estado, el mercado, la sociedad y la familia, sin embargo, cabe destacar que el Estado, como órgano rector de los sistemas sanitarios, ejerció grandes influencias sobre la operatividad de los servicios de salud, y pese a esto, ningún sistema está total y absolutamente apegado de forma real a la idea perfecta e incólume que presenta dicho Estado de su propio abordaje del tema salud, de modo que la realidad del sistema, siempre presenta marcadas diferencias entre lo ofertado y lo recibido por el usuario del servicio. ⁽⁵⁾

1. Alarid H. (1990): Los sistemas locales de salud. Revista SILOS No. 4. Caracas: Publicaciones de la OMS/OPS.

44. Organización Panamericana de la Salud (2002): La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington, DC: OPS; (Publicación científica y técnica No. 589).

5. Ander-Egg, E. (1970): Problemática del desarrollo de la comunidad a través de los documentos de las Naciones Unidas. Caracas:

29. Hamard Alfonso, Zavarce C. Carlos (2002): Gerenciando el proceso de innovación. Anales de la Universidad Metropolitana: Vol II Número 1, Nueva serie, 2002: 51-6

Los sistemas segmentados presentan marcadas diferencias en cuanto a la garantía de los derechos asegurados, los niveles de gasto per cápita y el grado de acceso a los servicios por parte de distintos estratos de la población, una rectoría débil caracterizada por un marco regulatorio insuficiente y fiscalización inadecuada, y costos de transacción elevados. Muestran también regresividad e insuficiencia del financiamiento con predominio del pago directo

o de bolsillo, con riesgos catastróficos para la seguridad financiera de los hogares.

La prestación de servicios se concentró mayormente en las zonas urbanas más ricas y en la población asalariada, y ello dio lugar a un uso ineficiente de los recursos sectoriales que dejó desprotegidos a los más pobres, al sector informal de la economía y, en muchos países, a los grupos indígenas, los afro descendientes, y las poblaciones rurales y urbano-marginales⁽³⁸⁾. En América Latina, la provisión de servicios de salud se ha caracterizado por la superposición y duplicación de las redes asistenciales, así como por la falta de complementariedad de los servicios y de continuidad de los cuidados; todo ello impide que las personas reciban una atención integral, obstaculiza el establecimiento de estándares adecuados de calidad y no asegura un mismo nivel de asistencia sanitaria a poblaciones cubiertas por distintos sistemas de protección de la salud. Esa fragmentación operativa es el resultado de varios factores, entre ellos la segmentación estructural, las dificultades de gobernabilidad, la falta de planificación integrada, las interacciones a menudo inadecuadas entre el sector estatal y no estatal, y la debilidad de los mecanismos de referencia y contrarreferencia. Esto ha venido marcando profundas diferencias de clases, que han colaborado en la aparición de la segregación poblacional y la segmentación de la sociedad.

Fondo Editorial Común.

38. Medici, A. (2006): Las reformas incompletas de salud en América Latina: algunos elementos de su economía política. *Bienestar y Política Social*. 2(1)1-26.

Desde el punto de vista de los usuarios, la demanda de bienes y servicios de salud se orienta según las características organizativas y la estructura de los sistemas de salud. La segmentación del financiamiento y el aseguramiento, la segregación poblacional y la fragmentación de las redes de provisión determinan que los afiliados a distintos planes, ya sea privados o de la seguridad social, o las personas que teniendo capacidad de pago no están afiliados a ningún seguro, como muchos trabajadores por cuenta propia, pequeños empresarios, comerciantes, etc., recurran a los establecimientos públicos cuando estos ofrecen servicios de buena calidad, alta complejidad o son los únicos prestadores del servicio en una zona geográfica determinada.

Una proporción importante de la población de bajos recursos también utiliza servicios de salud privados especialmente servicios farmacéuticos, de medicina tradicional o atención médica de baja complejidad como alternativa frente a las barreras al acceso a la atención, la reducida oferta e integralidad de los servicios públicos y las exclusiones de los planes de seguro de salud, y se ve obligada a efectuar desembolsos directos. Por su parte, debido a las limitaciones de los planes de beneficios o a las barreras administrativas al uso de servicios, los estratos de población medios y altos que cotizan a la seguridad social también utilizan modalidades paralelas de financiamiento mediante la compra de seguros privados de salud individuales o colectivos el fenómeno de doble cobertura, o mediante pago directo, lo que crea distorsiones en el financiamiento y la demanda de la seguridad social.

La fragmentación operativa observada al nivel de la provisión de servicios, sumada a la segmentación institucional de los sistemas de salud y a la segregación poblacional, constituye una causa importante de exclusión de grupos poblacionales y de inequidad en el acceso a los servicios de salud debido a barreras institucionales/legales, económicas, culturales, geográficas, étnicas, de género o de edad. Se estima que en América Latina y el Caribe entre 20% y 25% de la población (cerca de 200 millones de personas) carece de acceso regular y oportuno a los sistemas de salud. El reconocimiento de la exclusión social en salud, definida como “la falta de acceso de individuos o grupos a los bienes, servicios y oportunidades en salud que otros individuos o grupos de la sociedad disfrutan”, además de ser susceptible de caracterización, ha constituido un avance importante en la comprensión de los fenómenos que afectan al acceso a la salud. ⁽²⁵⁾.

Las principales causas de exclusión en salud identificadas varían entre los países, pero en general tienen que ver con la pobreza, la ruralidad, la informalidad en el empleo y factores relacionados con el desempeño, la estructura y la organización de los sistemas de salud. La exclusión es, esencialmente, la negación del derecho de satisfacer las necesidades y

demandas de salud de aquellos ciudadanos que no cuentan con recursos económicos suficientes o que no pertenecen a los grupos dominantes de la sociedad.

Desde el punto de vista económico, al analizar simultáneamente varios indicadores, la evidencia muestra que los países con mayor Producto Interno Bruto (PIB) per cápita como Colombia y Venezuela, presentan mayor porcentaje de éste como gasto en salud y con respecto a los gastos totales per cápita. La tendencia es similar para Ecuador y Bolivia, es decir, siendo países con bajo PIB per cápita comparado con los restantes países, sus gastos como porcentaje del PIB y los gastos totales per cápita también son los menores. En países como Cuba, se puede percibir que si bien la cantidad de recursos invertida en el sector salud puede depender de cierta medida de la cantidad de recursos totales de una nación, esta relación no es directa, puesto que también depende de la prioridad que tengan las políticas sectoriales en salud en un país.

25. Gómez, D. (2005): Análisis comparado de los sistemas de salud de la región Andina y el Caribe. Revista de Salud Pública. Bogotá. (7)3.

También se encontró evidencia sobre que el monto total invertido en salud no es directamente proporcional a los resultados de los indicadores de salud; es decir, los resultados en salud no son mejores en la medida del aumento del gasto. Es así como algunos países, Colombia, con un alto gasto en salud, muestra resultados en sus indicadores de salud que tienen mucho por mejorar, sumado con el hecho de que este país ha reportado serios problemas en la última década en relación al deterioro de los programas de salud pública (vigilancia epidemiológica, disminución de las tasas de vacunación, entre otros). De otro lado, un país como Cuba, con una tendencia de recursos nacionales menores y un relativo bajo gasto sanitario como porcentaje del PIB comparativamente hablando, tiene unos muy buenos resultados de los indicadores salud, así como resultados más directos del sistema sanitario, como altas tasas de vacunación, se erradicó la malaria desde la década de los años setenta, el sarampión en los noventa.

Con base en las actuales propuestas de reforma en los países estudiados, la organización de estos sistemas se dirige hacia el aseguramiento universal de un conjunto de prestaciones básicas, una provisión mixta (público - privado), administración pública del financiamiento, regulación y rectoría estatal. Sin embargo en Venezuela, la oposición frente a los lineamientos internacionales de reforma, ha servido como bandera de resistencia política, lo que ha dirigido al sistema de este país hacia una tendencia organizacional distinta que en los restantes países andinos, pero no así en la situación real. De esta manera, en Ecuador, Perú, Bolivia, Colombia y República Dominicana, se tiende a configurar el mercado de los servicios médicos regido por las leyes de la oferta y la demanda de los sistemas de protección social.^(36,37)

36. Lozano, M. Venezuela estructura Sistema Público Nacional de Salud. www.prensa-latina.com. 2008.

37. Martínez, A. (2006): Políticas del sector salud en Venezuela: 1993-2003. *CP, Dic.*, no.37, p.111-128. ISSN 0798-1406.

La discusión en torno a qué se debe entender por protección social y cuál es el espacio institucional en el que debe tener lugar la formulación e implementación de las políticas de salud ha adquirido importancia creciente en los últimos años en América Latina y el Caribe, en un escenario regional dominado por cuatro elementos: (a) el cuestionamiento de las reformas sectoriales realizadas entre los años ochenta y noventa; (b) la inexistencia de una red de protección social capaz de constituirse en la base del desarrollo social en el nuevo contexto y reemplazar a la que anteriormente proveían el Estado, la seguridad social o ambos; (c) el compromiso de lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para el año 2015; y (d) la creciente preocupación en torno a los problemas de inequidad, exclusión y pobreza predominantes en los países latinoamericanos,⁽³⁷⁾ todo esto de cara a la veta de marcada tendencia socialista que ha cambiado el juego político de poderes en la región.

Esta tendencia ha permitido avanzar en el primer quinquenio del siglo XXI hacia crecientes grados de acuerdo en torno a una nueva perspectiva de cambios en los sistemas de salud, centrada en el concepto de protección social de la salud como derecho ciudadano universal, ya no dependiente del

empleo u otras características individuales o grupales, y orientada por una estrategia renovada de la atención primaria de salud. La alta prioridad asignada a la salud en los ODM pone de relieve la perspectiva de que esta no solo es el resultado de un mayor desarrollo, sino que se encuentra en el núcleo mismo del desarrollo.

En ese orden de ideas, se puede considerar que el desafío principal que enfrentan los países de América Latina y el Caribe en el nuevo milenio es “garantizar a todos los ciudadanos la protección social universal en materia de salud, eliminando o reduciendo al máximo las desigualdades evitables en la cobertura, el acceso y la utilización de los servicios, y asegurando que cada uno reciba atención según sus necesidades y contribuya al financiamiento del sistema según sus posibilidades”.

Algunos países ya han asumido esta tarea y han intentado con más o menos éxito reorientar sus sistemas de salud en el marco de la protección social y de conformidad con los principios de la atención primaria de salud, para que contribuyan a la construcción de sociedades más equitativas e incluyentes y más acordes con las nuevas necesidades de los pueblos de la deprimida región de la América Latina. ⁽¹²⁾ Ejemplos de ello son: la definición de los objetivos sanitarios nacionales en consonancia con las necesidades de salud de la población y en particular de los grupos más postergados; la implementación de mecanismos de integración funcional de las redes de provisión de la seguridad social y el Ministerio de Salud, reduciendo la fragmentación en la provisión de servicios y mejorando la equidad geográfica; la introducción de un único plan de salud integral garantizado para toda la población, independientemente del tipo de seguro, del tipo de proveedor y de la capacidad contributiva del usuario, a fin de reducir la segmentación en el aseguramiento y mejorar la equidad; la utilización de herramientas para el análisis de la equidad y la exclusión en salud, y la consideración de elementos económicos, sociales, étnicos, culturales y de género en la definición de los planes y políticas de salud; la creación de servicios de atención primaria orientados hacia la familia; el análisis del desempeño de las funciones en salud pública como elemento central en la formulación de políticas sanitarias; el

fortalecimiento de la función rectora y de liderazgo de las autoridades sanitarias nacionales mediante la creación de las condiciones institucionales para la conducción y planificación sectorial e intersectorial en el desarrollo de las acciones de salud; la puesta en marcha de mecanismos de regulación y fiscalización de la actuación de los distintos actores que participan en la producción de cuidados en salud; la incorporación de la salud como elemento central en los procesos de diálogo social destinados a definir la plataforma productiva del país; y lo más importante de todo, la inserción de las políticas de salud en el marco institucional más amplio del sistema de protección social, junto con el ingreso, el trabajo, el empleo, la vivienda y la educación.

Se sabe que el abordaje de las políticas de salud que determinan las características del funcionamiento del sistema sanitario sigue siendo problemático, porque las necesidades sociales son multidimensionales, los efectos adversos tienden a ser acumulativos, los recursos son limitados y las soluciones a menudo se hallan fuera del marco del sector salud. En consecuencia, llevar a cabo transformaciones que refuercen la importancia del sistema de salud como institución social central, capaz de crear oportunidades diferenciales en el diseño y la prestación de bienes y servicios, requiere un abordaje sistémico de las políticas públicas y de su formulación, siendo esto último lo que los gobiernos, en un intento por cumplir con sus compromisos sociales, intentan hacer, mediante la búsqueda de mecanismos para eliminar la segregación poblacional y la segmentación institucional, reducir la fragmentación operativa y combatir la exclusión en salud, iluminando así el camino a seguir en la agenda de la salud pública en los años venideros.⁽³⁴⁾

La implantación de innovaciones en políticas de salud y en la atención de la salud es una proeza difícil, especialmente porque, en una era de cambio global, las transformaciones sistémicas desafían los valores y las prácticas predominantes, requieren asumir compromisos significativos respecto de los recursos, y a menudo suponen riesgos políticos de extrema importancia.

34. Levcovitz, E., Acuña, C. (2003): Elementos para formular estrategias de extensión de la protección social en Salud. Rev. Gerencia y Políticas de Salud. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.

Un punto importante es que, pese a las crecientes demandas que generan las tendencias demográficas y epidemiológicas, la competencia entre las necesidades y la limitación de los recursos, los gobiernos de las Américas, solos o asociados con finalidades específicas, mantienen el compromiso de alcanzar sistemas de alto rendimiento que puedan garantizar el acceso equitativo a los servicios, ampliar la cobertura y fortalecer las redes de protección social. Sin embargo, aun cuando el marco legal y normativo del sistema de salud, incluidos los aspectos relacionados con la administración, la regulación, el financiamiento, el seguro, la calidad y la armonización han mejorado, los persistentes problemas relacionados con la producción, la adquisición y la regulación de productos farmacéuticos, vacunas y tecnologías médicas todavía no han podido ser solucionados.

La renovación de la atención primaria de salud fuente importante que representa una contribución sustancial a esos objetivos; el proceso renueva compromisos de larga data y constituye un paso hacia el futuro para mejorar la salud de la población. Los sistemas de salud basados en la atención primaria contribuirán a galvanizar las acciones en curso con una alta tendencia a brindar una atención integral centrada en la promoción, la prevención y la rehabilitación, conjuntamente con los pacientes, sus familias y las comunidades donde viven.

Sin duda, el componente crítico que significan los recursos humanos para la salud ocupa un lugar destacado en la agenda regional, y parece casi irrefutable afirmar que, a menos que esos recursos sean competentes, estén distribuidos con equidad y sean debidamente remunerados, los objetivos de los sistemas de salud resultarán inalcanzables.

Las nuevas tecnologías, la reducción del tiempo de internación y el aumento de los servicios ambulatorios y de atención domiciliaria repercuten en el empleo en el sector salud, donde tienden a disminuir los puestos en los hospitales y a aumentar los correspondientes a la red de atención básica. Así, y en contraste con lo que ocurre en otras áreas, el conjunto de la fuerza de trabajo en salud se mantiene en proceso de crecimiento. El efecto más destacado de las reformas sectoriales no ha sido la reducción del personal de salud sino la flexibilización de las modalidades de vinculación laboral, mediante la adopción de formas alternativas de subcontratación, muchas veces precaria, con empresas privadas, organizaciones no gubernamentales, cooperativas de trabajadores u otras asociaciones de trabajadores.

Diversos estudios y fuentes de información latinoamericanas e internacionales consignan el deterioro de la situación laboral de los trabajadores sanitarios en los últimos años. Los mercados de trabajo en general, y los de salud en particular, han dado lugar a la expansión de las formas asalariadas y de trabajo precarias, ya sea por desprotección, por encubrimiento del trabajo asalariado bajo supuestas formas autónomas, o por la fugacidad de las relaciones establecidas.

La tendencia a la reducción de la protección para los trabajadores de la salud se agudizó en muchos países (Argentina, Brasil y Perú, entre otros). Esta reducción supone la coexistencia de varias modalidades de contratación y por ende de protección diferente para trabajadores que realizan tareas similares, lo que plantea preocupación sobre su posible incidencia en la calidad de la atención.

La tercerización o subcontratación en salud se centraba inicialmente en el área de servicios generales (limpieza, alimentación, mantenimiento y seguridad); sin embargo, en la actualidad incluye servicios profesionales que se reclutan mediante la contratación de cooperativas médicas, de organizaciones de enfermería para cuidados a domicilio, o de servicios de rehabilitación, entre otros. El deterioro de las condiciones de trabajo, signado por la extensión de la jornada, por el incremento en la intensidad del trabajo y por la desintegración

de los equipos de salud, constituye un conjunto de problemas que afectan a la gestión en salud y dificultan el cumplimiento de los objetivos de las instituciones. Por su lado, el deterioro de las condiciones de trabajo repercute en los trabajadores, por lo que la salud ocupacional del personal ha pasado a ser una preocupación manifiesta para las autoridades de salud de muchos países de América Latina.

Los gastos por concepto de remuneraciones y otras erogaciones relacionadas con el personal sanitario constituyen uno de los rubros más importantes de los presupuestos de salud en la Región. Las limitaciones presupuestarias y la rigidez administrativa financiera derivada de la sujeción del financiamiento de las instituciones públicas de salud a los ministerios de economía, afectan a muchos países. En 2005 mostró que en 64% de los países el presupuesto de las instituciones públicas de salud no es adecuado para satisfacer las principales necesidades de la población. Se reconoce que los presupuestos de salud no permiten planificar de manera adecuada las necesidades demográficas y epidemiológicas de los países con la cantidad y tipo de personal requerido. Aún más, 75% de los países consultados en 2005 por la Organización Panamericana para la Salud, estiman que la planificación y elaboración presupuestarias de las instituciones públicas de salud son inadecuadas y no permiten disponer de suficientes trabajadores en lugares alejados y de menores recursos

La escasez de trabajadores sanitarios en algunos países se agrava por la tendencia de los profesionales a ubicarse en zonas urbanas, lo que restringe el ya limitado acceso a servicios de salud de las poblaciones residentes en zonas rurales. Sólo nueve de los 28 países de la Región manifiestan estar satisfechos con la disponibilidad de información sobre distribución del personal de salud en relación con la población. Al mismo tiempo, 82% de los países reconocieron debilidades en la adopción de políticas y en la instrumentación de planes orientados a movilizar y atraer a los trabajadores de salud a las regiones de mayor necesidad. Hay notables diferencias en cuanto a la distribución urbano-rural de los recursos humanos en salud. En general, la disponibilidad de

médicos en las zonas urbanas supera 1,5 a 4 veces la tasa nacional, y es 8 a 10 veces mayor que en las zonas rurales.

Se destacan dos procesos en los cuales los profesionales se desempeñan fuera de sus países de origen: (a) la migración definitiva de personal de salud, especialmente de enfermeros, desde el Caribe a los países desarrollados, fundamentalmente a Estados Unidos y el Canadá; (b) y el desempeño temporal de médicos y otros trabajadores de salud provenientes de Cuba en diversos países de la región, sobre todo aquellos con inclinación socialista.

En algunas naciones la migración de personal de salud constituye un aporte importante de fuerza laboral sanitaria. En Venezuela, el Programa Barrio Adentro utiliza más de 25.000 cooperantes cubanos en el campo de la salud, el resultado de esto ha sido un repunte muy importante de la atención primaria a los sectores menos favorecidos de la sociedad.

A finales de los años noventa, muchos países impulsaron procesos de descentralización de la gestión de los servicios de salud, que produjeron profundos cambios en la gestión de los recursos humanos en el sector público.

(45).

45. Organización Panamericana de la Salud (2004): Observatorio de Recursos Humanos en Salud. (CD45/9).XLV Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC: OPS.

Una encuesta aplicada por la OPS en 18 países de la Latinoamérica mostró que la delegación de competencias para gestionar el recurso humano en forma descentralizada se produjo en 16 de ellos, con variaciones en el grado de descentralización, de autonomía, o de ambas. Estos procesos en general no fueron acompañados por un fortalecimiento de la capacidad

regulatoria a escala nacional y no siempre significaron la transferencia de financiamiento y el fortalecimiento de capacidades descentralizadas para la gestión de los recursos humanos. En Brasil constituye una excepción, ya que la descentralización se realizó con transferencia de financiamiento, y se delegaron capacidades de regulación, mientras, en el ámbito nacional, se presta atención especial a la formulación de políticas y la planificación de recursos humanos en salud. Los procesos de descentralización llevados a cabo, la necesidad de reducir costos en una estructura tecnológica cada vez más compleja y costosa, y los cambios en la composición del personal, por un lado, y la mayor conflictividad laboral por otro, imponen nuevos retos para la gestión de recursos humanos en salud.

De los países consultados en 2005, 65% considera que los sistemas de selección y capacitación de gerentes que utilizan no facilitan el desarrollo de las capacidades de los equipos de dirección, ni estimulan a los trabajadores a brindar buenos servicios de salud. No obstante, en el período considerado algunos países han mejorado los procesos de selección de directores de servicios, y en casi todos se ha capacitado a los gerentes de salud.⁽⁴⁶⁾

46. Organización Panamericana de la Salud (2005): Consulta regional sobre recursos humanos en salud: desafíos críticos. Reunión regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud. Desafíos críticos para una década de recursos humanos en salud en las Américas. Toronto, Canadá, 4-7 de octubre.

Hay una creciente insatisfacción en torno a las formas de relación laboral en el sector salud. De los países de la Región consultados en 2005, 75% considera que los sistemas de contratación, incentivos y evaluación del personal de salud que utilizan no promueven la identificación de los trabajadores con la misión de dar buenos servicios de salud. Algunos de los países latinoamericanos y caribeños están discutiendo reglamentaciones que buscan colocar las relaciones de trabajo en un marco más definido. En este sentido, el establecimiento de la carrera sanitaria se está considerando como una respuesta a la falta de identificación de los trabajadores sanitarios con su

función y como una herramienta adecuada para mejorar la calidad de la relación laboral, así como la calidad del servicio dispensado a los usuarios.

Persisten diferencias en materia de nomenclatura y en cuanto al contenido de los reglamentos que regulan la gestión de personal público de salud. En general se utiliza el nombre de carrera sanitaria, pero también se habla de reglamento o ley de recursos humanos, estatuto del funcionario de salud, ley médica o “plan de cargos y salarios”. En algunos casos estos reglamentos son exhaustivos y en otros son genéricos; unos intentan ser aprobados por ley nacional y otros constituyen estatutos internos del Ministerio de Salud que no abarcan a todo el sector.

En cuanto a la variable gasto social en salud, en Venezuela existen severas dificultades para determinar la dimensión real del gasto social nacional y por ende del gasto en salud, tanto público como privado, en virtud de la gran cantidad de instituciones que realizan acciones y ejecutan gastos en el sector y a la falta de coordinación entre ellas, así como las divergencias en la información reportada.

2.2.1.2. Estrategias de Gerencia Aplicadas al Área de Salud

Existen diversos modelos gerenciales, destinados a la prestación de los servicios de salud, que fueron estudiados magistralmente por Frank y Londoño, según dos variables que son fundamentales para considerar los problemas de la prestación del servicio; por un lado, puede existir una pética integración vertical, o una exagerada desarticulación funcional, entendiéndose la integración vertical como la tendencia a que una institución, en general pública, actúe directamente como financiador y proveedor de servicios de salud, mientras que la desarticulación refiere sistemas de salud que han sido aislados de la financiación y la provisión por parte del Estado. Por el otro lado, se toma en cuenta la variable poblacional, en donde interesa si las políticas de

salud son segregacionistas de los grupos sociales por motivos económicos, raciales, sexistas, políticos, etc., o si por el contrario, incentivan la integración horizontal de los usuarios. Estos sistemas, imperantes en América Latina, se han tipificado como sigue:

1. Modelo Público Único: En su espíritu de combinación combina un acceso universal a los servicios de salud, con una integración vertical perfecta del financiador y proveedor que casi siempre es el Estado. Crea un monopolio que prohíbe al consumidor la elección entre prestadores del servicio. Debido a esto se pueden generar ineficiencias.
2. Modelo Fragmentado: El Estado financia con una oferta privada cada vez mayor en la provisión de Servicios de Salud. Teóricamente hay mayor acceso al servicio, pero los problemas financieros del Estado limitan el cumplimiento de la premisa.
3. Modelo Segmentado: El Estado cumple con casi todas las funciones, parecido al primer modelo, pero la población se divide por sí misma en grupos, cada uno con diferente grado de acceso a la salud; de esta forma tenemos un grupo de trabajadores en el mercado formal, con acceso al sistema de seguridad social, otro grupo con bajos recursos que están en el sector informal de la economía, excluidos de la seguridad social, y finalmente el grupo de los más altos ingresos, que no les corresponden los beneficios de la seguridad social y acceden a la medicina privada por financiamiento personal o seguro privado.
4. Modelo Privado Atomizado: Población se asume como segmentada, y la integración institucional se encuentra francamente desarticulada. Existe un fuerte componente corporativo en la provisión y acceso a los servicios.

Londoño y Frenk proponen lo que han dado en llamar Pluralismo Estructurado, que tiende a remediar las imperfecciones observadas en los sistemas existentes, es decir, la segregación poblacional y la desarticulación funcional. Por tanto, un elemento primordial es la separación de las funciones de los actores que intervienen en el mercado de los servicios de salud. El

mensaje clave es que el pluralismo estructurado no ofrece un camino único para la reforma. Lo que ofrece es una opción “centrista” que evita los extremos y, al mismo tiempo, permite una convergencia dinámica desde todos los puntos de partida. Al hacerlo, el pluralismo estructurado otorga una atención cuidadosa al establecimiento del equilibrio de fuerzas necesario entre los diversos actores en el sistema.⁽³⁵⁾

En lugar de la actual integración vertical con segregación de los grupos sociales, la población estaría integrada de manera horizontal y la asignación de funciones sería explícita y especializada. En otras palabras, el sistema de salud ya no estaría organizado por grupos sociales, sino por

35. Londoño, J., Frenk, J. (1997): Pluralismo Estructurado: Hacia un modelo innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo. México.

funciones. De hecho, un rasgo clave de este modelo es que identifica de manera explícita cada una de las cuatro funciones. De esta manera, fomenta la especialización de los actores en el sistema de salud. Esta es la razón por la que el pluralismo estructurado requiere una nueva configuración institucional del sistema de salud. En este esquema, la modulación se convierte en la misión principal del ministerio de salud en su carácter de entidad responsable de imprimir una dirección estratégica al sistema en su conjunto. En lugar de ser un proveedor más de servicios –por lo general el más débil–, el ministerio de salud aseguraría una interacción equilibrada, eficiente y equitativa entre todos los actores mediante la estructuración de reglas e incentivos adecuados. Como se verá más adelante, este énfasis en la modulación no conduce a la concentración burocrática de poder. Por el contrario, al establecer reglas del juego, transparentes y justas, los ministerios de salud podrán delegar cada vez más la operación real de muchas de las funciones moduladoras a organizaciones participantes de la sociedad civil que no estén ligadas a intereses especiales.

La siguiente función, el financiamiento, se convertiría en la responsabilidad central de la seguridad social, y se ampliaría gradualmente a fin de alcanzar una protección universal guiada por principios de finanzas públicas. En comparación con los arreglos financieros actuales, los subsidios estarían orientados a la demanda, más que a la oferta. En lugar de asignar un presupuesto histórico a cada unidad de servicios independientemente de su desempeño, cada persona asegurada representaría un pago potencial dependiente de la elección del prestador por el consumidor.

El reto del pluralismo estructurado es incrementar las opciones para los consumidores y los proveedores, y contar al mismo tiempo con reglas del juego explícitas que minimicen los conflictos potenciales entre equidad y eficiencia. El aumento de las opciones para los consumidores se vería acompañado por una extensión del prepago dentro de un contexto de finanzas públicas para poder asegurar y redistribuir los recursos. El aumento de las opciones para los proveedores se vería acompañado por su integración en redes eficientes que estarían claramente articuladas y moduladas.

En términos de nuestra tipología original de los modelos de sistemas de salud en América Latina, el pluralismo estructurado incorpora los aspectos positivos del modelo de contrato público, al tiempo que supera sus limitaciones. Se preserva la movilidad de la población mediante la integración horizontal, así como la separación de funciones. La principal diferencia con el modelo de contrato público es que las funciones de modulación y de articulación se vuelven explícitas y se fortalecen considerablemente. Al lado de las funciones tradicionales de financiamiento y prestación, es el énfasis en la modulación y la articulación el que confiere el carácter “estructurado” a este tipo de pluralismo.

En el caso de Venezuela, los principios que orientan las reformas en el sector salud, son la integralidad, eficacia, y solidaridad. La integralidad que a diferencia de los modelos adoptados en el pasado intenta superar el predominio histórico de lo curativo y hospitalario en el sistema de salud. El nuevo modelo entiende la unidad y complementariedad de lo curativo y lo preventivo, de lo biológico y lo social, al igual que lo individual y lo colectivo,

privilegiando las acciones orientadas al fomento de la salud, a la prevención de la enfermedad y al reforzamiento de la estrategia de atención primaria.

Respecto a la eficiencia en la prestación de los servicios, a partir de la deficiencia de este sector, caracterizada por algunos rasgos que ya mencionamos como la dispersión del sector, el déficit de coordinación interinstitucional, la duplicidad de funciones entre otros, se propone implementar nuevos conceptos gerenciales en el manejo de los establecimientos, garantizando la dotación de los recursos necesarios, propiciar la utilización de métodos diagnósticos y terapéuticos apropiados para cada nivel y producir un nuevo estilo de relación con gremios y sindicatos, el cual permita reorganizar el trabajo en beneficio de la población usuaria.

La solidaridad en la política de salud tomado del Estado, se orienta a garantizar el derecho a la salud y el acceso a los servicios. Desarrolla nuevos modelos de gestión y financiamiento, que rompe el marcado centralismo existente y que permita a los establecimientos públicos la generación y manejo de recursos destinados a la prestación de servicios de salud. Esas nuevas modalidades de gestión van a permitir mayor autonomía a los hospitales y ambulatorios para el incremento de su tiempo de funcionamiento y abren la posibilidad de recuperación de costos. Dicha recuperación se logra a través de la captación de ingresos provenientes del sector privado, del Estado y del propio usuario, garantizando el libre acceso a la población que no dispone de recursos.

El Ministerio del Poder Popular para la Salud y el Desarrollo Social (MPPSDS) ya inició los cambios en el ámbito de la planificación y asignación de recursos, a su vez recibe las demandas de la población y la incorporación de mecanismos institucionales para hacer posible la gestión participativa que produzca relaciones horizontales entre gobierno y sociedad civil y hacer que la participación de los beneficiarios de los programas sociales sea cuestión de primer orden.

De acuerdo a los preceptos constitucionales el Estado ahora debe profundizar en el proceso de descentralización a fin de democratizar el poder, y abrir espacios para la participación ciudadana en la toma de decisiones, ejecución y fiscalización de las inversiones sociales.

Estos cambios han sido un proceso complejo, incluso para los mismos servidores públicos de este sector que se han adaptado poco a poco a nuevas estructuras y mecanismos de gestión. Al respecto, Douglass (1993), refiere que la función principal de las instituciones en la sociedad es reducir la incertidumbre estableciendo una estructura estable (pero no necesariamente eficiente) de la interacción humana. Aunque las normas formales puedan cambiar de la noche a la mañana como resultado de decisiones políticas o judiciales, las limitaciones informales encajadas en costumbres, tradiciones y códigos de conducta son mucho más resistentes o impenetrables a las políticas deliberadas. Estas limitaciones culturales no solamente conectan el pasado con el presente y el futuro, sino que nos proporcionan una clave para explicar la senda del cambio histórico.

Las características novedosas del SPNS, planteadas en el marco de la nueva Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, nos orienta hacia dos perspectivas: primera, la continuidad del proceso de descentralización y segunda, la creación de mecanismos de participación ciudadana.

En efecto, en el año 2000 se publicó el reglamento N° 7 relativo al funcionamiento de las Juntas Socio Sanitarias y Socio Comunitarias cuyo fin en resumen, es crear un espacio para la educación y la participación ciudadana, a través de promover acciones para concienciar a la comunidad sobre la importancia de su participación al logro del mejoramiento del servicio de los hospitales y los ambulatorios; involucrando al personal que labora en este centro de atención, a los familiares de los pacientes. La puesta en marcha de este reglamento impulsó este propósito, sin embargo su estructura organizativa de la Junta Directiva merma la posibilidad de generar una participación en la

toma de decisiones, de ahí que los representantes de la comunidad generalmente aprueben políticas de salud ya decididas.

Sin embargo, este no es el único espacio de participación que en la actualidad se ha puesto en marcha, existen otros que se convierten en un desafío para las comunidades, dándoles a estas la potestad de tener presencia y elevar propuestas sobre las políticas públicas de salud a definir: Los recién creados Consejos Regional y Local de Planificación y Coordinación de Políticas Públicas. El primero lo conforman los Gobernadores con la participación de Alcaldes, Ministerios, legisladores, y representantes de la comunidad organizada; el segundo, es un órgano Municipal presidido por los Alcaldes con la participación de los Concejales, Juntas parroquiales, organizaciones vecinales y otras de la sociedad civil.

Esto requiere de ciudadanos más solidarios por ser más aptos para la acción colectiva, y por lo tanto con más disposición para organizarse en instituciones de interés público o de protección de intereses del grupo.

Creada esta oportunidad surge la necesidad del reacomodo en el dominio de la política, se podría argumentar la urgencia de preparar a las comunidades para asumir esta tarea, o bien su abdicación frente a agendas propuestas. La contrapartida es que el proceso de cambio que se inició en 1999, enfrenta una aguda resistencia a estas situaciones, en todo caso, no es ocioso recordar que existen otros factores en el desarrollo de las políticas que de alguna manera pudieran trastocar su conducción.

Un concepto económico de sobrada importancia en la aplicación de estrategias gerenciales es el de la factibilidad, que se refiere a la disponibilidad de los recursos necesarios para llevar a cabo los objetivos o metas señalados, la factibilidad se apoya en 3 aspectos básicos:

- Operativo.
- Técnico.
- Económico.

El éxito de un proyecto está determinado por el grado de factibilidad que se presente en cada una de los tres aspectos anteriores. En este caso se aplica un estudio de factibilidad, que sirve para recopilar datos relevantes sobre el desarrollo de un proyecto en este caso sanitario y en base a ello tomar la mejor decisión, si procede su estudio, desarrollo o implementación.

Objetivo de un Estudio de Factibilidad.

1.- Auxiliar a una organización a lograr sus objetivos.

2.- Cubrir las metas con los recursos actuales en las siguientes áreas:

a). Estudiar la factibilidad Técnica: que se refiere a los recursos necesarios en el área de salud pública, como infraestructura, personal, herramientas, conocimientos, habilidades, experiencia, etc., que son necesarios para efectuar las actividades o procesos que requiere el proyecto. Generalmente nos referimos a elementos tangibles (medibles). El proyecto debe considerar si los recursos técnicos actuales son suficientes o deben complementarse en pro de mejorar el sistema actual de salud, ejecutar la disponibilidad tecnológica que satisfaga necesidades puntuales y futuras.

b).- Estudiar la factibilidad Económica: se refiere a los recursos económicos y financieros necesarios para desarrollar o llevar a cabo las actividades o procesos y/o para obtener los recursos básicos que deben considerarse son el costo del tiempo, el costo de la realización y el costo de adquirir nuevos recursos.

Generalmente la factibilidad económica es el elemento más importante ya que a través de él se solventan las demás carencias de otros recursos, es lo más difícil de conseguir y requiere de actividades adicionales cuando no se posee, en este caso debe considerarse el tiempo del analista, el costo del estudio, el costo del tiempo del personal, y el costo del desarrollo y la adquisición de otros recursos del tipo que sea.

c).-Estudiar la factibilidad Operativa: se refiere a todos aquellos recursos donde interviene algún tipo de actividad (Procesos), depende de los recursos humanos que participen durante la operación del proyecto. Durante esta etapa se identifican todas aquellas actividades que son necesarias para lograr el objetivo y se evalúa y determina todo lo necesario para llevarla a cabo.

Definición de Objetivos.

La investigación de factibilidad en un proyecto que consiste en descubrir cuáles son los objetivos de la organización, luego determinar si el proyecto es útil para que la empresa logre sus objetivos. La búsqueda de estos objetivos debe contemplar los recursos disponibles o aquellos que la empresa puede proporcionar, nunca deben definirse con recursos que la empresa no es capaz de dar.

En las empresas se cuenta con una serie de objetivos que determinan la posibilidad de factibilidad de un proyecto sin ser limitativos. Estos objetivos son los siguientes:

- Reducción de errores y mayor precisión en los procesos.
- Reducción de costos mediante la optimización o eliminación de recursos no necesarios.
- Integración de todas las áreas y subsistemas de la empresa.
- Actualización y mejoramiento de los servicios a clientes o usuarios.
- Aceleración en la recopilación de datos.
- Reducción en el tiempo de procesamiento y ejecución de tareas.
- Automatización óptima de procedimientos manuales

2.2.2. Sistema Público Nacional de Salud en Venezuela

Lineamientos del Sistema Público Nacional de Salud:

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, aprobada mediante referéndum en 1999, propone al Ministerio de Salud y Desarrollo

Social (hoy Ministerio del Poder Popular para la Salud y el Desarrollo Social; MPPSDS) como el organismo rector, que tiene el mandato de regular y controlar el Sistema de Salud, y ello involucra a todo el Sector Salud, incluyendo a los establecimientos públicos y privados que presten servicios de salud, así como al financiamiento de la salud en el país, de manera de asegurar la solidaridad y la equidad en el sistema. Las propuestas de Ley Orgánica presentadas a la Asamblea Nacional, contemplan el fortalecimiento de la rectoría del Sistema Público Nacional de Salud y del Estado para el cumplimiento de las Funciones Esenciales de Salud Pública y la Extensión de la Protección Social en Salud que aseguren una atención de salud eficaz, equitativa, solidaria, eficiente, oportuna, de calidad y con participación social protagónica.

Esto inicia un proceso de adecuación legislativa, institucional, y de nuevas estrategias para realizar los cambios necesarios, y crea las bases para desarrollar la naturaleza jurídica y el modelo organizativo del sector salud venezolano. El artículo 83 de la Constitución establece “La salud como un derecho social fundamental que debe ser garantizado por el estado a fin de promover y desarrollar políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Para lo cual “el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad”.

Con la descentralización de los servicios públicos de Salud llevada a cabo por los gobiernos anteriores en la pasada década, la administración pública creció y la presencia de nuevos agentes reguladores y prestadores de los servicios de atención médico asistencial también, con lo que se multiplicó la posibilidad de problemas y conflictos entre los órganos de poder y los ciudadanos. Además, la inversión del Estado en este sector es considerable y es por ello que se requiere de una muy buena administración de estos

recursos. La salud representa una de las necesidades más sentidas de las comunidades, y esto convierte en una necesidad a la vigilancia y la contraloría social.

Esta justificación es esgrimida por el actual gobierno para la implantación de un sistema centralizado para la administración de Salud en Venezuela.

Para garantizar el derecho de todos los venezolanos a la salud, el Artículo 84 ordena la creación de un **Sistema Público Nacional de Salud (SPNS)**, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al Sistema de Seguridad Social; está regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad.

El Artículo 85 establece que su financiamiento es obligación del Estado.

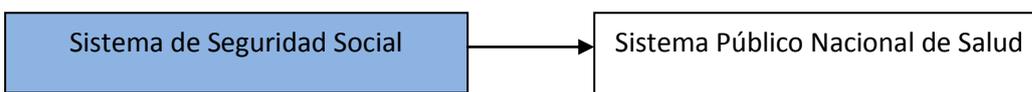
El Artículo 86 establece que toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en diferentes contingencias.

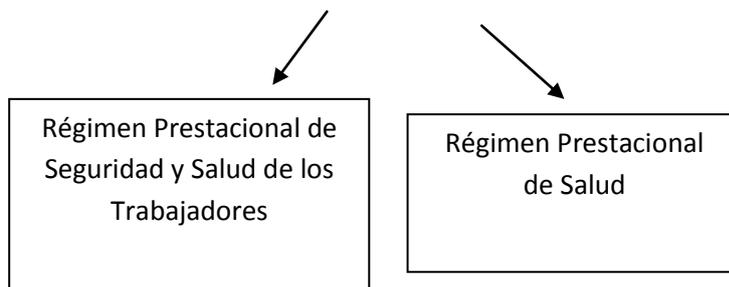
En este contexto, la Asamblea Nacional⁽⁸⁾ aprobó en 2002⁽³²⁾ la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social, y se encuentra en proceso de formulación la propuesta de Ley Orgánica de Salud,⁽⁶⁾ la cual recoge las orientaciones de política y establece las normas para la nueva institucionalidad del sector.⁽³³⁾

El Sistema Nacional de Información en Salud es el responsable de recolectar, analizar y utilizar la información sobre epidemiología, programas y servicios de salud, costos y gastos. En la práctica, estas funciones se ejecutan en forma dispersa por diferentes instancias del MPPSDS y los estados.

Tal como reseñan las páginas oficiales sobre el tema,

“Venezuela se encamina hoy a la creación de un Sistema Público Nacional de Salud para garantizar la atención de sus 27 millones de habitantes, alejado de principios comerciales y con la prevención como concepto básico”.





6. Anteproyecto de la Ley Orgánica de Salud (2002): Subcomisión de Salud de la Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela.

8. Asamblea Nacional (2004): Proyecto de Ley Orgánica de Salud, aprobada el 14-12-2004, Comisión Permanente de Desarrollo Social Integral.

32. Ley Orgánica de la Administración Pública (2001). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela. 37. 305, Octubre 17, 2001.

33. Ley Orgánica de Salud (1998). Gaceta Oficial de Republica de Venezuela. 36579. Noviembre 11, 1998.

El Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) se define como el conjunto de políticas, planes y acciones, recursos financieros de fuentes públicas e instituciones, redes de atención y servicios públicos destinados a la salud, que operen en los ámbitos nacional, estatal y municipal, incluyendo todas aquellas instituciones, redes y servicios que reciban financiamiento por parte del Estado, y está integrado por entidades, instituciones y organizaciones públicas que prestan servicios de salud, reguladas todas, incluyendo las del sector privado, por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social.^(13,36)

Se reconocen dos tipos de redes de establecimientos de salud: En primer lugar, la red municipal de salud, conformada por uno o varios establecimientos de primer nivel y por un establecimiento de referencia de mayor complejidad. (Para su conformación puede recurrirse a la mancomunidad de municipios unidos para estos y otros proyectos afines). Y

en segundo lugar, la red regional de salud, conformada por redes municipales y por los establecimientos de tercer nivel de complejidad, ubicados en las ciudades capitales de estado. Es responsable de su organización el director de DRSNS (Dirección Regional del Sistema Público Nacional de Salud).

Actualmente, la célula madre de este mega-proyecto, se construye en la capital, dando lugar al **Sistema Público Metropolitano de Salud (SPMS)**, cuya expansión a otras regiones comenzará por los estados Aragua, Carabobo y Zulia, y se espera que se establezca en sus próximas etapas de desarrollo.

(52)

13. Blanco, J. (2007): Rumbo a la Integración del Sistema Público Nacional de Salud. MPPCI. 22 de marzo
36. Lozano, M. Venezuela estructura Sistema Público Nacional de Salud. www.prensa-latina.com. 2008.

Para el inicio del programa piloto, el Gobierno Central ha invertido la cantidad de 800 millones de bolívares fuertes, 30 por ciento del cual fue otorgado al área metropolitana de Caracas.

El SPNS se desarrolla en el marco del Sistema de Seguridad Social, garantizando y gestionando el Régimen Prestacional de Salud y la restitución y rehabilitación de la salud del Régimen Prestacional de Seguridad y Salud de los Trabajadores.

Objetivos del Sistema Público Nacional de Salud:

1. Responder al imperativo ético y político de satisfacer las necesidades sociales de calidad de vida y salud de la población.
2. Desarrollar la estrategia promocional de la calidad de vida y la salud como eje de direccionamiento y articulación de todas las políticas y acciones de salud.

3. Asegurar el derecho a la salud de la población, en conjunto con los poderes públicos y la sociedad, en cualquiera de los ámbitos del sistema sanitario.
4. Participar activamente en la superación de las inequidades en calidad de vida y salud, expresada en la formulación de las políticas y planes de salud.

52. Vicepresidencia de la República Bolivariana de Venezuela (2008): Construyendo las Bases del Sistema Público Nacional de Salud en el Distrito Metropolitano de Caracas para el año 2008. Caracas, Enero 2008. Págs. 1-21.

5. Integrar de manera progresiva las estructuras de gestión, el financiamiento y redes de atención de carácter público, gubernamentales o no, en función de asegurar la unidad de esfuerzos y recursos con el objeto de alcanzar mayor calidad de vida y salud de todos y todas
6. Fortalecer la participación social de las personas y colectivos, como sujetos de poder, en todas las estructuras e instancias de decisión del Sistema Público Nacional de Salud.

Funciones del Sistema Público Nacional de Salud:

1. La formulación, implantación, ejecución y evaluación de políticas públicas para responder a las necesidades sociales de calidad de vida y salud, de manera concertada, intersectorial y participativa en interrelación con las políticas económicas y sociales del Estado.
2. La elaboración de Agendas y Planes para la aplicación de las políticas públicas de salud, en forma concertada, coordinada y articulada en las diferentes instancias político territoriales nacional, estatal y municipal.

3. El ejercicio de la facultad rectora y de regulación social sobre las acciones relacionadas con la salud, en función del interés público, con la finalidad de garantizar el derecho a la salud a toda la población.
4. La provisión, gestión, coordinación y regulación de servicios y acciones educativas, preventivas, restitutivas, rehabilitadoras y protectoras de salud para toda la población, orientadas y articuladas con base en una estrategia de promoción de la calidad de vida y la salud.
5. La gestión económica y financiera de políticas, estructuras y acciones relacionadas con la salud, en cada uno de las instancias político territoriales nacional, estatal y municipal.
6. La recolección, procesamiento, análisis y difusión de información acerca de las necesidades de calidad de vida y salud de la población, así como sobre las políticas, acciones y recursos invertidos en salud; y rendir cuentas a los organismos públicos competentes y a los órganos de representación y participación social.
7. La definición, evaluación, establecimiento de prioridades de las políticas de formación y desarrollo de los recursos humanos en salud, conjuntamente con las instituciones académicas nacionales, regionales y los organismos públicos competentes en la materia.
8. La definición de la política de investigación científica y producción de tecnología relacionada con salud, conjuntamente con los ministerios con competencia en ciencia y tecnología, y otros relacionados al área; contribuyendo a la reducción de las brechas de atención a las necesidades de calidad de vida y salud de la población.
9. El establecimiento de mecanismos de evaluación e incorporación de tecnología en salud, según su efectividad social y capacidad de respuesta a las necesidades del país.
10. La ejecución de acciones de intervención y control sanitario y de vigilancia epidemiológica para eliminar, disminuir, detectar y prevenir condiciones peligrosas de salud y/o problemas que puedan afectar la salud de las personas y colectivos, provenientes del medio ambiente; la producción, circulación o consumo de bienes o la prestación de servicios de interés para la salud.

11. La coordinación e intervención ante situaciones de emergencias sanitarias y desastres naturales, tecnológicos o conflictuales.

Las funciones del Sistema Público Nacional de Salud se conciben como competencia concurrentes de las diferentes instancias políticas territoriales de gobierno, involucrados en el mismo.

La organización del Sistema Público Nacional de Salud responde a la estructura federal del Estado y delimita las competencias concurrentes entre los ámbitos nacional, estatal y municipal. Así mismo, el Sistema Público Nacional de Salud integra las instituciones y recursos financieros de fuentes públicas, sin perjuicio de su estructura descentralizada, intergubernamental, intersectorial y participativa, en lo que respecta a la dirección y ejecución de la política de salud, bajo la rectoría del Ministerio con competencia en salud.

Organismo Rector del Sistema

El Poder Ejecutivo Nacional, por órgano del Ministerio con competencia en salud, ejerce la rectoría del Sistema Público Nacional de Salud, de la política nacional de salud y constituye la máxima autoridad del Sistema Público Nacional de Salud. Y tienen competencias a nivel nacional, estatal y municipal.

Competencias del Ámbito Nacional:

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

1. La definición de los lineamientos políticos de dirección y planificación estratégica, así como los objetivos y metas nacionales de desarrollo en salud, a través de la Agenda Estratégica y el Plan Nacional de Salud, velando por que los planes estatales y municipales se ajusten a sus directrices.
2. La formulación, dirección y evaluación de las políticas nacionales de salud, incluyendo alimentación y nutrición.
3. La evaluación de políticas, planes y acciones que generan impacto en la salud y la calidad de vida de la población, elaboradas por sectores

- diferentes al Sistema Público Nacional de Salud; la cooperación, coordinación y vigilancia con los entes responsables, así como hacer las recomendaciones al órgano rector respectivo, con la finalidad de mejorarlas o corregirlas.
4. La fijación de los criterios de asignación de recursos financieros y los mecanismos de seguimiento y evaluación de los recursos asignados, en forma concertada con las administraciones públicas estatales y municipales.
 5. El desarrollo y gestión del Sistema Nacional de Información de Salud.
 6. El establecimiento de las normas, mecanismos y procesos de regulación para el ordenamiento, control, fiscalización e inspección de:
 - a) La prestación de servicios de salud.
 - b) La producción, comercialización y calidad sanitaria de productos, sustancias servicios de consumo y uso humano.
 - c) La producción, comercialización y calidad de equipamientos e insumos para la salud.
 - d) La incorporación de nuevas tecnologías y de nuevas profesiones en salud.
 - e) La re-certificación y práctica de los profesionales y técnicos de la salud.
 - f) La autorización y acreditación de establecimientos y servicios de salud, públicos y privados.
 7. La coordinación nacional, regulación y participación en las acciones de vigilancia epidemiológica y sanitaria; y su ejecución en circunstancias especiales que puedan causar daños graves a la salud, que se escapen del control de los estados y municipios; así como la participación en la definición y fiscalización de normas de control y vigilancia ambiental.
 8. La definición de lineamientos de las redes de atención que conforman el Sistema Público Nacional de Salud; la coordinación de los sistemas de redes de servicios de alta complejidad y los laboratorios nacionales de salud pública; y la elaboración de normas para regular las relaciones entre el Sistema Público Nacional de Salud y los servicios privados contratados para la prestación de salud.

9. La participación en la elaboración y revisión del diseño curricular de pregrado, post-grado y educación continua de los profesionales y técnicos de la salud.
10. La regulación y vigilancia, y la formulación de la política nacional de investigación en salud.
11. La proposición de la legislación nacional de salud, y la participación en la vigilancia de su cumplimiento a nivel nacional.
12. La definición de políticas y el establecimiento de normas y mecanismos de relaciones y cooperación técnica y financiera en el campo de la salud internacional.
13. El acompañamiento y la prestación de cooperación técnica y financiera a los estados y municipios, para perfeccionar su actuación institucional.
14. La proposición de los reglamentos y dictar las resoluciones e instrucciones necesarias para la aplicación y cabal cumplimiento de esta Ley.

Todas las demás competencias cuyo ejercicio les corresponda ejercer en cumplimiento de esta ley y otras disposiciones aplicables vigentes. Estas competencias serán ejercidas directamente por el Ministerio con competencia en salud o por el organismo administrativo que esta Ley determine. Queda a salvo en todo caso la posibilidad de delegar su ejercicio de conformidad con lo previsto en la Ley Orgánica de Administración Pública.

Competencias del Ámbito Estatal:

Sin perjuicio de las excepciones establecidas en esta Ley, la función gestora de los servicios de salud corresponde a las instancias estatales y municipales, y comprende la organización, administración y control de los establecimientos y recursos destinados a la prestación de los servicios de salud en sus ámbitos político territoriales respectivos.

En el ejercicio de la función gestora señalada, las instancias estatales y municipales, quedarán sujetas a las directrices emanadas del órgano rector del Sistema Público Nacional de Salud y a los lineamientos, objetivos y metas de

las políticas nacionales de salud, quedando bajo la responsabilidad del órgano gestor los resultados obtenidos.

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

Niveles de Atención en el SPNS:

En la organización y funcionamiento de la red de atención de salud del Sistema Público Nacional de Salud se ratifica la estrategia atención primaria de salud establecida por la Organización Mundial de la Salud incorporándose en la red de atención de salud nacional las denominaciones: consultorios populares, clínicas populares y hospitales del pueblo. Se contemplan tres niveles de atención:

Primer Nivel: corresponde a modalidades de atención cuya oferta de servicios se enmarca en la promoción de calidad de vida, salud y prevención de la enfermedad, la consulta ambulatoria y de referencia a niveles de atención en salud de mayor complejidad. Este nivel de atención está conformado por los Consultorios Populares y brigadas móviles de salud, constituyéndose en la puerta de entrada al sistema. Como unidades de apoyo a este nivel se encuentran los Centros de Diagnóstico Integral y los Centros de Rehabilitación Integral.

Segundo Nivel: corresponde a las modalidades que requiere atención ambulatoria de mayor complejidad y a la hospitalización de observación en las especialidades básicas de medicina interna, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia; anestesiología, sus servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento y, opcionalmente, traumatología. Las unidades operativas de este nivel son las Clínicas Populares. Como unidades de apoyo se encuentran los Centros de diagnóstico de Alta Tecnología (CAT).

Tercer Nivel: corresponde a la consulta ambulatoria de especialidades y supra especialidades, hospitalización, servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento de alta tecnología y complejidad. Las unidades operativas de este nivel son los Hospitales del Pueblo.

Se contempla la formación de Redes Sociales de Salud constituidas por las correspondientes Organizaciones Territoriales de Base y los **Comités de Salud** en el ámbito urbano y rural, de acuerdo con sus usos, costumbres o disposiciones estatutarias, reconociendo prioritariamente el derecho de las mujeres campesinas, indígenas y originarias y de los niños, niñas y adolescentes.

El énfasis en la concepción de promoción y prevención de la salud, en la atención primaria de la salud y la declaración de respeto por curadores tradicionales y sistemas de salud indígenas, representa un avance importante en esta materia. Sin embargo, los primeros intentos de funcionamiento del Sistema de salud durante los años 1999-2003 no lograron resolver los graves problemas estructurales, sólo se avanza a nivel asistencial con la implementación de programas de atención en situación de emergencia nacional dirigido por militares y algunos civiles voluntarios.

Redes Públicas de Salud: Es de suma importancia para el SPNS en función de su organización, la conformación de las **Redes Públicas de Salud**, constituidas por los **establecimientos prestadores de servicios y programas de salud** (hospitales, ambulatorios, centros de especialidades, maternidades, bancos de sangre, entre otros), distribuidos según los grados de complejidad, cobertura geográfica, sectorización poblacional y capacidad resolutoria de los mismos, que permitirá la estratificación de la atención médica en niveles de atención, y así agilizar el diagnóstico y remisión del paciente evaluado en el nivel primario, hacia el secundario o terciario y de éstos nuevamente al primario, facilitando la atención especializada en casos que lo requieren, y evitando el congestionamiento de los centros de salud pública.

Un aporte importantísimo, y tal vez el mayor legado del Sistema Público Nacional de Salud a la sociedad, es su inherencia en las áreas preventivas en

las que es indispensable el desarrollo de la promoción social, con lo cual se dictarán políticas y programas de múltiple impacto que podrán ser administrados por diferentes instituciones que vigilen o establezcan nexos con el Ministerio para velar por la aplicación de dichos programas, y de esta forma prevenir notablemente enfermedades y accidentes evitables.

Las áreas prioritarias para el enfoque de promoción social son las siguientes:

Salud mental: Es necesario fortalecer los sistemas de registro de la información relacionada con salud mental. Los datos disponibles provienen de los registros de la demanda atendida en los centros especializados de atención, y no incluyen la demanda de atención en los establecimientos del primer nivel. Esto refleja un enfoque centrado en la enfermedad cuyo eje sigue siendo el hospital psiquiátrico y los establecimientos de larga estancia (colonias psiquiátricas). Los compromisos asumidos por el país en la Declaración de Caracas 1990, implican integrar los servicios de salud mental, tanto las consultas ambulatorias y la hospitalización, a la red general de servicios, con una efectiva participación de la comunidad.

Accidentes y violencia: En el periodo de 1998-2000, la violencia intrafamiliar reportó un promedio de 4.000 denuncias anuales. En el servicio 0-800-MUJER, del total de llamadas recibidas entre 2000-2001, 57,7% correspondió a violencia contra la mujer y la familia. Si bien este problema ha sido definido como una prioridad nacional (el INAMUJER le asigna más del 70% de su presupuesto), existen todavía muchas limitaciones referidas principalmente a no contar con un sistema nacional de referencia y registro de la información, así como protocolos para el registro y atención adecuada a este problema. En el 2003 se creó la Comisión Interministerial de Atención, Prevención y Educación Vial. Para el 2004 se reactivó el Programa Nacional del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de accidentes y otros hechos violentos.

Farmacodependencia: Un estudio realizado en 1998 reveló que la mayoría de los afectados eran hombres, solteros, entre 20 y 29 años, nivel educativo secundario incompleto o menor, desempleados, que iniciaron el consumo antes de los 20 años con marihuana, alcohol o cocaína. El mismo estudio reveló que el inicio del consumo se presenta a una edad muy temprana (10 a 19 años) sobre todo con alcohol y tabaco. Existe una tendencia al aumento del uso de psicofármacos, alcohol y tabaco por parte de las mujeres. En el 2000, 43,9% de los traumatismos y 28,1% de las lesiones ocurrieron en las personas que reportaron uso reciente de alcohol (últimas seis horas), en contraste con 10,4% de traumatismos y 3,5% de lesiones entre los no consumidores. El 42,9% de los accidentes de vehículos automotores, 27,8% de los homicidios y 50% de los suicidios se asociaron también al consumo reciente de alcohol. Los esfuerzos realizados frente al problema han sido insuficientes siendo uno de los factores que más ha influido ha sido la falta de coordinación entre las instituciones involucradas y del diseño de programas preventivos intersectoriales dirigidos a los grupos de mayor riesgo, así como de la carencia casi total de programas curativos.

Tabaquismo: La prevalencia entre adultos descendió de 39,8% en 1984 a 30% en 1997, pero en jóvenes menores de 15 años pasó del 2,7% al 7% en el mismo período, siendo más significativo en el sexo femenino. Con relación al consumo per cápita de cigarrillos ha caído de 1.893 unidades en 1984 a 897 unidades en 1997. Se hace necesario fortalecer las legislaciones orientadas al grupo menor de 15 años y en especial hacia la prohibición total de la publicidad. A partir del 2003 el MPPSDS inició una política de regulación y control sanitario de los productos del tabaco y se aprobaron dos resoluciones ministeriales mediante las cuales se adopta un nuevo sistema de advertencias sanitarias con el uso de leyendas y pictogramas que ocupan 100% de una de las caras frontales de las cajas de cigarrillos y queda igualmente prohibido la utilización de términos tales como ligero, suave, etc. en todos los empaques de cigarrillos y otros productos del tabaco. La segunda resolución hace de obligatoriedad la regulación y control sanitario de los productos del tabaco, permitiendo a las autoridades sanitarias el análisis y monitoreo de los

componentes y emisiones tóxicas de los productos del tabaco con miras de establecer topes para la utilización de estos productos.

Nutrición y alimentación: En los últimos años se ha visto afectada por una reducción de la satisfacción de las necesidades energéticas, especialmente en los estratos de menores ingresos. El país está en la categoría de autonomía crítica, ya que, entre otros elementos, 47,1% de las calorías para el consumo provienen de alimentos importados. Para el 2000 los grupos más afectados por desnutrición global fueron los menores de 2 años (11,7%) de 2 a 6 años (22,4%) y de 7 a 14 años (24,4%). El déficit nutricional observado en preescolares que acuden a las escuelas públicas es de 24,7%. La mortalidad por deficiencias nutricionales afecta más al grupo de niños menores de 1 año; ésta aumentó de 39,7 en 1989 a 60,3 por 100.000 nacidos vivos en 1999. La prevalencia de exceso de peso en menores de 15 años aumentó de 8,5% en 1990 a 11,3% en el 2000. Para 1999, la disponibilidad de alimentos en el mercado, conteniendo proteínas, hierro, vitaminas A y C, tiamina y niacina, fue de suficiencia plena (superior a 110%), sin embargo la de calorías, riboflavina y calcio fue de insuficiencia crítica (menor a 90%). El desafío es lograr el acceso equitativo a los macro y micronutrientes por parte de los grupos vulnerables. A partir de enero de 2003 comenzó a funcionar el Comité Nacional del Codex abriendo un espacio de discusión que integra los sectores públicos y privados, vinculados al control de los alimentos y donde se están sentando las bases que permitan revertir esta situación y obtener la modernización del control de los alimentos a nivel nacional.

Salud oral: Para 1997-1998, el índice de caries (en dientes temporales o primarios) a los seis años de edad reflejó un promedio de tres órganos afectados y en dientes permanentes el promedio de Dientes Cariados, Perdidos y Obturados (CPOD) hasta los ocho años de edad es inferior a un órgano dental (quizá debido a estar en transición en la etapa de dentición mixta). Para la edad de doce años se logró superar la meta establecida por la OPS para el 2000 (un CPOD = 3), 2,12 órganos dentales afectados. No obstante, a la edad de 15 años se observa un incremento por encima de 3, que

podiera agravarse hacia la edad adulta, dada la ausencia de campañas institucionales para promover la salud bucal en nuestro país.

Salud y ambiente: El país tiene 17% de su territorio clasificado como áreas ambientalmente protegidas (ABRAE). Se cuenta con una Ley Penal del Ambiente y un cuerpo de reglamentos y normas que se están actualizando. La vigilancia sanitaria-ambiental carece de suficiente capacidad en laboratorios, recursos humanos capacitados e investigación.

Recursos hídricos: La cobertura de distribución de agua potable pasó del 77% en 1996 al 84% en el 2000, las áreas no cubiertas corresponden principalmente a las zonas rurales, indígenas y a las urbanas no consolidadas. Se cuenta con 125 plantas de potabilización, mayormente ubicadas en los sistemas que dan servicio a las zonas urbanas, garantizando su calidad. Esta infraestructura se considera suficiente, con relación a su capacidad de diseño. Existe deficiencia en la vigilancia y control del servicio en las zonas rurales y como consecuencia, la calidad de las aguas distribuidas es dudosa.

Aguas servidas: En el 2000, 73% de la población nacional poseía servicios de disposición adecuada de aguas servidas, concentrándose el déficit en las zonas rurales, indígenas y urbanas no consolidadas, que sólo reciben tratamiento del 10% total de aguas servidas. Aunque la inversión pública anual en el sector no supera el 0,2% del PIB en los últimos cinco años, para el 2001 se consolidó un Plan Nacional de Saneamiento, con recursos adicionales del orden de 88,9 millones de dólares, que significó un incremento presupuestario del 26,7% para el sector. Un aspecto fundamental y de gran incidencia en el déficit financiero del sector lo constituye el agua no contabilizada (ANC) la cual alcanzó un promedio nacional en 1999 del 62%.

Residuos sólidos: El 72% de los municipios adolece de infraestructura para la disposición sanitaria de residuos sólidos y el país no cuenta con rellenos de seguridad para los materiales peligrosos, incluidos los residuos hospitalarios. En la actualidad se desarrollan los marcos legales que permitan dar respuesta a esta problemática. Se dispone de la propuesta de Ley de

Residuos Sólidos (2003) y se implementaron las directrices de Planes Regionales de Manejo de Residuos Sólidos (2003). Se construyeron y rehabilitaron sitios de disposición final de residuos. Continúa siendo un problema significativo a nivel nacional, el manejo sanitario ambiental de los residuos.

Monitoreo atmosférico: En el ámbito nacional, éste se realiza mediante una red instrumental, la cual ha detectado un incremento en los niveles contaminantes, especialmente en material particulado en las zonas industriales de los estados Zulia y Bolívar. Las instituciones públicas han aplicado medidas de control como la instalación y adecuación tecnológica de plantas industriales. Se ha planteado como meta la eliminación del uso de la gasolina con plomo para el 2005, y se promueve el uso del gas (GNP) y de gasolina sin plomo para los vehículos automotores. Durante el 2003 se desarrollaron estudios e investigaciones sobre problemas ambientales manifestados por niveles de contaminación atmosférica, principalmente en zonas de desarrollo industrial; los pasivos ambientales en este tópico son elevados y se vinculan al uso actual de los adelantos tecnológicos en el área.

Salud ocupacional e higiene industrial: Los riesgos ocupacionales en la última década tienden a incrementarse, aún con el subregistro existente, como consecuencia directa del empleo informal, el uso de locales no adecuados e, incluso, el uso de la vivienda-hogar como centro de producción. Las primeras enfermedades ocupacionales están representadas por la sordera industrial y otras patologías asociadas a ruido y vibraciones, intoxicaciones por sustancias químicas y trastornos músculo-esqueléticos. El gobierno nacional ha fijado como una de sus políticas la salud de los trabajadores y trabajadoras, pero aun no se ha desarrollado la seguridad social, existiendo problemas significativos por la alta cifra de desempleados y sub-empleados.

Desastres naturales: El MPPSDS no cuenta con la organización central, regional y local para hacerle frente a una situación de desastre. En la mayoría de los establecimientos de salud, no existen planes de emergencias. Actualmente se toman medidas para mejorar la capacidad institucional

mediante la cooperación técnica con los países andinos. Para el 2003 se promulgó la Ley de protección civil y se ha trabajado en el establecimiento de su reglamento. En este mismo año se concreta el proyecto de Venehmet sobre información de eventos meteorológicos. En el 2004 se concretó la designación de la Coordinación de Emergencias y Desastres del Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Se estableció el Comité Ministerial para la elaboración del Plan de Emergencias y Desastres del sector Salud, así como el Plan Operativo de las diferentes direcciones que lo componen. Se actualizó el Plan Unificado Medico Asistencial (CUMA) bajo responsabilidad de Sanidad Militar, Ministerio de la Defensa. Se dispone de investigaciones y estudios sobre Evaluaciones de Riesgos en diferentes zonas del país, realizados con apoyo de JICA-JAPON en el área Metropolitana de Caracas (2004).

Inocuidad de los alimentos: Para garantizar la inocuidad de los alimentos, el MPPSDS es el responsable del registro de todos los alimentos en el país y de controlar su inocuidad desde la industria hasta el consumo. No hay control de residuos de medicamentos de uso veterinario como contaminantes de alimentos, ni existen medidas relativas a alimentos genéticamente modificados, sin embargo, el Ministerio del Ambiente y de los Recursos Naturales ha trabajado en la elaboración de la Ley de Biodiversidad Biológica, aprobada en la Asamblea Legislativa, y su Reglamento, el cual está en revisión. El MPPSDS empezó, a partir del 2000, la implementación del sistema HACCP en la industria de alimentos y en los establecimientos expendedores de comidas rápidas del país.

Es así como la consolidación y unificación del SPNS, es de suma importancia para la Seguridad Integral de la Nación, debido a que el establecimiento de éste Sistema, lleva en su interior la transformación holística de la ejecución de la política de salud pública, al propiciar la conformación de una organización cohesionada de alta especialización, que integrada al sistema de seguridad social, se encargará de la salud de la población desde la atención primaria, registro de datos individualizados, adecuación de terapias alternativas, saneamiento ambiental, contraloría de salud colectiva, la atención de situaciones de catástrofes, prevención y atención de riesgos en el trabajo,

Atención de trabajadores y trabajadoras del Poder Público, hasta la investigación y elaboración de medicamentos.

Todo indica que la implantación de las políticas sanitarias propuestas por la nueva Ley de Salud se encuentra en plena marcha, dadas las noticias recientes que del tema se han producido.

En marzo de 2007, el Presidente de la República Bolivariana de Venezuela, Hugo Chávez, ordenó la creación de un plan para recuperar los grandes hospitales que dependen de gobernaciones y alcaldías, mediante ley habilitante, para que desde el poder central se les asignen más recursos y se garantice su correcta inversión. A juicio del presidente, existen municipios y gobernaciones a los cuales se les transfirieron grandes hospitales durante el proceso de descentralización, algunos de ellos centros con alcance nacional, para lo cual no poseían la suficiente capacidad de respuesta.

Por ello giró instrucciones al entonces ministro de Salud, Erick Rodríguez, para que promoviese un plan de recuperación de esos hospitales, mediante ley habilitante, para que desde el poder central se les asignasen más recursos; con la idea de integrar en uno solo, el Sistema Nacional Público de Salud, especialmente en lo que respecta a hospitales tipo III.

En octubre del año en curso, el gobierno central anunció que los programas sociales y de acceso pleno a los servicios de salud serán fortalecidos con el 5,5% del total del Presupuesto Nacional para el año 2009, destinado a la consolidación del Sistema Público Nacional de Salud venezolano.

En ese sentido, la asignación presupuestaria para el año 2009 en materia de salud pública, refleja la intención de consolidar todos los programas enfocados en garantizar una mejor calidad de vida a los venezolanos y venezolanas, así como de facilitar el acceso al derecho constitucional de tener una salud universal, integral, gratuita y participativa. En este sentido, el ministro del poder popular para las finanzas, Alí Rodríguez Araque, presentó un plan de

Presupuesto Nacional para el próximo año, en donde se otorga la cantidad de 9.289,5 millones de bolívares fuertes a la salud nacional, constituyendo la inversión más alta en el área sanitaria en los últimos años. Ese presupuesto fundamentará el desarrollo, continuidad y consolidación de los programas en salud, de índole comunitaria, colectiva y social, que impulsa la medicina técnica de manera preventiva, curativa y promocional de la salud.

La intención de integrar todos los servicios de salud en un sólo sistema, el cual posee Barrio Adentro como base fundamental a través del cual se han salvado más de 362 mil vidas, permitirá continuar la formación de agentes comunitarios en atención primaria, como estrategia de promoción y prevención, que impactará a mediano plazo en las poblaciones rurales.

Las políticas de Estado para la atención en salud descarta completamente las acciones de discriminación, pues abarca desde los sectores más desposeídos con el impulso de formación de Médicos Integrales Comunitarios, hasta los sectores de mejores recursos, quienes se han visto gratamente beneficiado por Centros de Diagnóstico Integral (CDI), Salas de Rehabilitación Integral (SRI) y Centros de Alta Tecnología (CAT).

La asignación de recursos para la consolidación del Sistema Público Nacional de Salud, no sólo representan beneficios para alcanzar la meta de construcción de unos 600 CDI en el país y toda la red Barrio Adentro, sino que también son beneficios para la formación y capacitación de la comunidad organizada como actores principales de la promoción de la salud.

El cumplimiento de los objetivos fundamentales de garantía de salud pública, facilitará garantizar el impacto social propuesto en la ejecución de proyectos bandera como: Misión Barrio Adentro I, II, III y IV, plan nacional de vacunación, plan de salud indígena, fortalecimiento de la red de suministro y distribución de medicamentos, entre otros.

Para la implementación de este plan, la coordinación de la Misión barrio adentro ideó un Plan Estratégico Social (PES), el cual constituye un

instrumento de planificación política orientado a transformar las condiciones de calidad de vida del pueblo venezolano, viabilizando la aplicación integral de los derechos garantizados constitucionalmente, y el desarrollo de los objetivos del proyecto político nacional bajo un enfoque de construcción de un nuevo orden de justicia social para todas y todos con poder de participación en las decisiones públicas, basado en fundamentos de carácter ético que se traducen en directrices estratégicas:

1) El imperativo de dar respuesta a las necesidades sociales, analizando y actuando en la complejidad de los factores determinantes de calidad de vida (sociales, económicos, culturales, políticos, etc.).

2) La adopción de la estrategia promocional de calidad de vida y salud, la cual conlleva a: Preservar las autonomías individuales y colectivas, desarrollar las capacidades que faculten la garantía universal de derechos en un marco de equidad. Esta estrategia contempla un enfoque de actuación transectorial y transdisciplinaria, de manera que se puedan identificar las brechas de equidad y se establezca el déficit de respuesta a las necesidades sociales.

3) Desarrollo de una nueva forma de atención que reordene el conjunto de servicios y recursos humanos; constituyendo sistemas de redes públicas de calidad de vida a nivel nacional, regional y local, con responsabilidades adscritas por territorios y con participación social en la defensa de la calidad de vida.

4) Construcción de una nueva institucionalidad pública de gestión social coherente con el interés colectivo.

Actualmente se viene implementando a nivel nacional el proceso de difusión y capacitación del referido Plan Estratégico Social, el cual sirve de base en la elaboración de los planes operativos previstos para el año 2003 en los diferentes niveles y áreas de atención, primordialmente en lo que respecta al componente de Promoción para la Salud, contemplado en los distintos Programas de Salud Pública que adelanta este Ministerio. En tal sentido, cabe destacar que en todo el ámbito nacional se cuenta con una infraestructura conformada por personal profesional, técnico y auxiliar de las distintas

disciplinas, lo cual favorece el intercambio de conocimientos, ideas y experiencias, a fin de garantizar una atención de calidad, cónsona con las necesidades y demandas de acuerdo a las características de cada región. Se cuenta con un personal debidamente capacitado en el área social, constituyéndose en pilar fundamental de la actual política de gestión, orientada hacia la atención integral y participativa, desarrollando una serie de actividades que van desde la planificación, desarrollo y evaluación de planes, proyectos y programas, hasta la aplicación de métodos y técnicas que faciliten el logro del objetivo propuesto como es el de brindar una atención oportuna y de calidad, bajo un criterio de corresponsabilidad interdisciplinaria e interinstitucional, contando con la participación ciudadana a través de la sociedad civil organizada (grupos, asociaciones de vecinos, juntas parroquiales entre otras).

2.3. Bases Legales ⁽²⁰⁾

La Constitución Bolivariana y el Plan Simón Bolívar como Marco del Plan Nacional de Salud.

2.3.1 El Derecho a la Salud en la Constitución Bolivariana

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) reconoce la salud como un derecho social fundamental, al mismo tiempo que consagra como derecho la mayoría de los determinantes, y responsabiliza al Estado de garantizarla, así como organizar el Sistema Público Nacional de Salud, vinculado al Sistema de Seguridad Social. La Constitución define los principios y valores que deben regir el Sistema Público Nacional de Salud (ver recuadros).

2.3.2 El Sistema Público Nacional de Salud en la Constitución Bolivariana.

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

Artículo 85:“El financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley.

20. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, 5453. 3 de marzo de 2000.

El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria. En coordinación con las universidades y los centros de investigación, se promoverá y desarrollará una política nacional de formación de profesionales, técnicos y técnicas y una industria nacional de producción de insumos para la salud. El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud”.

Artículo 86: “Toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en contingencias de maternidad, paternidad, enfermedad, invalidez, enfermedades catastróficas, discapacidad, necesidades especiales, riesgos laborales, pérdida de empleo, desempleo, vejez, viudedad, orfandad, vivienda, cargas derivadas de la vida familiar y cualquier otra circunstancia de previsión social. El Estado tiene la obligación de asegurar la efectividad de este derecho, creando un sistema de seguridad social universal, integral, de financiamiento solidario, unitario, eficiente y participativo, de contribuciones directas o indirectas. ...”.

2.3.3. Derecho a la Salud y Calidad de Vida en la Constitución Bolivariana.

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

Artículo 2: “Venezuela se constituye en un Estado democrático y social de derecho y de justicia, que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico y de su actuación, la vida, la libertad, la justicia, la igualdad, la solidaridad, la democracia, la responsabilidad social y, en general, la preeminencia de los derechos humanos, la ética y el pluralismo político”.

Artículo 3: “El Estado tiene como fines esenciales la defensa y el desarrollo de la persona y el respeto a su dignidad, el ejercicio democrático de la voluntad popular, la construcción de una sociedad justa y amante de la paz, la promoción de la prosperidad y bienestar del pueblo y la garantía del cumplimiento de los principios, derechos y deberes reconocidos y consagrados en esta Constitución. La educación y el trabajo son los procesos fundamentales para alcanzar dichos fines”.

Artículo 19: “El Estado garantizará a toda persona, conforme al principio de progresividad y sin discriminación alguna, el goce y ejercicio irrenunciable, indivisible e interdependiente de los derechos humanos...”

Artículo 75: “El Estado protegerá a las familias como asociación natural de la sociedad y como el espacio fundamental para el desarrollo integral de las personas. Las relaciones familiares se basan en la igualdad de derechos y deberes, la solidaridad, el esfuerzo común, la comprensión mutua y el respeto

recíproco entre sus integrantes. El Estado garantizará protección a la madre, al padre o a quienes ejerzan la jefatura de la familia...”

Artículo 76: “La maternidad y la paternidad son protegidas integralmente, sea cual fuere el estado civil de la madre o del padre. Las parejas tienen derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos o hijas que deseen concebir y a disponer de la información y de los medios que les aseguren el ejercicio de este derecho. El Estado garantizará asistencia y protección integral a la maternidad, en general a partir del momento de la concepción, durante el embarazo, el parto y el puerperio, y asegurará servicios de planificación familiar integral basados en valores éticos y científicos...”

Artículo 82: “Toda persona tiene derecho a una vivienda adecuada, segura, cómoda, higiénica, con servicios básicos esenciales que incluyan un hábitat que humanice las relaciones familiares, vecinales y comunitarias. La satisfacción progresiva de este derecho es obligación compartida entre los ciudadanos y ciudadanas y el Estado en todos sus ámbitos. El Estado dará prioridad a las familias y garantizará los medios para que éstas, y especialmente las de escasos recursos, puedan acceder a las políticas sociales y al crédito para la construcción, adquisición o ampliación de viviendas”.

Artículo 87: “Toda persona tiene derecho al trabajo y el deber de trabajar. El Estado garantizará la adopción de las medidas necesarias a los fines de que toda persona pueda obtener ocupación productiva, que le proporcione una existencia digna y decorosa y le garantice el pleno ejercicio de este derecho..... Todo patrono o patrona garantizará a sus trabajadores o trabajadoras condiciones de seguridad, higiene y ambiente de trabajo adecuados. El Estado adoptará medidas y creará instituciones que permitan el control y la promoción de estas condiciones”.

Artículo 102: “La educación es un derecho humano y un deber social fundamental, es democrática, gratuita y obligatoria...”

Artículo 111: “Todas las personas tienen derecho al deporte y a la recreación como actividades que benefician la calidad de vida individual y colectiva...”

Artículo 122: “Los pueblos indígenas tienen derecho a una salud integral que considere sus prácticas y culturas. El Estado reconocerá su medicina tradicional y las terapias complementarias, con sujeción a principios bioéticos”.

Artículo 127: “...Toda persona tiene derecho individual y colectivamente a disfrutar de una vida y de un ambiente seguro, sano y ecológicamente equilibrado. (...) Es una obligación fundamental del Estado, con la activa participación de la sociedad, garantizar que la población se desenvuelva en un

ambiente libre de contaminación, en donde el aire, el agua, los suelos, las costas, el clima, la capa de ozono, las especies vivas, sean especialmente protegidos, de conformidad con la ley”.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO (26,30, 53)

III.1. Tipo y Nivel de Investigación

Esta investigación es de tipo documental-descriptiva, soportada con análisis de contenido, basada en la información disponible en las bases de datos comunes sobre el Sistema Público Nacional de Salud, aplicando las teorías gerenciales en un análisis comparativo que permita ubicar a dicho sistema en una de ellas. Las bases de datos son de tipo bibliográfica (libros, revistas, comunicados, anuarios, folletos de prensa, etc.) así como de tipo electrónico mediante la búsqueda de información nacional e internacional vía Internet. También se procedió a entrevistas personales con expertos con el fin de obtener información actualizada en progreso.

III.2. Diseño de Investigación

Se baso en una investigación descriptiva, que en una primera etapa de obtención de datos y una segunda etapa de análisis de los mismos.

Durante la primera etapa se clasificarán los datos en una fase retrospectiva, basada en la información recabada desde 1999 con el nacimiento del SPNS en el marco de la Constitución Nacional de ese año, y otra fase prospectiva que va desde el año actual (2008) hasta la información

26. Guibourg, Ricardo, Ghigliani Alejandro, Guarinoni Ricardo (2000): Introducción al conocimiento científico. Eudeba, Universidad de Buenos Aires (BsAs) Cap. Fed. 3° Edición, 1° reimpresión, febrero 2000. Editorial Universitaria de Buenos Aires (BsAs). Impresión: Ripari S.A. Cap. Fed. Argentina

30. Hurtado L. Ivan, Toro G. Josefina (2007): Paradigmas y métodos de investigación en tiempos de cambio (modelos de conocimiento que rigen los procesos de investigación y los métodos científicos expuestos desde la perspectiva de las ciencias sociales. Caracas). Los Libros del Nacional, Editorial CEC. S.A. Caracas – Venezuela.

53. Vieytes Rut (2004): Metodología de la Investigación en Organizaciones, Mercadeo y Sociedad Epistemología y Técnicas. 1era Edición. Buenos Aires. De las Ciencias, Tacuari Bs As. Argentina.

actualizada disponible al momento de presentación de este trabajo, incluyendo todas las fuentes informativas oficiales y/o extraoficiales disponibles hasta ese momento.

Concluida la primera etapa de recolección, se llevo a cabo una etapa de análisis; en la cual se obviarán las parcialidades políticas y se hará una exploración detallada de los fundamentos del SPNS, y de los costos económicos, sociales, culturales del SPNS y el pronóstico de la implementación de cada aspecto del proyecto. Sobre todo se examinará el avance del mismo y su comparación con los lapsos proyectados en el **Plan Operativo del SPNS**, para conocer si existe retraso en la ejecución o se han cumplido los límites de tiempo estimados en la implementación de las fases.

Posteriormente se examinará toda la cobertura mediática (prensa escrita y audiovisual) existente para el SPNS y se comparará la información divulgada por los medios de comunicación social en cuanto a las fases de ejecución del proyecto, con la obtenida por el investigador.

Se procedió luego a la elaboración de resultados, con basamento en la situación actual, las dificultades de implantación de las fases operativas del

SPNS, los costos estimados y reales, así como el análisis comparativo entre lo divulgado y lo ejecutado.

Finalmente se elaboraron las recomendaciones finales con el fin de realizar un aporte a la ejecución del proyecto social en estudio.

III.3. Instrumentos de Recolección de Datos y Presentación de Resultados

Capturar la Información

Se realizaron una compilación bibliográfica que incluirá leyes pasadas y actuales, libros sobre el tema de la salud, material disponible en la web, reseñas de prensa escrita, virtual y audiovisual, entrevistas personales a expertos, etc.

Universo de Estudio

Mediante esta investigación se estudiaron las leyes y los sistemas sanitarios aplicados históricamente y actualmente en Venezuela, así como aquellos planes exitosos en otras latitudes de América Latina. Se establecerán comparaciones entre lo disponible en Venezuela y en todo el continente, y entre el plan teórico y su aproximación práctica.

Limitaciones de la Investigación

Esta investigación se ve limitada por múltiples factores como la escasa información disponible en cuanto al tema, por ser una fuente de información en progreso constante, la falta de interés de los expertos tradicionales en estudiar el SPNS, el hermetismo gubernamental en cuanto al avance de su implementación, la escasa cobertura que brindan los medios de comunicación privados al proyecto de salud, la baja disposición de los funcionarios del

gobierno a dar entrevistas sobre el tema, la inexactitud y/o manipulación de algunas fuentes de información, y por último y no menos importante, los pocos avances mundiales en cuanto a la salud pública global.

Procesar la Información

Posibles Indicadores de Gestión en el SPNS

La aplicación de una estrategia de gestión empresarial debe enmarcarse en el preliminar estudio de la realidad de la salud en Venezuela, con un análisis real y objetivo de los servicios de salud ofertados, así como el reconocimiento de las potencialidades, la habilidad y creatividad para maximizar el aprovechamiento de recursos económicos, tecnológicos, de infraestructura, humanos, etc.

Así mismo, es importante reconocer sin ambages, el modelo de servicio de salud bajo el cual opera en la realidad nuestro país y hacia donde se dirigen nuestras políticas de salud, más allá de lo referido en la fundamentación que hace la ley del SPNS.

De esta forma, es importante el desarrollo de indicadores de salud y de atención médica, que pueden ser de varios grupos:

Indicadores para medir el nivel de salud de la población

Indicadores de condiciones sanitarias del ambiente

Indicadores de recursos y actividades de salud.

Indicadores Económico- Sociales

Indicadores de la política sanitaria

Indicadores de Salud ocupacional

Indicadores para la calificación de establecimientos de atención médica.

Una vez evaluados todos los indicadores, en base a lo que arroje la investigación según el nivel de desarrollo del SPNS, se estará en capacidad de dar resultados parciales sobre su aplicación, denotando de esta forma la factibilidad del plan.

III.4. Abordaje Epistemológico de la Investigación

La posición del investigador respecto al estudio fue establecer una distancia para lograr una evaluación objetiva de los elementos y acciones que deben armonizar con el fenómeno estudio, el autor inicialmente considera que este fenómeno no se debe plantear desde la base del conocimiento modernista que supone la descomposición de las partes y estudiando a cada una de ellas por separado obtendremos una verdad única sobre el fenómeno. Las piezas claves de este estudio están relacionadas entre sí sobre todo con el entorno.

Antes de enmarcar la investigación dentro de los diferentes términos metodológicos se presenta a continuación la cuadro N° 1, la cual explica las diferentes posiciones y clasificaciones de los diferentes autores relativo al tema metodológico:

Cuadro # 1

Metodología Autor(es)	Tipo de Investigación	Diseño de la Investigación	Métodos (Cuantitativos o Cualitativos)	Procesamiento de Datos	Presentación de Hallazgos
(27,28) Hernández R. Sampieri; Fernández Collado C; Baptista Lucio. 1. Metodología de la Investigación. 2. Fundamentos de la Metodología de Investigación		<p>Es el plan o estrategia que se desarrolla para obtener la información que se requiere en una investigación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Experimentales: Estudios de intervención, porque un investigador genera una situación para tratar de explicar cómo afecta a quienes participan en ella en comparación con quienes no lo hacen. • No Experimentales: Estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en lo que solo se observa los fenómenos en su ambiente natural para después de analizarlos. 	<p>Recolectar datos, implica elaborar un plan detallado de procedimientos que nos conduzcan a recolectar datos con un propósito específico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuantitativos: Aquellos que vinculan conceptos con indicados-res empíricos, mediante clasificación o cuantificación. • Cualitativos: Aquellos que obtienen datos de variables, las cuales no poseen unidades medibles convencionales, que se transformaran en información, para responder las preguntas de investigación y generar conocimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuantitativos: Los datos obtenidos se analizan mediante computadores u ordenadores. Pocas veces se hacen manual, en especial si hay un volumen considerable de datos. Se efectúa sobre la matriz de datos utilizando un programa computacional (SPSS, Minitab, Stars, SAS o su equivalente) • Cualitativos: Es obtener datos (que se conviertan en información) de personas, seres vivos, comunidades, contextos o situaciones en profundidad; en las propias "formas de expresión de cada uno de ello". Los datos se recolectan con la finalidad de analizarlos y comprenderlos, y así responder a las preguntas de investigación y generar conocimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuantitativos: Definir el tipo de reporte que es necesario elaborar, esto depende de varias precisiones: (1) razones por las cuales surgió la investigación; (2) los usuarios del estudio; (3) el contexto en el cual se habrán de presentar. • Cualitativos: Los resultados del proceso cualitativo pueden adquirir los mismos formatos que los reportes cuantitativos. Son una manera de describir el estudio a toras personas y representan la culminación del proceso de investigación. El reporte debe ofrecer una respuesta al planteamiento del problema y señalar las estrategias que se usaron para abordarlo entre otros.

Cuadro # 2

Metodología Autor(es)	Tipo de Investigación	Diseño de la Investigación	Métodos (Cuantitativos o Cualitativos)	Procesamiento de Datos	Presentación de Hallazgos
(39) Méndez Álvarez Carlos Eduardo (Metodología)	<p>Señala el nivel de profundidad con el cual el investigador busca abordar el objeto de conocimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exploratorio: Permite formular hipótesis de 1 y 2 grado, las cuales pueden ser relevantes en el nivel más profundo del estudio propuesto. • Descriptivo: Identifica características del universo de investigación, señala forma de conducta, establece comportamientos concretos y descubre y comprueba asociación entre variables • Explicativo: Se orienta en comprobar, hipótesis de 3 grado, esto es, identificación y análisis de las causas y sus resultados, los que se expresan en hechos variables. 		<p>Es el procedimiento riguroso, formulado de una manera lógica que el investigador debe seguir en la adquisición del conocimiento</p> <p>Observación: Es el pro-ceso mediante el cual se percibe deliberada-mente ciertos rasgos existentes en la realidad por medio de un esquema conceptual previo y con base en ciertos propósitos definidos que se quieren investigar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inductivo: Permite al investigador partir de la observación de fenómenos o situaciones particulares que marcan el problema de investigación y concluir proposiciones y a su vez premisas que expliquen fenómenos similares. • Deductivo: Proceso que se inicia con la observación de fenómenos generales con el propósito de señalar las verdades particulares contenidas explícitamente en la situación general. • De Análisis: Se inicia por la identificación de cada una de las partes que caracterizan una realidad. De esa manera, se establece la relación causa-efecto entre los elementos que componen el objeto de investigación. • De Síntesis: Es aquel que procede de lo simple a lo complejo, de la causa a los efectos, de la parte al todo, de los principios a la consecuencia 	<p>La información tabulada y ordenada se debe someter a tratamiento por técnicas de análisis matemático de carácter estadístico y el investigador debe definir en su proyecto el empleo de parámetros de posición (medidas de posición) como valores medios, según tamaño (media) valores medios, según posición (mediana), valores medios según frecuencia (moda), cuatriles, deciles y centiles, y parámetros de dispersión, como los intervalos de variación, desviación media, desviación estándar, varianza, coeficiente de variación, empleo de números índices, correlación y regresión.</p>	<p>Se debe definir la forma de presentación de los datos: presentación escrita, representación semitabular, representación tabular (cuadros o tablas), representación es gráficas (diagramas, gráficos, pictogramas)</p>

Méndez Álvarez Carlos Eduardo (Metodología)

Cuadro # 3

Metodología Autor(es)	Tipo de Investigación	Diseño de la Investigación	Métodos (Cuantitativos o Cualitativos)	Procesamiento de Datos	Presentación de Hallazgos
(7) Arias Fidas G. (El proyecto de investigación)	<p>Se refiere al grado de profundidad con que se aborda un objeto o fenómeno.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exploratorio: es aquella que se efectúa sobre un tema u objeto poco conocido o estudiado. • Descriptivo: Consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno o grupo con el fin de establecer su estructura o comportamiento. • Explicativa: Se encarga de buscar el por qué de los hechos mediante el establecimiento de relaciones causa – efecto. 		<p>Las técnicas de recolección de datos son las distintas formas de obtener la información, ejm: la observación directa, la encuesta (entrevista o cuestionario), el análisis documental, de contenido, etc.</p> <p>Los instrumentos son los medios materiales que se emplean para recoger y almacenar la información, ejm: fichas, formatos de cuestionario, grabadoras, etc.</p>	<p>. Se describen las distintas operaciones a las que serán sometidos los datos que se obtengan: clasificación, registro, tabulación y codificación si fuere el caso.</p> <p>En lo referente al análisis se definirán las técnicas lógicas (inducción, deducción, análisis, síntesis), o estadísticas (descriptivas o inferenciales), que serán empleadas para descifrar lo que revelan los datos que sean recogidos.</p>	

Arias Fidas G. (El proyecto de investigación)

Cuadro # 4

Metodología Autor(es)	Tipo de Investigación	Diseño de la Investigación	Métodos (Cuantitativos o Cualitativos)	Procesamiento de Datos	Presentación de Hallazgos
--------------------------	--------------------------	-------------------------------	--	---------------------------	------------------------------

<p>(9, 10)</p> <p>Balestrini Miriam (Como se elabora un proyecto de investigación) (Metodología)</p>	<p>Define que es la preparación de las condiciones que posibilitan la recogida y análisis de los datos, de tal forma que se aspire a combinar resultados relevantes en la finalidad investigadora</p> <p>Formulativa o Exploratorio: Implican en sus objetivos avanzar en el conocimiento donde una problemática no esta lo suficientemente desarrollada.</p> <p>Descriptivo: La descripción con mayor precisión que la anterior.</p> <p>Diagnostico: Intenta captar reconocer y evaluar los sobre el terreno los componentes y las relaciones que se establecen en una situación estudiada.</p> <p>Evaluativo: Mide los efectos de un programa por comparación con las metas que se propone alcanzar.</p> <p>Explicativo: La explicación de una hipótesis de relación causal entre las variables vinculadas con el hecho investigado.</p> <p>Experimentales: Averigua las causas porque ocurre un fenómeno.</p> <p>Proyecto Factible:</p> <p>Estudios prospectivos en el caso de las ciencias sociales, sustentados en un modelo operativo orientados a proporcionar respuestas a una realidad organizacional.</p>	<p>Es el plan total que guía el proceso de recolección procesamiento y análisis de los datos dentro de un estudio.</p> <p>De Campo: Se entiende como una relativa circunscrita área de estudio a través de la cual los datos se recogen de manera directa de la realidad en su entorno natural.</p> <p>Bibliográfico: Los datos se obtienen a partir de las técnicas documentales, informe de otras investigaciones o a través de diferentes fuentes documentales.</p> <p>Traseccionales: Proponen la descripción de las variables tales como se manifiestan y el análisis de estas tomando en cuenta su interrelación e incidencias.</p>	<p>Indica que esta relacionada con la definición de los métodos e instrumentos y técnicas de recolección de la información de los métodos:</p> <p>Observación: De forma particular a través de la tecnología o los medios tecnológicos.</p>	<p>Explica como se realizara el proceso de clasificación de la información en la investigación de los datos:</p> <p>Codificación: Los datos son transformados en símbolos generalmente numéricos.</p> <p>Tabulación: Análisis estadísticos de los datos.</p>	<p>Se relaciona a la forma como son organizados los datos y presentados en forma escrita, gráfica o digitalizada.</p>
---	--	--	--	--	---

Balestrini Miriam (Como se elabora un proyecto de investigación) (Metodología)

CAPITULO IV

El Gobierno desarrolla su proceso estratégico para garantizar el derecho a la salud y a su Plan Nacional en el Programa de:



**BARRIO ADENTRO RUMBO AL
SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD BOLIVARIANO
Y SOCIALISTA**

Este Plan Nacional de Salud establece los Objetivos, Políticas, Proyectos y Medidas consideradas estratégicas para alinear la gestión del Estado venezolano orientada a garantizar el derecho a la salud para el período 2009–2013/2018, de acuerdo a los mandatos de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, y a las directrices, enfoques, políticas y estrategias del Plan de Desarrollo Económico y Social 2007-2013 “Proyecto Nacional Simón Bolívar”, en la transición al socialismo. Bajo la conducción y liderazgo del Ministerio del Poder Popular para la Salud, como Rector del Sistema Público Nacional de Salud, el plan articula en forma coordinada los aportes del conjunto del Estado, y los órganos del Poder Popular en la producción social, preservación y recuperación de la salud.

El material de análisis estratégico, cedido amablemente por el Prof. Esmelin Graterol G. del Postgrado de Gerencial Empresarial, FACES – UCV. Marzo 2009.

Ha sido formulado con los aportes de 22 Ministerios, bajo el liderazgo conjunto del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) y del Ministerio del Poder Popular para la Planificación y Desarrollo (MPPPD), y la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

PLAN NACIONAL DE SALUD 2009-2013/2018

Ministerios que coordinaron la elaboración del Plan Nacional de Salud

1. Ministerio del Poder Popular para la Salud
2. Ministerio del Poder Popular para la Planificación y Desarrollo

Organismos participantes en la elaboración

1. Ministerio del Poder Popular para el Ambiente

2. Ministerio del Poder Popular para el Deporte
3. Ministerio del Poder Popular para el Trabajo y Seguridad Social
4. Ministerio del Poder Popular para la Agricultura y Tierras
5. Ministerio del Poder Popular para la Alimentación
6. Ministerio del Poder Popular para la Ciencia y Tecnología
7. Ministerio del Poder Popular para la Cultura
8. Ministerio del Poder Popular para la Defensa
9. Ministerio del Poder Popular para la Economía Comunal
10. Ministerio del Poder Popular para la Educación
11. Ministerio del Poder Popular para la Educación Superior
12. Ministerio del Poder Popular para la Energía y Petróleo
13. Ministerio del Poder Popular para la Infraestructura
14. Ministerio del Poder Popular para la Participación y Protección Social
15. Ministerio del Poder Popular para la Planificación y Desarrollo
16. Ministerio del Poder Popular para la Salud
17. Ministerio del Poder Popular para la Vivienda y Hábitat
18. Ministerio del Poder Popular para las Industrias Ligeras y Comercio
19. Ministerio del Poder Popular para las Relaciones Interiores y Justicia
20. Ministerio del Poder Popular para los Pueblos Indígenas
21. Ministerio del Poder Popular del Despacho de la Presidencia
22. Despacho de la Ministra de Estado para Asuntos de la Mujer
23. Comisión de Desarrollo Social de la Asamblea Nacional.
24. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud.

LA CONSTITUCIÓN BOLIVARIANA Y EL PLAN SIMÓN BOLÍVAR COMO MARCO DEL PLAN NACIONAL DE SALUD

El derecho a la salud en la Constitución Bolivariana

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) reconoce la salud como un derecho social fundamental, al mismo tiempo que consagra como derecho la mayoría de los determinantes, y responsabiliza al Estado de garantizarla, así como organizar el Sistema Público Nacional de Salud, vinculado al Sistema de Seguridad Social. La Constitución define los principios y valores que deben regir el Sistema Público Nacional de Salud

Cuadro # 5

El Sistema Público Nacional de Salud en la Constitución Bolivariana

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

Artículo 85: "El financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. El Estado garantizará un

Derecho a la Salud y Calidad de Vida en la Constitución Bolivariana (textos seleccionados).

Artículo 83:

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

Artículo 2:

“Venezuela se constituye en un Estado democrático y social de derecho y de justicia, que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico y de su actuación, la vida, la libertad, la justicia, la igualdad, la solidaridad, la democracia, la responsabilidad social y, en general, la preeminencia de los derechos humanos, la ética y el pluralismo político”.

Artículo 3:

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

Artículo 19:

“El Estado garantizará a toda persona, conforme al principio de progresividad y sin discriminación alguna, el goce y ejercicio irrenunciable, indivisible e interdependiente de los derechos humanos...”

Artículo 75:

“El Estado protegerá a las familias como asociación natural de la sociedad y como el espacio fundamental para el desarrollo integral de las personas. Las relaciones familiares se basan en la igualdad de derechos y deberes, la solidaridad, el esfuerzo común, la comprensión mutua y el respeto recíproco entre sus integrantes. El Estado garantizará protección a la madre, al padre o a quienes ejerzan la jefatura de la familia...”

Artículo 76:

“La maternidad y la paternidad son protegidas integralmente, sea cual fuere el estado civil de la madre o del padre. Las parejas tienen derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos o hijas que deseen concebir y a disponer de la información y de los medios que les aseguren el ejercicio de este derecho. El Estado garantizará asistencia y protección integral a la maternidad, en general a partir del momento de la concepción, durante el embarazo, el parto y el puerperio, y asegurará servicios de planificación familiar integral basados en valores éticos y científicos...”

Artículo 82:

“Toda persona tiene derecho a una vivienda adecuada, segura, cómoda, higiénica, con servicios básicos esenciales que incluyan un hábitat que humanice las relaciones familiares, vecinales y comunitarias. La satisfacción progresiva de este derecho es obligación compartida entre los ciudadanos y ciudadanas y el Estado en todos sus ámbitos. El Estado dará prioridad a las familias y garantizará

La salud y el Plan Simón Bolívar

El Plan de Desarrollo Económico y Social Simón Bolívar 2007–2013, por su parte plantea 7 directrices de desarrollo en la transición al socialismo (ver recuadro).

Estas directrices, conjuntamente con sus objetivos y estrategias constituyen marco de referencia para el Plan Nacional de Salud 2009–2013/2018.

Cuadro # 6

Directrices del Plan Simón Bolívar 2007 – 2013

- 1) *La Nueva Ética Socialista*. “La refundación de la nación venezolana, cimentada sobre la fusión de los valores y principios mas avanzados de las corrientes humanistas del socialismo y de la herencia histórica del pensamiento de Simón Bolívar”.
- 2) *La Suprema Felicidad Social*. “La construcción de una estructura social incluyente, un nuevo modelo social, productivo, humanista y endógeno”.
- 3) *Democracia Protagónica Revolucionaria*. “Consolidar la organización social (...), la fuerza colectiva, reforzando la independencia, la libertad y el poder originario...”
- 4) *Modelo Productivo Socialista*. “Trabajo con significado (...); eliminación de la división social, de la estructura jerárquica y de la disyuntiva entre la satisfacción de las necesidades humanas y la producción de riqueza subordinada a la reproducción del capital”.
- 5) *Nueva Geopolítica Nacional*. ...”Modificación de la estructura socio-territorial de Venezuela (...), articulación interna del modelo productivo (...), modelo de desarrollo territorial desconcentrado, definido por ejes integradores, regiones programa, un sistema de ciudades interconectadas y un ambiente sustentable”.

Una de las estrategias planteadas con respecto a la orientación de la Suprema Felicidad Social, consiste en: “*Profundizar la atención integral en salud de forma universal*”, para la cual se plantea los siguientes objetivos:

- a. Expandir y consolidar los servicios de atención integral de la salud de forma oportuna y gratuita.
- b. Reducir la tasa de mortalidad materno–neonatal y post-neonatal en niños de uno a cinco años.
- c. Fortalecer la prevención y el control de enfermedades.
- d. Propiciar la seguridad y soberanía farmacéutica.
- e. Incrementar la prevención de accidentes y hechos violentos.
- f. Optimizar la prevención del consumo de drogas y asegurar el tratamiento y rehabilitación de la población afectada.

Otras estrategias para la Suprema Felicidad Social incluyen: garantizar una vivienda digna; profundizar la educación bolivariana; universalizar una cultura que fortalezca la identidad nacional, latinoamericana y caribeña; garantizar la administración de la biosfera para beneficios sustentables; y, fomentar la participación organizada del pueblo en la planificación de la producción y socialización de los excedentes.

La Evolución del Barrio Adentro

Barrio Adentro: La Estrategia para la Construcción del Sistema Público Nacional de Salud.

Lo que hoy conocemos como Barrio Adentro I, II, III y IV, es el producto de un proceso que se inicia el 16 de abril del año 2003 con el arribo a la ciudad de Caracas de los primeros 53 especialistas de Medicina General Integral, provenientes de la hermana República de Cuba. Se configura así el Plan Barrio Adentro dirigido a atender la Región Capital. En el mes de julio de aquel año, el Presidente Hugo Chávez decidió convertir este plan en una Misión. Surge de esta manera la Misión Barrio Adentro, que en el segundo semestre del 2003 y en el transcurso del año 2004, abrió el camino hacia un cambio estructural en el acceso a la atención en salud para millones de venezolanas y venezolanos que hasta entonces habían estado excluidos de esa atención, expandiendo la red primaria y poniendo a disposición de familias ubicadas en los sectores de mayor exclusión, consultorios populares, médicos, odontólogos, consulta

oftalmológica y entrega de medicamentos, entre otros beneficios, en lo que se llamó **Barrio Adentro I**.

Barrio Adentro I

Etapa inicial dirigida a superar la exclusión social en salud, ha consistido en la instalación y operación de 6.576 puntos de consulta en los ambientes residenciales, priorizando las poblaciones tradicionalmente empobrecidas y sin acceso al sistema de salud a nivel urbano y rural.

La población organizada ha aportado locales provisionales para la residencia del personal de salud y para las actividades de atención integral, mientras progresivamente, en un esfuerzo conjunto del Estado y las comunidades organizadas se avanza en la construcción de nuevos centros de salud. Hasta octubre del 2008 se ha completado la construcción y equipamiento de 3.456 Consultorios Populares.

A esta labor, están sumadas 7.477 Defensoras de la Salud, provenientes de las comunidades, que se han capacitado para apoyar al médico y servir de promotores de salud integral, 2.383 odontólogos generales integrales, 986 médicos Generales Integrales y 1.847 vacunadoras. Corresponden todos a personal venezolano incorporado activamente a la Misión Barrio Adentro I.

Barrio Adentro II

Ha consistido en desarrollar un sistema de servicios que ha elevado la capacidad de diagnóstico y de resolución de la primera etapa. Entre ellos se encuentran los *Centros de Diagnóstico Integral*, que incluyen servicios de endoscopia, laboratorio clínico, electrocardiografía, oftalmología, emergencias, quirófano (CDI Quirúrgicos), Rx y ultrasonido; las *Salas de Rehabilitación Integral* destinadas a prestar los servicios de electroterapia, tracción cerviceo lumbar, termoterapia, hidroterapia, gimnasio pediátrico y adulto, terapia ocupacional, medicina natural y tradicional, terapia del lenguaje y podología; los *Centros de Tecnología Avanzada* (CAT) para asegurar la disponibilidad

universal de capacidades de exámenes complementarios como resonancia magnética, tomografía axial computarizada, densitometría ósea, laboratorio SUMA, Rx, video endoscopía, ecosonografía tridimensional y electrocardiografía, las *Ópticas Populares*, destinadas a asegurar la disponibilidad de lentes correctivos para toda persona que los necesite; y otros establecimientos y servicios de acuerdo a las necesidades locales.

Hasta octubre del 2008 se han instalado y están operando 455 Centros de Diagnóstico Integral (CDI), estos incluyen más de 2000 nuevas camas incorporadas al sistema, 533 Salas de Rehabilitación Integral (SRI); se han construido 25 Centros de Alta Tecnología, y opera un número variable de Ópticas Populares. Algunos ambulatorios preexistentes han sido readaptados e incorporados a esta estrategia como parte de Barrio Adentro II, surgiendo de esta manera las Clínicas Populares. Esta etapa, junto a la anterior constituyen la red de servicios de primer nivel de atención del nuevo Sistema Público Nacional de Salud en desarrollo. Se ha previsto que esta red tenga capacidad de resolver alrededor del 90% de las necesidades y demandas de atención.

Es importante resaltar que Barrio Adentro II ha generado 9.956 nuevos empleos para personal venezolano en las áreas de medicina, enfermería, fisioterapia, bioanalistas, camareras, mantenimiento, choferes de ambulancia, recepcionistas y cocina.

Áreas de Salud Integral Comunitaria

Los avances y el impacto social alcanzados con las etapas I y II de Barrio Adentro, sentaron las bases para la conformación de las **Áreas de Salud Integral Comunitaria** (ASIC), como la unidad básica organizativa y operativa de la estrategia de construcción y de gestión del SPNS.

Una ASIC se corresponde con el territorio social de varios Consejos Comunales. En la misma se articulan la red de servicios primarios de salud, con las redes sociales comunitarias y otras Misiones Sociales. La red de servicios de la ASIC aplica un modelo integral e intersectorial de atención continua de salud familiar y comunitaria, universal y gratuito. Las ASIC son la unidad básica del SPNS y de las redes de Atención Primaria de la Salud.

Barrio Adentro III

Consiste en la modernización y adecuación tecnológica de los hospitales existentes con la finalidad de articularlos con las áreas de salud integral comunitaria, logrando ampliar y consolidar el sistema de referencia y contra referencia, la atención de emergencias y desastres, la unificación de los protocolos de atención y de los programas de salud. Se trata de que la red hospitalaria se integre a las áreas de salud integral comunitaria, dotándolas de un conjunto de unidades de mayor nivel de complejidad, las cuales asumirían el restante 10% de los problemas que no tienen posibilidad resolutive en Barrio Adentro I y II.

En la primera fase de intervención se está adecuando la estructura de 160 hospitales en todo el país, con 1.285 obras programadas, de las cuales 345 están ya finalizadas, 627 en ejecución y 313 por iniciar, para una inversión inicial de Bs.F. 3.497.439.751.

Se han equipado además, 130 hospitales en la áreas de Imagenología, sostén de vida, mobiliario clínico, instrumental quirúrgico, equipos de apoyo diagnóstico, equipos de video endoscopia, quirófano y anestesia, diálisis, cocina y lavandería. Con una inversión de Bs.F. 966.921.338.

Otro de los pilares de la intervención de los hospitales se relaciona con la adecuación y aumento del talento humano que presta directamente servicios, en este sentido, se han creado 3.897 nuevos cargos entre obreros y empleados que permiten el pleno funcionamiento de las instituciones, a la vez se han jubilado 2.739 obreros y 1.724 empleados (2005-2008)

Tabla #1. Resumen general de la intervención de Barrio Adentro III

Barrio Adentro III	N° Centros Asistenciales	Concepto	Inversión (Bs.F.)
Equipamiento	130	30.065	966.921.338

		equipos entregados	
Infraestructura	160	1.285 obras	3.497.439.751
INVERSION TOTAL			4.464.361.089

Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud

Barrio Adentro IV

Consiste en el desarrollo de una red de 16 nuevos centros hospitalarios de atención, investigación y formación de talento humano de alto nivel de especialización, para problemas de salud de relevancia nacional que así lo ameriten, y para la cooperación internacional solidaria. Actualmente está en ejecución la primera fase con 6 hospitales para una inversión de Bs. F. 1.272.370.000.

Tabla # 2. Obras a iniciar. Programa Barrio Adentro IV (1ra. Fase)

Anteproyecto	Tipo	Ubicación	Inversión estimada (Bs.F.)
Hospital General y Gastroenterología	III	El Vigía Estado Mérida	217.150.000
Hospital General y Urología	III	Valle de la Pascua Estado Guárico	161.250.000
Cardiológico de Adultos <i>(Cirugía cardiovascular, hemodinamia y trasplante cardíaco. Incluirá un banco de tejidos y laboratorios de electrofisiología)</i>	IV	Montalbán-Caracas Distrito Capital	187.695.000

Centro Nacional de Cáncer <i>(Para atención especializada en diagnóstico y tratamiento de enfermedades neoplásicas)</i>	III	Guarenas Estado Miranda	308.525.000
Hospital General, Toxicológico y Oncológico	III	Barinas Estado Barinas	204.250.000
Hospital General y Materno Infantil <i>(con concentración en maternidad y pediatría)</i>	III	San Fernando Estado Apure	193.500.000
TOTAL			1.272.370.000

Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud

El primero de esta red es el Hospital Cardiológico Infantil Latinoamericano “Gilberto Rodríguez Ochoa”, inaugurado en agosto de 2006. Ha desarrollado una red de 15 centros en todo el país y hasta octubre 2008 ha atendido y resuelto problemas quirúrgicos cardiovasculares en 2.403 niños y niñas, incluidos 31 infantes de otros países.

Barrio Adentro, modelo de atención y gestión integral

Barrio Adentro introduce un nuevo **modelo de atención en salud** que incluye una reconceptualización de la atención de primer nivel, una nueva forma de relación entre el pueblo y los servicios, y un nuevo modelo de gestión y nueva estrategia de formación de talento humano.

El *Modelo de Atención Barrio Adentro* recupera el enfoque integral y comunitario (promoción, prevención y recuperación de la salud) a partir del concepto de territorios sociales, asegura la continuidad de la atención con calidad y humanidad en todo el grupo familiar y en todas las necesidades y problemas, con personal especializado en Medicina General Integral y en Medicina Familiar, incluyendo el suministro de medicamentos, es gratuito y universal, y garantiza la accesibilidad territorial al ubicar los Consultorios Populares en la comunidad.

Asegura además el acceso organizado, oportuno y permanente a los recursos de calidad para el diagnóstico y tratamiento, ubicados en los CDI, CAT, SRI y otros establecimientos y servicios.

El modelo de atención desarrollado implica una superación de la tradicional concepción de primer nivel como atención simplificada, con personal de baja calificación y limitados recursos diagnósticos y terapéuticos. Barrio Adentro, combina la cobertura universal con calidad y alta capacidad resolutive.

Tabla # 3. Establecimientos de salud y equipos de Barrio Adentro
Periodo: abril 2003–octubre 2008

Nombre del indicador	Disponible a octubre de 2008	Población Cubierta	Comentarios
Puntos de consulta ()	6.576	16.760.870	1 Consultorio Popular por cada 2.549 hab.
Centros de Diagnóstico Integral (CDI)	457	21.276.993	El total programado para cubrir el 100% de la población es de 600 CDI.
Salas de Rehabilitación Integral (SRI)	537	25.001.631	El total programado para cubrir el 100% de la población es de 600 CDI.
Centros de Alta Tecnología (CAT)	20	15.962.733	El total programado para cubrir el 100% de la población es de 35 CAT.
Equipos de Resonancia Magnética	14	15.962.733	1 por cada 1.140.195 hab.
Tomógrafos axiales computarizados	16	15.962.733	1 por cada 997.671 hab.
Densitómetros	20	1.812.539	1 por cada 90.627 mujeres mayores de 45 años.
Mamógrafos	20	1.812.539	1 por cada 90.627 mujeres mayores de 45 años.
Ecocardiógrafos tridimensionales	20	15.962.733	1 por cada 798.137 hab.
Gastroskopios (video-endoscopias)	20	15.962.733	1 por cada .798137 hab.

Laboratorios clínicos	20	15.962.733	1 por cada 798.137 hab.
SUMA			
Sillones odontológicos	3.099	16.760.870	1 sillón odontológico por cada 5.408 hab.
Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud			
() Incluye Consultorios Populares nuevos, casas adecuadas, locales adaptados y ambulatorios refaccionados			

El modelo de atención de Barrio Adentro implica la articulación local con el conjunto de Misiones Sociales que promueven el mejoramiento integral de la calidad de vida de las poblaciones empobrecidas, asegurando el acceso a los alimentos, a la educación, al empleo productivo, a la integración social, a la preservación de la cultura y el desarrollo de nuevos valores basados en la solidaridad y la corresponsabilidad social.

Barrio Adentro articula los servicios de atención de la salud con las redes sociales de organización y participación de las comunidades a través de los Comités de Salud y los Consejos Comunales como expresión del Poder Popular. Esta articulación se traduce en una fuerte apropiación colectiva por la comunidad y va desarrollando progresivamente capacidades para estadios más avanzados de participación popular en la planificación y contraloría social.

La unidad base organizativa de la estrategia Barrio Adentro en la actualidad son las Área de Salud Integral Comunitaria. Estas son el resultado de la interacción entre el sistema de servicios de salud que conforman la etapa de Barrio Adentro I y II, con las redes sociales y de otros servicios, tomando como base un territorio social.

Barrio Adentro ha incorporado también en las ASIC una estrategia innovadora de **formación de talento humano** para la salud con alta calidad académica y compromiso social. Iniciado con la formación de médicos especialistas en Medicina General Integral (3 años), de los cuales han egresado 984 y de especialistas Odontólogos Integrales Comunitarios (837 egresados), posteriormente ha incluido la formación de Médicos Integrales Comunitarios a nivel de pregrado (6 años). En la actualidad la primera generación de estudiantes de MIC (cerca de 10.000 cursantes) ha completado el tercer año de su carrera. En total, en los diferentes niveles se han

incorporado 20.578 estudiantes de medicina, mostrando las ventajas de que la formación se realice en el mismo ambiente del cual proviene la mayoría y en el cual trabajarán al egresar, es decir las comunidades empobrecidas.

El Plan Nacional de Salud asume a Barrio Adentro como la estrategia de construcción de la nueva institucionalidad en salud y al mismo tiempo eje articulador y de desarrollo del Sistema Público Nacional de Salud, asume como su unidad básica operativa las Áreas de Salud Integral Comunitaria (ASIC), a partir de las necesidades de la población, con un modelo de atención integral y continuo, con énfasis en la atención ambulatoria integral de calidad, familiar y comunitaria, con cobertura universal y gratuita y que se articula con el desarrollo del Poder Popular, en coherencia con los mandatos constitucionales y del Plan Simón Bolívar 2007 – 2013, en tránsito al socialismo.

Cobertura e impacto actual de Barrio Adentro y las Misiones Sociales

Hasta octubre del 2008, se ha alcanzado una cobertura de 25 millones de personas, el 95 % de la población total, con énfasis en la población tradicionalmente excluida por razones sociales, territoriales o culturales.

Tabla # 4. Indicadores Misión Barrio Adentro

(Acumulado 2008)

Centros de Diagnóstico Integral (CDI)

INDICADOR	ACUMULADO 2008*
Casos de emergencia	21.221.785
Casos vistos en consulta	10.660.377
Vidas salvadas	502.263
Exámenes realizados	192.290.299

Salas de Rehabilitación Integral (SRI)

INDICADOR	ACUMULADO 2008*
Consultas realizadas	4.545.215
Pacientes en rehabilitación	20.034.194
Tratamientos aplicados	177.673.392
Medicina natural y tradicional	7.795.202

Centros de Alta Tecnología (CAT)

INDICADOR	ACUMULADO 2008*
Exámenes realizados	9.120.504

Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud

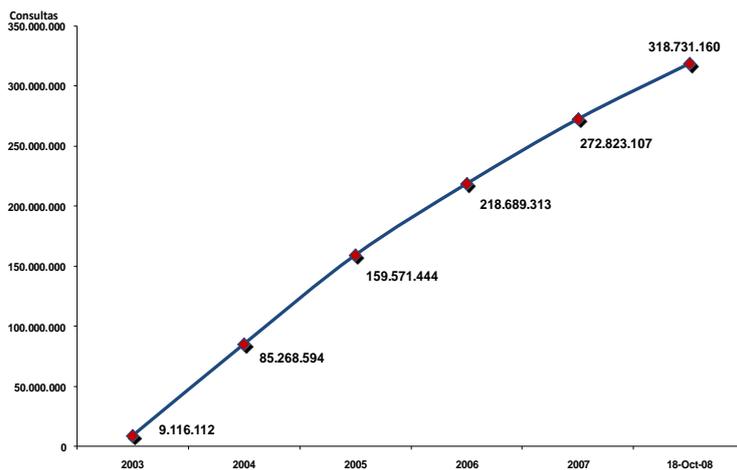
En los Consultorios Populares se han realizado 318.731.160 consultas ambulatorias. En los CDI se han atendido 21.221.785 emergencias, 10.660.377 consultas y 192.290.299 exámenes complementarios. En las SRI se han atendido a 20.034.194 personas que han recibido 4.545.215 consultas, 177.673.392 sesiones de tratamientos de rehabilitación y 7.795.202 aplicaciones de medicina natural y tradicional. En los CAT se han practicado 9.120.504 exámenes. Se ha registrado que la estrategia Barrio Adentro, hasta ahora, ha salvado la vida al menos a 502.263 casos graves que podrían haber fallecido.

Barrio Adentro y el conjunto de las Misiones Sociales han transformado positivamente la calidad de vida, sobre todo de la población que había sido más excluida, esto ha logrado descender la tasa de mortalidad infantil hasta 13,7 por mil NV, el Índice de Desarrollo Humano ha subido a 0,8263, el coeficiente de Gini ha caído a 0,4200, la relación entre el ingreso del 20% más rico y 20% más pobre ha descendido a 9,3, la inversión social representa ya el 20,2% del PIB, y como consecuencia la pobreza se ha reducido a 28,3% y la pobreza extrema a 9,5%. El desempleo ha descendido a 7,3 % de la PEA, y el empleo formal representa el 57,5%.

El desarrollo de Barrio Adentro como ente integrador de los niveles de atención del naciente Sistema Público Nacional de Salud y como mecanismo que articula los centros de salud con la formación del nuevo talento humano y las misiones sociales creadas por la Revolución Bolivariana; ha sido posible, en buena parte, por la participación abnegada y solidaria de los médicos y demás personal de salud formados por la Revolución Cubana. Este contingente de profesionales y técnicos cubanos altamente especializados y con un alto sentido del internacionalismo revolucionario, unen hoy su esfuerzo con el cada vez mayor número de profesionales y técnicos venezolanos que laboran con entusiasmo y dedicación en las diferentes instancias de Barrio Adentro.

Gráfico # 1-2. Consultas Barrio Adentro I

Acumulado



Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud



Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud

Programa ampliado de inmunizaciones

Otro de los grandes logros de la Revolución ha sido la implementación de un Plan Ampliado de Inmunizaciones completamente gratuito que desde el año 2000 ha incluido progresivamente, los biológicos Pentavalente, Antihepatitis B, Antiamarílica, Antihaemophilus, Antinfluenza y Rotavirus. Además de las existentes como la Antipolio, Triple bacteriana, Toxoide

Tetánico, Triple Viral, BCG, Anti Rábica Humana, anti-neumococo, los cuales protegen a la población contra 15 enfermedades.

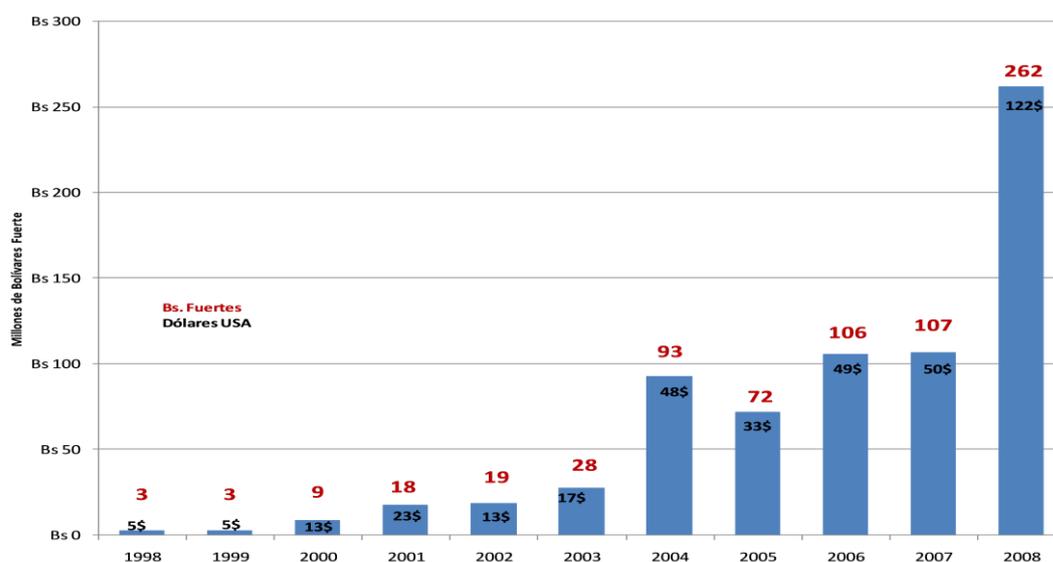
Dentro de los logros de la gestión, se cuenta también la inclusión de nuevos grupos sociales como la población indígena, población penitenciaria y los adultos mayores escolarizados, quienes por primera vez han sido tomados en cuenta para recibir el beneficio de las vacunas, derecho que era solo destinado a la población infantil.

Durante los últimos 7 años, el Gobierno Bolivariano ha realizado una inversión extraordinaria en vacunaciones dentro del Plan Ampliado de Inmunizaciones, pasando de una inversión de 9 millones a 106 millones para el 2006.

Muestra de esta política emprendida por el gobierno durante estos 7 años, es la cobertura, de un 98%, alcanzada en la vacuna contra el sarampión en niños y niñas, y la inmunización de la población contra la fiebre amarilla en un 60%.

Gráfico # 3

Programa Ampliado de Inmunizaciones. Inversión Anual (1998-2008) Millones de Bs.F.



Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud

Es así como durante la gestión del Gobierno Bolivariano se ha abordado la vacunación bajo los siguientes lineamientos: identificación de nuevos grupos poblacionales, alianzas estratégicas con otros actores, y la vacunación de rutina. Sobre éste último punto se incrementaron los puestos de vacunación, los cuales están dispuestos a lo largo de la geografía nacional durante todos los días para que acuda la población a recibir sus vacunas de forma gratuita.

Asimismo se ha mejorado la cadena de frío con la adquisición de 800 mts² de cavas refrigeradoras para la conservación de la vacunas y de aquellos medicamentos que requieren de un proceso de refrigeración.

Otro de los grandes logros en inmunizaciones, ha sido la construcción de una planta nacional productora de vacunas en las adyacencias del edificio sede del Instituto Nacional de Higiene "Rafael Rangel". Esta Planta está concebida para ser una de las más modernas de América Latina y del mundo, construida para el manejo integral de la producción, contando para estos efectos con laboratorios para producción de antígenos, formulación, mezcla, llenado y embalaje de vacunas, un laboratorio para el control microbiológico, biológico y fisicoquímico de las vacunas y un centro de producción de biomodelos. Todas

estas áreas poseen instalaciones modernas que cumplen con los estándares internacionales de calidad y los criterios de las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) y donde los principios técnicos y estructurales, establecidos en los diferentes proyectos han sido avalados por expertos internacionales a los fines de obtener la Certificación Internacional como país productor y el libre acceso a los mercados internacionales.

La nueva Planta constituye un contundente aporte a la salud del pueblo venezolano. Está diseñada para la producción integral de la vacuna DPT, que inmuniza contra difteria, tosferina y tétanos, considerada internacionalmente como la base para la incorporación de otros antígenos para la obtención de otras vacunas combinadas, como las vacunas tetravalente (DPT + Hepatitis B), pentavalente (DPT, Hepatitis B+ *Haemophilus influenzae*), entre otras, que actualmente se importan. Estas producciones están en fase experimental de desarrollo en el marco del Convenio Cuba-Venezuela.

Simultáneamente, se producirá la vacuna tetánica que protege contra el tétanos y la dupla adulto que protege contra difteria y tétanos. Todas estas vacunas son para aplicación masiva anual por parte del Ministerio del Poder Popular para la Salud, garantizando un amplio espectro de protección contra todas estas enfermedades. Adicionalmente, esta planta, tendrá capacidad para formular y envasar otras vacunas y cualquier otro Producto Biológico, que otros laboratorios nacionales produzcan.

La producción prevista de la nueva Planta se refleja en la tabla siguiente:

Tabla # 5

Vacunas	N° Dosis / Año
Combinadas: Dupla, DPT, Tetravalente y Pentavalente	25.000.000
Tetánica	10.000.000

Formulación, llenado y embalaje de otras vacunas	85.000.000
Capacidad Instalada: Total del área de formulación, Llenado y embalaje (Incluye vacunas combinadas y otras vacunas)	120.000.000

Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud

Esta producción, además de satisfacer los requerimientos nacionales de estos rubros, permitirá el establecimiento de alianzas internacionales, abastecimiento de otros países y la incorporación a todos aquellos convenios de cooperación regional que establezca el Estado Venezolano.

Lucha contra el VIH/SIDA

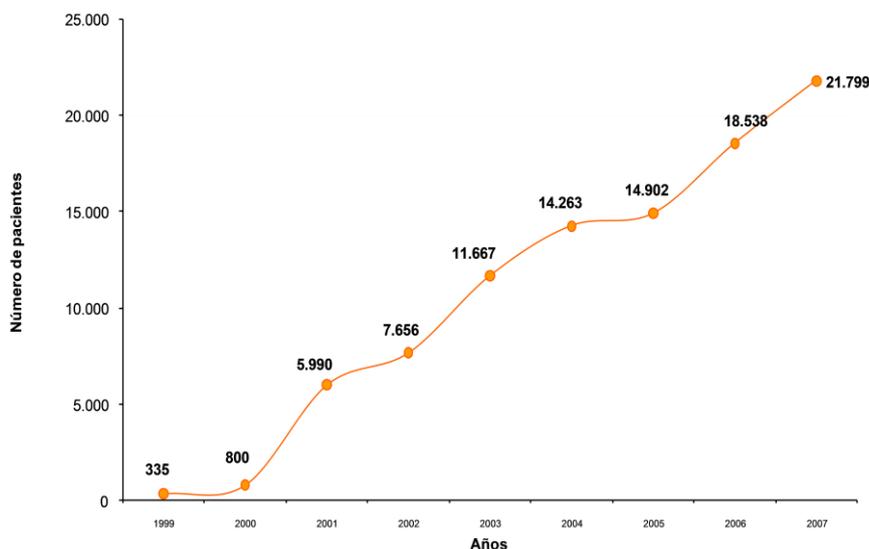
Desde el año 1.999, el Gobierno Bolivariano ha puesto en marcha un Programa Nacional contra el VIH/SIDA, enmarcado en la garantía constitucional del derecho a la salud, conformado por:

- **Componente de atención**, que incluye: diagnóstico, programa de profilaxis, programa de tratamiento anti-retroviral y seguimiento virológico/inmunológico y programa de tratamiento para infecciones oportunistas.
- **Componente de educación y prevención**, conformado por el proyecto escuelas promotoras de salud, proyecto participación de la sociedad en

la prevención del VIH/SIDA y promoción de los derechos humanos de las personas seropositivas.

Gráfico # 4

Pacientes con VIH/SIDA que Reciben Terapia Antirretroviral
Venezuela. 1999 - 2007



Fuente: Programa Nacional de VIH/SIDA. Ministerio del Poder Popular para la Salud

El programa incluye la política de suministro gratuito y universal de medicamentos antirretrovirales, alcanzando a más de 21.000 pacientes para el año 2008, esto es, **100%** de los pacientes registrados, lo cual representa una inversión de más de 50 millones de bolívares.

Nutrición y seguridad alimentaria

Desde 1999, en la República Bolivariana de Venezuela se han realizado grandes esfuerzos tendientes a mejorar los niveles de salud y nutrición de la población, en concordancia con el mandato constitucional del derecho social a la salud y de la soberanía y seguridad alimentaria, a través de la instrumentación de políticas públicas de producción, distribución y venta de alimentos así como de protección nutricional a poblaciones vulnerables.

Tabla # 6

Venezuela. Producción nacional de alimentos seleccionados. 1997 y 2007		
Alimento	1997	2007
Arroz (toneladas)	792.239	1.054.857
Carne de aves (kg)	8.915.908	27.523.007
Carne bovino (kg)	1.974.099	2.155.721
Leche cruda (litros)	1.431.072.215	1.724.363.321
Queso (kg)	53.976,678	116.465.054
Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Agricultura y Tierras		
Asociación de Productores de Arroz 2008		

Tabla # 7

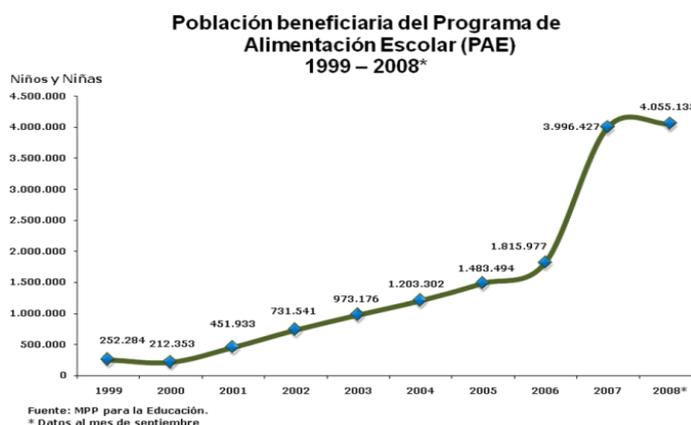
Venezuela. Redes sociales de distribución de alimentos. Octubre 2008	
Casa de alimentación	6.075
MERCAL	16.275
PDVAL	353
TOTALES	22.703
Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Alimentación. PDVAL	

Con la Misión Alimentación (Red MERCAL, PDVAL) se suministran alimentos subsidiados a la población general y alimentos preparados de forma gratuita a la población en situación de extrema pobreza mediante las

Casas de Alimentación, que para el año 2008 ascendieron a 6.075, distribuidas en todo el territorio nacional.

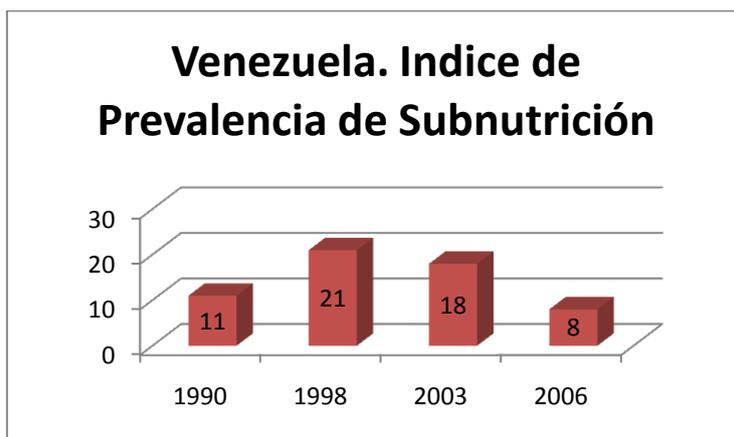
El Programa de Alimentación Escolar, que garantiza una alimentación balanceada en los centros de educación primaria, ha aumentado considerablemente, pasando desde 252.248 alumnos (1.999) a 4.055.135 alumnos (2008).

Gráfico # 5



Se evidencian avances en los indicadores seleccionados para el seguimiento de las Metas del Milenio. El **Índice de Prevalencia de Subnutrición (IPS)** que aporta información sobre el porcentaje de personas que no cubren su requerimiento mínimo de calorías, pasó de 11% en 1990 a 8% de la población en 2008 (INN). Por otra parte la desnutrición global (peso/edad) en los menores de 5 años, que disminuye de 7% en 1990 a 4,2% en el 2007.

Gráfico # 6



Fuente: INN- ULA. Hojas de Balance de Alimentos 1990 - 2001.
INN. Hojas de Balance de Alimentos 2002 - 2006.
INN. Estimaciones 2007

EL ENFOQUE CONCEPTUAL DEL PLAN NACIONAL DE SALUD

La salud en Venezuela es un derecho constitucional y corresponde al Estado la responsabilidad de asegurar que toda la ciudadanía tiene acceso a las intervenciones y recursos necesarios para la promoción, la defensa y la recuperación de su salud a nivel individual y colectivo. Esta concepción se aleja de la idea de focalización, típica de las reformas neoliberales y de “lucha contra la pobreza” del pasado. Asumir la salud como derecho implica asumir la universalidad, no mediada por la capacidad de pago ni otra condición social, al mismo tiempo que la adecuación a las necesidades específicas de cada población. Las intervenciones en salud constituyen los mecanismos para desarrollar capacidades de las personas y las comunidades y poblaciones para la promoción, la defensa y restauración de la calidad de vida y salud de todos y todas. Por tanto, es necesario asumir un marco conceptual que permita comprender los procesos determinantes de los problemas que caracterizan hoy la situación de salud del país y permitan articular el desarrollo de las redes de servicios de salud con los esfuerzos intersectoriales para continuar mejorando la calidad de vida.

Determinación de la situación de salud

La situación de salud de las poblaciones no se distribuye al azar. Su comportamiento diferencial está determinado por procesos que se relacionan con la forma como las poblaciones viven y trabajan, de las cuales emergen necesidades y problemas que en interacción con las respuestas de la sociedad y el Estado (promoción, prevención y recuperación) ante ellas, se traducen en la producción y reproducción social de condiciones de vida desfavorables para la salud y con impacto diferenciado en los grupos poblacionales. Cuando estas diferencias son socialmente determinadas y por lo tanto evitables, se denominan inequidades sociales en salud. Es propósito central del Plan Nacional de Salud avanzar hacia la eliminación de estas inequidades.

Los determinantes de la situación de salud corresponden a diferentes ámbitos de la estructura y dinámica de la sociedad: El modo de vida (general), las condiciones de vida (particulares), y los estilos de vida y atributos personales y familiares (singular).

Figura #1:



El modo de vida. La determinación estructural

En última instancia, las desigualdades e inequidades en la situación de salud se articula con el **modo de vida**, el cual deviene de la interacción entre el modo de producción, el grado de desarrollo de las fuerzas productivas, la

distribución y ejercicio del poder, y los patrones culturales de producción y consumo que se derivan de ellas, con las condiciones naturales de existencia, incluyendo las características bioclimáticas del territorio de asentamiento.

Condiciones de vida particulares. Los determinantes mediadores

En un nivel intermedio o espacios mediadores, la situación de salud de las poblaciones está determinada por las condiciones de vida particulares de cada población. Entre estas condiciones de vida están los procesos relacionados con el ambiente residencial y el ambiente laboral y su acceso particular a bienes y servicios.

Los determinantes singulares inmediatos

En un nivel singular, la situación de salud de poblaciones está determinada por los estilos de vida y las diferencias individuales o entre familias y pequeños grupos, que determinan riesgos diferenciales para problemas específicos de salud.

El sistema de salud como determinante

El sistema de salud, expresión de las respuestas sociales ante la salud, es un gran determinante de la situación de salud. Las inequidades de acceso a servicios oportunos y de calidad, de carácter integral se traducen en desigualdades e inequidades en la situación de salud.

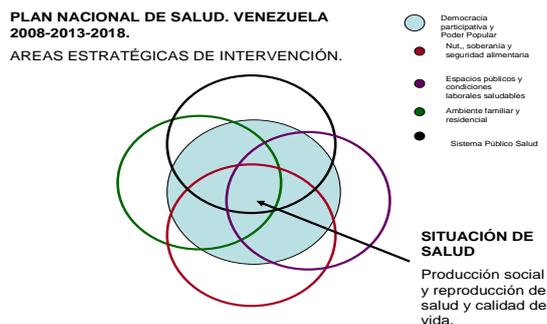
Integralidad e Intersectorialidad de las intervenciones

En consonancia con este marco conceptual, el Plan Nacional de Salud incluye intervenciones en los diferentes niveles de determinación de la situación de salud. Así mismo, las intervenciones contempladas en el Plan Nacional de Salud se aplican en diferentes ámbitos. El ámbito de la gran ciudad y de los nuevos polos de desarrollo. El ámbito de los barrios y espacios residenciales, los ámbitos familiares, los escolares y los laborales.

Para que estas intervenciones sean efectivas, deben ser ejecutadas en forma intersectorial y coordinada. El SPNS en proceso de construcción, se

ubica así como un ejecutor de intervenciones integrales de salud y como un coordinador de las intervenciones intersectoriales que contribuyan a modificar los determinantes estructurales y las condiciones de vida, que producen y reproducen la situación de salud.

Figura #2:



Participación, Poder Popular y construcción del socialismo

Un componente esencial de la construcción del SPNS y de las estrategias intersectoriales de promoción de la calidad de vida y salud popular y la participación en salud, es la participación popular. La participación es asumida como parte del proceso de conformación del Poder Popular como protagonista de la transición al socialismo. Por lo tanto, la participación en salud no tiene carácter instrumental. Se fundamenta en la corresponsabilidad definida en la Constitución Bolivariana y avanza hacia la planificación participativa, en los diferentes espacios y niveles de gestión del SPNS y hacia la contraloría social en todos los establecimientos y niveles de gestión. En el Plan Nacional de Salud se asume que progresivamente la gestión en salud, a todos los niveles desarrollan espacios de participación y progresivamente se subordinan política y administrativamente a los órganos del Poder Popular, mientras se fortalece la subordinación técnica normativa y de conducción estratégica interna del SPNS.

NUEVA INSTITUCIONALIDAD

Objetivo Estratégico:

Consolidar la nueva institucionalidad del Sistema Público Nacional de Salud basado en Barrio Adentro como eje integrador de la red única de servicios, con rectoría única, financiamiento asegurado, desarrollo soberano científico-

TABLA # 8. METAS: NUEVA INSTITUCIONALIDAD

Propósito		Año Base 2008	2013	2018
Están adscritos operativamente al Nuevo Ente Rector con competencia en salud, los establecimientos de salud, incluyendo Gobernaciones, Alcaldías, IVSS, IPASME y PDVSA		-	100%	100%
El Sistema Público Nacional de Salud está regido por una única rectoría en su funcionamiento.		-	80%	100%
Estarán en funcionamiento nuevos hospitales del Pueblo especializados		1	6	16
Aumentar la cobertura poblacional de atención médica integral	Atención Primaria -Barrio Adentro I y II	61 %	100%	100 %
	Atención Especializada - Barrio Adentro III y IV	50 %	100%	100 %
Aumento de la proporción de los medicamentos esenciales producidos en el país		5%	20%	40%
Aumento de la producción en el país de insumos requeridos por el Sistema Público Nacional de Salud		5%	30%	60%
Incremento de los egresados en distintas profesiones integrados al Sistema Público Nacional de Salud		1.821 médicos generales integrales y odontólogos comunitarios egresados	35.000	80.000
Aumento de los pacientes atendidos en Misión Milagro Internacional		83.000	253.000	618.000
Médicos formados en la ELAM-Venezuela		-	300	2.000

tecnológico, talento humano de calidad y solidario internacionalmente.

POLÍTICA 1

Consolidar la rectoría Pública de Salud sus bases legales y su conducción estratégica acorde con el Plan Nacional de Salud

Proyectos Estratégicos:

- ✓ Desarrollo del Nuevo Ministerio del Sistema Público Nacional de Salud.
- ✓ Ordenamiento del sector privado en Salud.

Medidas

- ✓ Formular y aprobar la ley de Salud.
- ✓ Creación del Nuevo Ministerio del Sistema Público Nacional de Salud.
- ✓ Conformar una Junta Sectorial de salud, para el seguimiento y evaluación del Plan Nacional de Salud.

POLÍTICA 2

Consolidar la red única de servicios del Sistema Público Nacional de Salud, con atención integral y continua, a partir de Barrio Adentro, basada en las Áreas de Salud Integral Comunitaria, con subsistemas de gestión desconcentrados y articulados con los órganos del poder popular.

Proyectos Estratégicos:

- ✓ Desarrollo del modo de atención y el modo de gestión en el SPNS en sus distintos subsistemas: Área de salud integral comunal, distrital integral comunitario de salud, Estatal integral Comunitario de salud, regional integral comunitario de salud.
- ✓ Articulación de la red integrada de SPNS con las redes sociales desde las ASIC.
- ✓ Desarrollo de líneas de atención de acuerdo a los problemas priorizados con expresión en todos los subsistemas de la red.
- ✓ Desarrollo del Sistema de Información y Vigilancia de Salud.

Medidas

- ✓ Resolución Ministerial que crea el nuevo ordenamiento en red del SPNS.
- ✓ Resolución Ministerial que crea la red de urgencia con su respectivo sistema de regulación
- ✓ Resolución Ministerial que ordene la integración de todos los establecimientos de salud a las Áreas de Salud Integral Comunitaria (ASIC) de Barrio Adentro.
- ✓ Resolución conjunta de los Ministerios del PP para la Salud, para la Educación y la Educación Superior, que incorpora la salud reproductiva y la prevención del VIH-SIDA, y de las enfermedades crónicas, en los programas de educación primaria, secundaria, universitaria y Misiones Educativas.

POLÍTICA 3

Garantizar el financiamiento público del sistema de salud, principalmente, sostenido por el ingreso fiscal; administrado por el Estado; solidario; progresivo y predecible en el tiempo; integrado; que responda a las prioridades sanitarias y se distribuya con equidad en función de los proyectos; con la participación vinculante del poder popular.

Proyectos Estratégicos:

- ✓ Crear e implementar un sistema de cuentas nacionales de salud que garantice la progresividad y el uso eficiente de los recursos.
- ✓ Desarrollo del Fondo Único de Salud con expresión en los diferentes niveles territoriales, que garantice la integración de las fuentes de financiamiento.
- ✓ Implementar la rendición pública de cuentas en todos los niveles territoriales e instituciones del sistema.
- ✓ Uniformar e integrar los recursos y prestaciones de los diferentes regímenes especiales.

Medidas:

- ✓ Crear la normativa del mecanismo equitativo de asignación financiera dentro del sistema que garantice la solidaridad, la transparencia, las prioridades, en función de proyectos.
- ✓ Decretar la contratación con una aseguradora del Estado, de todos los mecanismos de seguros de salud de los ministerios y organismos adscritos al nivel central

POLÍTICA 4

Consolidación de la capacidad soberana e independencia científica y tecnológica para producir y garantizar la disponibilidad del talento humano y los recursos científico – técnicos e insumos necesarios para la salud de la población.

Proyectos Estratégicos:

- ✓ Estructurar la formación, capacitación y gestión del Talento Humano.
- ✓ Desarrollar un sistema nacional soberano con innovación tecnológica para la producción, validación, adquisición, certificación y distribución de medicamentos, equipos e insumos para la salud.

POLÍTICA 5

Construcción de capacidades para el fortalecimiento de la solidaridad internacional en salud y el liderazgo de Venezuela en las agendas internacionales.

Proyectos Estratégicos:

- ✓ Fortalecimiento de la solidaridad internacional en formación de talento humano y atención integral en salud
- ✓ Generar capacidades en el ministerio de salud, cancillería, escuela latinoamericana, acordar posiciones comunes de los países del Alba,

Petro-Caribe, para llevar posiciones comunes en materia de salud ante foros y organismos internacionales

CONDICIONES PROMOTORAS DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD

Objetivo Estratégico y Metas

Promover condiciones que favorezcan una producción social de la salud enmarcada en la convivencia solidaria, en armonía con la naturaleza y un modo de vida saludable en los territorios sociales.

Tabla #9. METAS: CONDICIONES PROMOTORAS DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD

Propósito		Año Base	2013	2018
Disminuir el índice de prevalencia de subnutrición (IPS)		8% (2006)	5,5%	2,5%
Aumentar adecuaciones de las disponibilidades alimentarias de calcio		50% (2006)	80%	100%
Disminuir la desnutrición global		4,2% (2007)	3,5%	3,0%
Disminuir el bajo peso al nacer		9% (2007)	6%	4%
Disminuir la prevalencia de anemia	En embarazadas	40% (2004)	25%	20%
	En <3años	60% (2004)	30%	25%
Incrementar la prevalencia de la Lactancia Materna Exclusiva (LME)		27% (2008)	45%	70%
Reducir la mortalidad materna		60,5 por 100.000 (2006)	48,0	39,0
Reducir la mortalidad infantil		14,2 por 1.000 (2006)	9 por 1.000	7 por 1.000
Disminuir el porcentaje de la población de 7-14 años con sobrepeso (Peso-Talla)		19,3% (2007)	15%	12%

Incrementar la esperanza de vida al nacer	73,9 años (2006)	77,5	79,9
Reducir la tasa de homicidios	36,1 por 100.000 (2006)	25 por 100.000	20 por 100.000
Reducir la mortalidad accidentes de transporte	23,20 por 100.000 (2006)	20,0 por 100.000	15,0 por 100.000
Reducir el sedentarismo	Hombres adultos	64% (2001)	50%
	Mujeres adultas	78% (2001)	60%
Disminuir la mortalidad por diabetes y enfermedades cardiovasculares	152,2 (2006)	138,9	125,6
Disminuir la mortalidad por cáncer	68,6 por 100.000 (2006)	62,7 por 100.000	56,1 por 100.000
Aumento de los municipios con manejo integral los residuos y desechos sólidos e integrados a un sistema de Vigilancia Sanitario Ambiental.	20 % (2008)	40 %	80 %
Incrementar los ambientes controlados productores de vectores con participación de la comunidad	30 % (2008)	70 %	100 %
Disminuir los índices de infestación de vectores	16 %	13 %	10 %
Disminuir la prevalencia de enfermedades asociadas a la salud ambiental (dengue, malaria)	5% (2008)	10 %	10 %
Incrementar los rellenos de desechos tóxicos operativos y estratégicamente ubicados	-	1	5

POLÍTICA 1

Asegurar una alimentación saludable y una nutrición adecuada a lo largo del ciclo de vida, en concordancia con los mandatos constitucionales sobre Salud, Soberanía y Seguridad Alimentaria.

Proyectos Estratégicos:

- ✓ Producción nacional, disponibilidad y acceso suficiente de alimentos de acuerdo a las recomendaciones nutricionales establecidas por el MPPS.
- ✓ Promoción de una alimentación saludable para todo el ciclo de vida
- ✓ Protección nutricional de grupos vulnerables de la población.
- ✓ Prevención y Control de las Deficiencias de Micronutrientes

- ✓ Vigilancia y control de inocuidad y calidad de los alimentos.

Medidas:

- ✓ Regulación y Control sobre la distribución de alimentos procesados (con grasas trans y elevados contenidos de azúcares refinados y sal) y no procesados: (frutas, verduras, leguminosas), de acuerdo con recomendaciones nutricionales actuales, por la Misión Alimentación (MERCAL, Casas de Alimentación, PDVAL, alimentación de los trabajadores, PAE y Cantinas Escolares).
- ✓ Elaboración de Normas para la evaluación del Sistema de Gestión de Calidad en Pequeñas y Medianas Empresas (PYME) de la cadena agroalimentaria (adaptación de la ISO22000) en base a la Ley Orgánica de Soberanía y Seguridad Alimentaria (LOSSA)
- ✓ Regulación y Control de la publicidad sobre productos alimentarios en los medios de comunicación masiva.
- ✓ Regulación de contenidos de alimentación saludable en las currícula del sistema educativo, por parte del MPPS.

POLÍTICA 2

Promoción de territorios sociales que fortalezcan la convivencia solidaria y la seguridad ciudadana en el cotidiano de la vida familiar y comunal.

Proyectos:

- ✓ Formación de una cultura basada en la tolerancia y el respeto a la vida, en todos los niveles del sistema educativo.
- ✓ Desarrollo de marcos comunicacionales para que los medios de comunicación masiva promuevan una cultura basada en la paz, la tolerancia y el respeto a la vida.
- ✓ Fortalecimiento de capacidades de los consejos comunales, órganos policiales y gobiernos locales para la construcción de una cultura de paz y la prevención de factores generadores de violencia. (Posesión de armas, consumo de alcohol, drogas, inadecuada gestión del espacio urbano).

- ✓ Fortalecimiento de las redes de atención integral que impidan la reproducción social de la violencia (victimas de todas las formas de violencia, núcleo familiar de la población privada de la libertad, jueces de paz).
- ✓ Desarrollo del sistema de vigilancia epidemiológica de la violencia

Medidas:

- ✓ Revisión de la regulación y control de los contenidos violentos en los medios masivos audiovisuales.
- ✓ Ampliación de la regulación y el control para restricción de expendio y consumo de alcohol.
- ✓ Normativas para la inclusión de contenidos relacionados con la prevención de violencia en todos los niveles del sistema educativo.

POLÍTICA 3

Asegurar el funcionamiento de un sistema de tránsito seguro para conductores, pasajeros y peatones.

Proyectos:

- ✓ Fortalecimiento de la educación vial en todos los niveles del sistema educativo, en las escuelas de conductores y en los procesos de expedición de licencias.
- ✓ Desarrollo de estrategias comunicacionales para educación vial a través de los medios de comunicación masiva.
- ✓ Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica para accidentes de tránsito (mapa de riesgos).

Medidas:

- ✓ Reactivación de la Comisión Interministerial para la Atención, Prevención y Educación Vial (CIAPEV) con una perspectiva de tránsito seguro.

- ✓ Resolución sobre la estructura de incentivos a instituciones y a funcionarios vinculados al cumplimiento de la legislación de tránsito.
- ✓ Control automatizado de la velocidad de transporte público y privado en las principales carreteras y autopistas del país.
- ✓ Actualización de la normativa de tránsito terrestre con una perspectiva de salud pública.
- ✓ Regulación sobre la venta y publicidad de bebidas alcohólicas en la vialidad interurbana.

POLÍTICA 4

Asegurar a la población ambientes que favorezcan la actividad física, la recreación, la cultura y el deporte en los centros educativos, laborales y residenciales.

Proyectos:

- ✓ Consolidación de Barrio Adentro Deportivo, escuelas deportivas y de instalaciones seguras para la recreación y el deporte.
- ✓ Fortalecimiento de planificación urbana que favorezca el transporte público, las vías peatonales y ciclo-vías y el desarrollo de incentivos para el uso de bicicletas.
- ✓ Fortalecimiento de capacidades de sistema educativo para adecuar la oferta de educación física a los requerimientos de actividad física desde la perspectiva de la salud pública.

Medidas:

- ✓ Regulación para incluir la actividad física en los espacios laborales
- ✓ Reforma de contenidos curriculares en educación física en todos los niveles educativos
- ✓ Incorporar normas en regulación de la planificación urbana para favorecer el transporte público, vías peatonales y de bicicletas.

POLÍTICA 5

Promover la salud ambiental del entorno familiar, comunitario, de los centros educativos, de salud, recreativos y de trabajo, que permita el desarrollo de espacios libres de riesgos.

Proyectos Estratégicos:

- ✓ Construcción y adecuación de viviendas saludables atendiendo a las particularidades sociales y culturales de la población.
- ✓ Promoción de espacios libres de riesgos ambientales a nivel de las comunidades, viviendas, planteles educativos, establecimientos de salud y centros recreativos.
- ✓ Corresponsabilidad de la población en la gestión de los desechos sólidos y en el desarrollo de iniciativas de reciclaje a nivel comunitario.
- ✓ Fortalecimiento de la utilización de gas como fuente de energía
- ✓ Aseguramiento de condiciones y ambiente de trabajo promotores de calidad de vida y salud, con la participación y organización de los trabajadores

Medidas:

- ✓ Decreto sobre la conformidad sanitaria de los centros turísticos
- ✓ Regulación de la emisión de gases de los vehículos a motor.
- ✓ Normativas de vivienda saludable para certificación de los planes de vivienda.
- ✓ Normativas de promoción de salud para certificación de los ambientes laborales.

PARTICIPACION PROTAGONICA Y PODER POPULAR EN SALUD

Objetivo Estratégico:

Asegurar los mecanismos y espacios que permitan la participación protagónica del Poder Popular en la ejecución, seguimiento, control y evaluación del Plan Nacional de Salud, y su corresponsabilidad en el cumplimiento de las metas institucionales y de intervención sobre los determinantes de la salud en los distintos niveles de gestión de los territorios sociales.

Tabla #10. METAS: PARTICIPACION PROTAGONICA Y PODER POPULAR EN SALUD

Propósito	Año Base 2008	2013	2018
Incrementar la participación de los órganos del poder popular en la planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de las acciones de salud en las Áreas de Salud Integral Comunitaria.	-	60%	100%
Incrementar la participación de los órganos del poder popular en la planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de las acciones de salud en las Áreas de Salud Integral a nivel de comunas, distrito, estatal y nacional.	-	50%	100%
Aumentar la cantidad de organizaciones populares en salud (Comités de salud - Consejos Comunales)	11.200	17.000	25.000

POLITICA 1

Promover los autogobiernos comunitarios para el ejercicio del poder popular en la implementación de las políticas de salud.

Proyectos Estratégicos

- ✓ Promoción de instancias de participación en salud
- ✓ Desarrollo de un sistema de escuelas de participación popular en salud
- ✓ Creación y Fortalecimiento de instancias y mecanismos de vinculación entre organizaciones del poder popular en los territorios sociales.

Medidas

- ✓ Marco regulatorio de las instancias y mecanismos de participación del poder popular en salud en los niveles de gobiernos comunales.

POLÍTICA 2

Consolidar la participación protagónica del poder popular en la gestión del Sistema Público Nacional de Salud

Proyectos Estratégicos:

- ✓ Desarrollo de las instancias y mecanismos institucionales que garanticen la participación de los órganos del poder popular en la gestión del SPNS
- ✓ Desarrollo de capacidades institucionales para el acompañamiento técnico-político de las instancias del poder popular en salud.

Medidas:

- ✓ Regulación de las instancias y mecanismos de participación popular en todos los niveles de gestión del Sistema Público Nacional de Salud.

POLÍTICA 3

Impulsar la participación protagónica del poder popular en los espacios de articulación intersectorial y las instancias institucionales para la promoción de calidad de vida y salud.

Proyectos Estratégicos:

- ✓ Desarrollo de las instancias y mecanismos intersectoriales que garanticen la participación de los órganos del poder popular en la implementación del plan nacional de salud.
- ✓ Desarrollo de capacidades de los funcionarios y de voceros de salud de los consejos comunales para la participación en la implementación del plan nacional de salud.

Medidas:

- ✓ Regulación de las instancias y mecanismos de participación de los consejos comunales y otros órganos del poder popular en la gestión intersectorial del Plan Nacional de Salud.

POLÍTICA 4

Impulsar la vinculación internacional de organizaciones sociales en salud.

Proyectos Estratégicos:

- ✓ Desarrollo de capacidades institucionales para la promoción de la vinculación internacional de órganos del poder popular en salud.
- ✓ Promoción de instancias y mecanismos de vinculación de órganos del poder popular en salud a nivel internacional.

Medidas:

- ✓ Acuerdos internacionales sobre instancias y mecanismos de vinculación de órganos del poder popular en salud.

IV.ANALISIS

El análisis del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) se hace complejo y difícil pues en el marco de la transición praxística y conceptual que ha vivido nuestro país se podrían esperar variaciones importantes en las formas de definición y aproximación a los problemas de salud pública que han tenido los venezolanos desde hace varias décadas.

Esto no parece haber llegado en la práctica mas allá de las elaboraciones teóricas, por lo menos, no en la dimensión que cabría esperar a la luz del ritmo de otras transformaciones que ocurren en otros sectores de la vida nacional.

La salud, según Amartya Sen⁽⁴⁸⁾, tiene muchos aspectos y lo mejor es verla como un concepto multidimensional. Incluye aspectos relacionados con el logro de la salud y la posibilidad de lograr buena salud, y no solo con la distribución de la atención sanitaria. Pero también incluye la justicia de los procesos y, por lo tanto debe prestar atención a la ausencia de discriminación en la prestación de la asistencia sanitaria. Además, un buen compromiso con la equidad en salud también necesita que las consideraciones sobre la salud, se integren en los temas más amplios de la justicia social y de la equidad global, prestando suficiente atención a la versatilidad de los recursos y a las diferencias de alcance y pacto de los diferentes acuerdos sociales.

De acuerdo con la doctrina internacional sobre los derechos humanos y las disposiciones contenidas en más de 70 tratados y convenios internacionales, en su mayoría suscritos por el estado venezolano, la atención sanitaria en Venezuela presenta avances significativos en materia normativa pero, estancamiento en los procesos institucionales necesarios para llevar a práctica estas normas. ⁽²⁾

48. Sen Amartya (2002): ¿Por qué la Equidad en Salud?. Revista Panamericana de Salud Pública. Mayo – Junio. Vol. 11, N| 5, P. 302 – 309.

2. Albarrán Mary E. (2008): La calidad de la salud a nivel de la atención primaria: Hacia una transformación desde una perspectiva de la gerencia social. Universidad de Yacambu. Doctorado en Ciencias Gerenciales. Maturín.

Los avances se muestran con claridad en los contenidos constitucionales señalados, dentro de los cuales se adopta una simulación del derecho que cumple con los principios de universalidad, equidad, promoción y participación en salud. Es así, como dando cumplimiento a la Constitución del año 1999, se incluye en proyecto de la transformación de la atención primaria de la salud (APS) que comienza a ejecutarse en el año 2004, con la misión Barrio Adentro, cuyos objetivos principales era la de garantizar el derecho a la salud a la población de menos recursos, haciendo referencia a la inclusión social. Entonces, Barrio Adentro en esencia es una forma de atención primaria en salud.

¿Cuál ha sido la evolución de Barrio Adentro?

(58,59,60,61,62,63,64,65,66,67,68,69,70,71,72,73,74,75,76,77,78,79,80)

58. El Nacional: Hay que invertir más en los módulos de Barrio Adentro. 14/12/2008.

59. El Nacional: Presupuesto Nacional de Salud ha Disminuido en los Últimos años. 4/01/2009.

60. Últimas Noticias: Reparaciones de hospitales sin fecha de culminación. 10/01/2009.

61. El Nacional: (Domingo 7 días) Penitencia de parir en Venezuela. 18/01/2009.

62. El Universal: "Van 82 anteproyectos de Ley de Salud y ninguno aprobado". 04/02/2009.
63. El Universal: Emergencia del Universitario reabre sus puertas mañana. 09/02/2009.
64. El Nacional: (Entrevista a Jesús Mantilla). "La transferencia no ha sido fácil, pero tampoco traumática". 5/03/2009
65. El Nacional: Planean unir Barrio Adentro con hospitales. 08/04/2009.
66. El Universal: Resolución Ante la grave crisis que afecta al Sistema de Salud, la Universidad Central de Venezuela. Consejo Universitario. 10/05/2009
67. El Nacional: La Agonía del Sistema de Salud. 09/08/2009.
68. El Nacional: Colapsan Misión Barrio Adentro y Red Hospitalaria. 09/08/2009.
69. El Nacional: La Muerte de la Salud. 09/08/2009.
70. El Nacional: (El Diputado Tirso Silva, reconoce que el marco legal es una deuda pendiente) 10 Años sin Ley que Regule el Sector. 09/08/2009.
71. El Nacional: (El Presidente Chávez) Declara la Salud en Estado de Emergencia. Admite que hay 2.000 módulos de Barrio Adentro abandonados. 09/08/2009.
72. El Nacional: Barrio Adentro decayó por descuidos administrativos. (Min-Salud, anuncia el relanzamiento de la misión con 32.000 médicos cubanos). 22/09/09.
73. El Nacional: 32.000 Médicos cubanos tendrá la Misión Barrio Adentro. (Se incorporaran 12.000 estudiantes médicos venezolanos). 22/09/09.
74. El Nacional: Exigen cárcel para culpables de crisis de salud. 22/09/09.
75. El Nacional: Destacan logros en materia sanitaria. 22/09/09.
76. El Nacional: Critican que se ponga la salud del país en manos extranjeras. 03/10/09.
77. El Nacional: Ex Ministros alertan sobre el corte de la inversión en salud. 03/10/09.
78. El Nacional: La Salud, El Gran Fracaso del Gobierno. 11/10/09.
79. El Nacional: Chávez, Usa la Salud con Fines Electorales. 12/10/09.
80. El Nacional: Aceptación de Barrio Adentro descendió pero sigue alta. 19/10/09.

Por primera vez desde que se creó en el 2003, esta misión social, es cuestionada seriamente por personas que solían beneficiarse de ella y por el personal que está a cargo.

El mismo Presidente de la República, conoció sus fallas, "algunas de las misiones producto del desgaste, del descuido, sufren un proceso de desajuste, la misión barrio adentro, no tengo dudas ha venido bajando el nivel de eficiencia que tuvo siempre". (lo dijo en la Asamblea Nacional, durante el discurso que pronuncio el 24 de julio del año en curso).

En el 2004, cuando la misión gozaba de su máximo esplendor aterrizo directamente desde Cuba un contingente de 14.345 profesionales de la salud que se incorporaron a Barrio Adentro.

Hoy la realidad es que muchos de los módulos dejaron de funcionar y más de 40% de los médicos cubanos ya no trabajan en la misión de Barrio Adentro, según constata la Sociedad Bolivariana de Médicos Generales Integrales,

asociación que se creó para formar profesionales de la medicina que trabajaran junto con los cubanos en el programa social.

Ahora, esa misma sociedad ha denunciado que más del 30% de los 3.500 centros de atención primaria creados en el 2003, están cerrados.

Muchísimos cubanos se han ido del programa en los últimos meses han cerrado más de 500 consultorios, algunas razones para este declive de Barrio Adentro son las siguientes:

- El personal en la mayoría cubanos trabaja temporalmente.
- La supervisión y coordinación de los médicos es difícil.
- No hay equipo de gestión de salud, ni de abastecimiento.

El Gobierno, privilegio a la Misión barrio Adentro manejada por profesionales cubanos mientras marginaba a los hospitales tradicionales.

Los presupuestos asignados a los uno y otros ilustran de manera clara lo ocurrido, mientras Barrio Adentro fue financiado por (PDVSA) los recursos abundaron.

A partir del retiro de ese financiamiento la crisis fue general, fue tanto el dinero asignado a Barrio Adentro que la pregunta se hizo inevitable y así fue formulada:

¿Qué se hizo tanto dinero? Otra pregunta que ha quedado sin respuesta

¿Por qué y en nombre de qué designio o teoría fueron discriminados los hospitales, maltratados los médicos, negados sus recursos?

La respuesta no es el fracaso de un ministro que no conocía los problemas es mucho más grave.

El mandatario ensayó y se equivocó, y lo más grave, ahora está sin planes de salud para el 70% de los venezolanos que claman en el desamparo.

El 20 de septiembre del 2009, El Presidente Chávez, declara la salud en estado de emergencia, detectamos 2.000 módulos de Barrio Adentro abandonados, sin médicos, un descuido de todos, el fenómeno vino presentándose y se tomaron medidas, pero nunca pudimos con el problema la culpa es de todos y anuncio la incorporación de 1.111 médicos cubanos y 213 venezolanos graduados en Cuba, anuncio la creación de un nuevo fondo que los administrara el Vice-Presidente del Consejo de Ministros para el Área Social.

El Ministro de Salud anuncia el relanzamiento de la misión Barrio Adentro con 32.000 médicos cubanos, y dijo el Ministro que Barrio Adentro decayó por descuidos administrativos. Más de 16.000 especialistas entre médicos y estudiantes recibirán la misión Barrio Adentro una vez que se concrete la misión Barrio Adentro, según el Ministro hay más de 28.000 cooperantes y para fines de octubre se complementaran 32.000 con los 4.000 que vienen de la Isla de Cuba, igualmente se incrementara la presencia venezolana antes de que finalice octubre, se espera a que se sumen a la misión 3.000 estudiantes nacionales que cursan el último año de la carrera.

Este grupo ejercerá la medicina preventiva en los módulos de Barrio Adentro.

Bruni Celli, Oletta, Walter, Orihuela, Pulido (Cinco Ex-Ministros en el área de salud) exhortan a tomar medidas concretas cónsonas con la declaratoria presidencial de la emergencia de barrio adentro, hecha el 19 de septiembre debido al fracaso de Barrio Adentro I y del Sistema de Salud Publico Nacional.

Se habla que el aumento de la inversión en salud para el 2005, fue casi del 9% bruto PIB de los cuales el 6% correspondió al sistema paralelo de salud.

En los últimos 2 años las cifras han bajado y los recursos para Barrio Adentro fueron recortados en 65% a partir de 2008.

De los 6.500 módulos de esa misión existente en el país 2.000 están fuera de servicio y el 50% de los profesionales de medicina que laboraran el sector

público han emigrado al privado debido a la desatención de sus condiciones de trabajo.

La salud es un pozo sin fondo no se conoce a ciencia cierta la inversión en Barrio Adentro, no existe contraloría del gasto ni de las sobras

Nunca antes se gastó tanto dinero en forma desordenada incontrolable y poco transparente y nunca antes los resultados, medidos mediante los indicadores de salud fueron tan pobres. La vigilancia epidemiológica está habilitada la capacidad de repuestas ante endemias, epidemias, enfermedades emergentes y remergentes es pobre y deficientes.

El retraso de la investigación respecto a los acontecimientos resulta evidente si se examina en términos de la eficiencia que caracteriza los cambios ocurridos bajo el influjo del paradigma emergente. En Venezuela, ha sido necesario la construcción de un sistema paralelo en salud pública (Barrio Adentro I, II y III) ante la incapacidad de autotransformarse el sistema de salud oficial. Este sistema paralelo de salud, el cual es un convenio "Chavez-Republica de Cuba", sin el aval de nuestros cuerpos colegiados y federativos, el cual se inicio en el 2003 y ofrece en el 2009 un rotundo fracaso a nivel de Barrio Adentro I. Hasta el día de hoy no sabemos a ciencia cierta la inversión de capital transinstitucional y la calidad académica de los cooperantes de Cuba los cuales nunca presentaron baremo curricular de formación y/o especialización.

Esto es un hecho importante ya que el Estado ha demostrado una gran ineficacia en cuanto a la sinergia entre el sistema sanitario tradicional y el que intentan de nuevo, y la operación de los cambios profundamente sociales que implica la instauración y completo funcionamiento del SPNS.

Pareciendo mostrar aspectos muy importantes que son indiferentes y resistentes a la transformación. Pero es que además vale la pena preguntarse si el desarrollo de Barrio Adentro no resulta en la profundización del modelo biomédico mas allá de los avances que representa en términos del rescate y

revalorización de los diferentes niveles de atención y del sistema público nacional de salud como un todo.

Resulta inquietante verificar la inercia de buena parte del sector académico enclaustrado en las universidades; estos profesionales parecen no percibir los cambios que están ocurriendo en el país, sino además persistir en mantener su actividad académica fuera de esa realidad. Esta triste verdad aunada a la falta de un llamado a la participación del Estado creador del SPNS y del ya mencionado hermetismo en cuanto a sus resultados, a su avance y a los cambios sociales pertinentes deja la transición peligrosamente desprovista de recursos de gran capacidad académica y técnica que facilitarían en buena medida la potenciación de los logros que los cambios en marcha pueden producir.

El 19 de octubre de 2009, el Ministro relanza el Barrio Adentro, pero la situación de crisis actual de los servicios públicos de salud deben abordarse con un sistema de amplitud, el gobierno sabe que su ineficacia, y que tiene que hacer un esfuerzo en este sentido. Mientras las soluciones se busquen de manera sectaria y pensando que los problemas del país se resuelven si una actitud dialogante o dialógica estos problemas no se van a resolver.

Luego de este análisis llevado a cabo se está en capacidad de producir una serie de recomendaciones para unificar a los sistemas dispersos de la salud nacional y dar un nacimiento práctico al SPNS:

- Adoptar una posición de crítica constructiva, poniéndose a tono con la realidad sanitaria y con los cambios que están ocurriendo en el sistema de salud en Venezuela empujados por las necesidades de la población; y comulgando con el paradigma de la solidaridad emergente.
- Reconocer su condición de campo disciplinario determinado por el contexto político social y económico.
- Participar y propiciar el encuentro y reconciliación de los actores investigadores de los diferentes campos institucionales, universidades y ministerio de salud en función de discutir e impulsar

objetivos comunes. Objetivos que trasciendan los logros institucionales y personales hacia la construcción de una sociedad más justa con el concurso de los diversos sectores de la vida nacional llamados a ello.

- Respaldo y avanzar en la construcción de propuestas que permitan la asimilación y superación del modelo bio-medico mecanicista de invalorable aportes, hacia la construcción de un equilibrado modelo humanista que coloque al ser humano en el centro de sus intenciones y acciones, esto contribuye a la pertinencia y pertenencia de la investigación.
- Sumar día a día en la relación de correspondencia y sintonía entre la investigación y políticas de salud mediante la conformación de instancias trans-institucionales capaces de interpretar y modificar la realidad sanitaria privilegiando los intereses colectivos y nacionales en el marco de la legislación vigente. Y de ser necesario crear la legislación pertinente para lograr ese objetivo.
- La necesidad que los diferentes actores reconozcan la dimensión política, que la investigación en salud pública ha tenido y tiene, por lo tanto la democratización de la investigación, el empoderamiento de ella por parte de actores históricamente excluidos de su campo de acción, la desmitificación del conocimiento y la apertura a la participación de los ciudadanos en la producción y beneficios del saber parecen pasos lógicos para dar vida a la democracia participativa y protagónica que propone la Constitución de 1999.

BIBLIOGRAFIA

Libros, Textos y Manuales:

1. Alarid H. (1990): Los sistemas locales de salud. Revista SILOS No. 4. Caracas: Publicaciones de la OMS/OPS.

2. Albarrán Mary E. (2008): La calidad de la salud a nivel de la atención primaria: Hacia una transformación desde una perspectiva de la gerencia social. Universidad de Yacambu. Doctorado en Ciencias Gerenciales. Maturín. Estado Monagas.
3. Alfonso Ilis M.(1999): Técnica de Investigación Bibliográfica. Caracas- Venezuela. Contexto Editores. Octava Edición.
4. American Psychological Association (1994). Publication. Publication Manual of the American Psychological Association. USA. APA, Fourth Edition.
5. Ander-Egg, E. (1970): Problemática del desarrollo de la comunidad a través de los documentos de las Naciones Unidas. Caracas: Fondo Editorial Común.
6. Anteproyecto de la Ley Orgánica de Salud (2002): Subcomisión de Salud de la Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela.
7. Arias Fidas G. (1999). El proyecto de investigación. (3^{er} Ed.) Caracas Episteme.
8. Asamblea Nacional (2004): Proyecto de Ley Orgánica de Salud, aprobada el 14-12-2004, Comisión Permanente de Desarrollo Social Integral.
9. Balestrini, Mirian (2006): Cómo se elabora el Proyecto de Investigación (Para los Estudios Formulativos o Exploratorios, Descriptivos, Diagnósticos, Evaluativos; Formulación de Hipótesis Causables Experimentales y los Proyectos Factibles). Caracas, BL Consultores Asociados Servicio. Editorial 1997. Séptima Edición, Mayo 2006. Impreso por Editorial Texto Caracas.
10. Balestrini M. Lares A. (2008): Metodología para la Elaboración de Informes (Modalidades, Estructuras, Cuestiones Gramaticales y Redacción). Caracas, BL. Consultores Asociados Servicio Editorial, Cuarta Reimpresión.
11. Barrios Yaselli M., Gutiérrez L. Becerral, Vásquez E, Orellana D.(2008): Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales. Caracas, Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Fondo Editorial Libertador. [FEDUPEL] 4° Edición. 2006. Reimpresión.
12. Belmartino, S. (1991): Estado y políticas de salud, opciones y perspectivas. Memorias del II Taller Latinoamericano de Medicina Social. Caracas: Ediciones del Rectorado de la Universidad Central de Venezuela.
13. Blanco, J. (2007): Rumbo a la Integración del Sistema Público Nacional de Salud. MPPCI. 22 de marzo.

14. Blaxter Loraine, Hughes Christina, Tight Malcon (2004): *Cómo se hace una investigación*. México, Gedisa Editorial. Primera reimpresión, México: 2004. Impreso en litografía Ingramex S. A.
15. Briones, Guillermo (2006): *Método y Técnica de Investigación para las Ciencias Sociales*. 4° Edición, México, Editorial Trillas 2003. Reimpresión 2006. Se imprimió en Rodefi Impresiones: México DF.
16. Bunge Mario (1978): *La Ciencia, Su Método y Su Filosofía*. BsAs: Argentina. Ediciones Siglo Veinte.
17. Cerda, G. Hugo (2005): *Los Elementos de la Investigación, como reconocerlos, diseñarlos y construirlos*. 2° Edición (1995) Reimpresión 2005. Editorial "El Buho Ltda", Bogotá: Colombia.
18. Comisión Presidencial para la Reforma del Estado (COPRE) (1989): *Una política social para la afirmación de la democracia*. V8. Caracas: Editorial Arte.
19. Consejo Nacional para Supervisión y Seguimiento de los Programas Sociales (CONASSEPS) (1994): *Seguimiento de la ejecución física de los programas sociales compensatorios*. Caracas: CONASSEPS.
20. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, 5453. 3 de marzo de 2000.
21. Corredor Julio (2004): *La Planificación, Nuevos enfoques y Proposiciones para su aplicación en el siglo XXI*. Caracas, Venezuela. Vadell hermanos Editores C.A. 1° Edición, Agosto 2004. Impresión: Editorial Arte, S.A.-Caracas, Venezuela.
22. Documentos que hicieron historia (1990): *Vida Republicana de Venezuela 1810- 1989*. T1. Caracas: Ediciones de la Presidencia de la República. 364.
23. Evans, R., Albornoz, R. (1994): *Principios de Epidemiología Moderna*. Ediciones de la Biblioteca de la Universidad Central de Venezuela. Caracas.
24. Gabaldón A. (1965): *Una Política Sanitaria*. Caracas: Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.
25. Gómez, D. (2005): *Análisis comparado de los sistemas de salud de la región Andina y el Caribe*. Revista de Salud Pública. Bogotá. (7)3.
26. Guibourg, Ricardo, Ghigliani Alejandro, Guarinoni Ricardo (2000): *Introducción al conocimiento científico*. Eudeba, Universidad de Buenos Aires (BsAs) Cap. Fed. 3° Edición, 1° reimpresión, febrero 2000. Editorial Universitaria de Buenos Aires (BsAs). Impresión: Ripari S.A. Cap. Fed. Argentina

27. Hernández Sampieri R., Fernández Callado C., Baptista Lucio P.(2007): Fundamentos de la Metodología en la Investigación. MacGraw Hill-Interamericana de España. 2007. Impreso en Madrid - España.
28. Hernández Sampieri R., Fernández Collado C., Baptista Lucio P.(2007): Metodología de la Investigación. MagGraw Hill-Interamericana Editores S.A. 4° Edición. Impreso en Mexico: D.Fed.- Julio.
29. Hamard Alfonso, Zavarce C. Carlos (2002): Gerenciando el proceso de innovación. Anales de la Universidad Metropolitana: Vol II Número 1, Nueva serie, 2002: 51-61
30. Hurtado L. Ivan, Toro G. Josefina (2007): Paradigmas y métodos de investigación en tiempos de cambio (modelos de conocimiento que rigen los procesos de investigación y los métodos científicos expuestos desde la perspectiva de las ciencias sociales. Caracas). Los Libros del Nacional, Editorial CEC. S.A. Caracas – Venezuela.
31. La Salud en las Américas. Volumen I y II – Regiones. / Países: Venezuela. Organización Panamericana de la Salud. <http://www.paho.org>. Obtenido de Internet. 2007.
32. Ley Orgánica de la Administración Pública (2001). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela. 37. 305, Octubre 17, 2001.
33. Ley Orgánica de Salud (1998). Gaceta Oficial de Republica de Venezuela. 36579. Noviembre 11, 1998.
34. Levcovitz, E., Acuña, C. (2003): Elementos para formular estrategias de extensión de la protección social en Salud. Rev. Gerencia y Políticas de Salud. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.
35. Londoño, J., Frenk, J. (1997): Pluralismo Estructurado: Hacia un modelo innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Oficina del Economista Jefe Documento de Trabajo (353). México.
36. Lozano, M. Venezuela estructura Sistema Público Nacional de Salud. www.prensa-latina.com. 2008.
37. Martínez, A. (2006): Políticas del sector salud en Venezuela: 1993-2003. CP, Dic. , no.37, p.111-128. ISSN 0798-1406.
38. Medici, A. (2006): Las reformas incompletas de salud en América Latina: algunos elementos de su economía política. Bienestar y Política Social. 2(1)1–26.

39. Méndez A. Carlos E (2007): Metodología (Diseño y Desarrollo del Proceso de Investigación, con Énfasis en Ciencias Empresariales). Bogotá: Limusa, 2006. Cuarta Edición. Octubre 2007. Colombia. Limusa: Noriega Editores.
40. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Plan Nacional de Salud (2009-2013). Barrio Adentro Rumbo al Sistema Público Nacional de Salud Bolivariano y Socialista.
41. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (1961): Dirección General. Políticas para transformar el Sector Salud. Caracas: Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.
42. OMS/OPS (1978): Declaración de Alma-Ata. Revista SILOS No. 5. Caracas: Publicaciones de la OMS/OPS.
43. Organización Mundial de la Salud (2000): Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS.
44. Organización Panamericana de la Salud (2002): La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington, DC: OPS; (Publicación científica y técnica No. 589).
45. Organización Panamericana de la Salud (2004): Observatorio de Recursos Humanos en Salud. (CD45/9).XLV Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC: OPS.
46. Organización Panamericana de la Salud (2005): Consulta regional sobre recursos humanos en salud: desafíos críticos. Reunión regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud. Desafíos críticos para una década de recursos humanos en salud en las Américas. Toronto, Canadá, 4–7 de octubre.
47. Sabino Carlos (2007): Cómo hacer una tesis y elaborar todo tipo de escritos. Caracas. Editorial Panapo de Venezuela, C.A.- Impresión: Corporación Marca C.A.- Caracas.
48. Sen Amartya (2002): ¿Por qué la Equidad en Salud?. Revista Panamericana de Salud Pública. Mayo – Junio. Vol. 11, N| 5, P. 302 – 309.
49. Sierra B., Restituto (2005): Tesis Doctorales y Trabajos de Investigación Científica – Metodología General de su Elaboración y Documentación. 5° Edición, 4ª Reimpresión. España. Thomson Editores, España.
50. Tamayo y Tamayo, M. (2007): El Proceso de la Investigación Científica (Incluye Evaluación y Administración de Proyectos de Investigación). 4ta Edición – México: Limusa. Editorial Limusa. SA de CV . Grupo Noriega de Editores. México: Distrito Federal.

51. Tamayo y Tamayo, M. (2007): Diccionario de la Investigación Científica. 2da Edición, México. Editorial Limusa, SA de CV . Grupo Noriega Editores México: Distrito Federal.

52. Vicepresidencia de la República Bolivariana de Venezuela (2008): Construyendo las Bases del Sistema Público Nacional de Salud en el Distrito Metropolitano de Caracas para el año 2008. Caracas, Enero 2008. Págs. 1-21.

53. Vieytes Rut (2004): Metodología de la Investigación en Organizaciones, Mercadeo y Sociedad Epistemología y Técnicas. 1era Edición. Buenos Aires. De las Ciencias, Tacuari Bs As. Argentina.

De Internet:

54. Zavarce Carlos: / Material de apoyo/ Proyecto de Investigación. PPT.

Disponible: http://es.groups.yahoo.com/group/stg_ucv_0108_files/material%20De%20apoyo/proyecto%20d%20investigaci%80%Ao%Ag%D3.PP

55. Zavarce Carlos: Material de Apoyo/ Seminario UCV tg. Doc.

Disponible: <http://es.groups.yahoo.com/Apoyo/Proyecto%AG%D3PPT>.

Consultado: 2 de abril de 2008.

56. Derecho a la Salud

Disponible: <http://www.Derechos.org.ve./Publicaciones/infoanual/2003-2004/SaludPdf>

57. Graterol Esmelin <esmelingg@hotmail.com (11) Once Archivos Adjuntos.

<http://es.mg40.mail.yahoo.com/dc/launch?.gx=1&.rand=abq4aa2equif>

Prensa:

58. El Nacional: Hay que invertir más en los módulos de Barrio Adentro. 14/12/2008.

59. El Nacional: Presupuesto Nacional de Salud ha Disminuido en los Últimos años. 4/01/2009.

60. Últimas Noticias: Reparaciones de hospitales sin fecha de culminación. 10/01/2009.

61. El Nacional: (Domingo 7 días) Penitencia de parir en Venezuela. 18/01/2009.

62. El Universal: "Van 82 anteproyectos de Ley de Salud y ninguno aprobado".04/02/2009.

63. El Universal: Emergencia del Universitario reabre sus puertas mañana. 09/02/2009.

64. El Nacional: (Entrevista a Jesús Mantilla). "La transferencia no ha sido fácil, pero tampoco traumática". 5/03/2009

65. El Nacional: Planean unir Barrio Adentro con hospitales. 08/04/2009.
66. El Universal: Resolución Ante la grave crisis que afecta al Sistema de Salud, la Universidad Central de Venezuela. Consejo Universitario. 10/05/2009
67. El Nacional: La Agonía del Sistema de Salud. 09/08/2009.
68. El Nacional: Colapsan Misión Barrio Adentro y Red Hospitalaria. 09/08/2009.
69. El Nacional: La Muerte de la Salud. 09/08/2009.
70. El Nacional: (El Diputado Tirso Silva, reconoce que el marco legal es una deuda pendiente) 10 Años sin Ley que Regule el Sector. 09/08/2009.
71. El Nacional: (El Presidente Chávez) Declara la Salud en Estado de Emergencia. Admite que hay 2.000 módulos de Barrio Adentro abandonados. 09/08/2009.
72. El Nacional: Barrio Adentro decayó por descuidos administrativos. (Min-Salud, anuncia el relanzamiento de la misión con 32.000 médicos cubanos). 22/09/09.
73. El Nacional: 32.000 Médicos cubanos tendrá la Misión Barrio Adentro.
(Se incorporaran 12.000 estudiantes médicos venezolanos). 22/09/09.
74. El Nacional: Exigen cárcel para culpables de crisis de salud. 22/09/09.
75. El Nacional: Destacan logros en materia sanitaria. 22/09/09.
76. El Nacional: Critican que se ponga la salud del país en manos extranjeras. 03/10/09.
77. El Nacional: Ex Ministros alertan sobre el corte de la inversión en salud. 03/10/09.
78. El Nacional: La Salud, El Gran Fracaso del Gobierno. 11/10/09.
79. El Nacional: Chávez, Usa la Salud con Fines Electorales. 12/10/09.
80. El Nacional: Aceptación de Barrio Adentro descendió pero sigue alta. 19/10/09.

GLOSARIO

De términos generales y técnicos:

Alerta: Situación definida por indicadores sobre la posibilidad de ocurrencia de epidemia o brote de alguna enfermedad. Suerte de preaviso. Mecanismo de vigilancia epidemiológica que obliga a actuar. Viene dada por la observación de factores determinantes y la observación de la propia enfermedad.

Ambiente: Conjunto de elementos físicos, químicos, psicosociales y biológicos, (altitud, clima, vegetación, fauna, calidad del aire, del agua, del suelo, etc.) que constituyen el contexto de vida de los individuos y pueden influir en su estado de salud.

Bioética: Es el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de la ciencia, de la vida y el cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores morales y sus principios.

Brote: Episodio en el cual dos a más casos de la misma enfermedad, tienen alguna relación entre sí: por el momento de inicio de los síntomas, por el lugar donde ocurrieron, por las características de las personas, por ejemplo: edad (niños de la misma escuela), grupo étnico, ocupación (trabajadores de la misma fábrica), pasajeros en un mismo medio de transporte, etc.

Cadena Epidemiológica: Modelo que explica los pasos seguidos por el agente infeccioso para llegar al ser vivo susceptible (huésped animal o humano). Cada enfermedad transmisible posee su cadena epidemiológica que evidencia los puntos vulnerables, los cuales permitirán desarrollar medidas de prevención y control. Componente: agente infeccioso, fuente de infección, puerta de salida, vía de transmisión, puerta de entrada y huésped susceptible.

Caso – Control, Estudios de: Persona de la cual fue aislado e identificado el agente etiológico o de la que fueran obtenidas otras evidencias clínicas, epidemiológicas y/o laboratoriales que siguen los criterios y definiciones para cada enfermedad específica.

Comorbilidad: Se define por la presencia de dos o más enfermedades independientes en un mismo sujeto.

Crecimiento Anual de la Población: Tasa de cambio medio anual en el tamaño de la población, para un determinado país, territorio o área geográfica, durante un periodo específico. Expresa la razón entre el incremento anual del tamaño poblacional y la población total de dicho año, usualmente multiplicada por 100. El incremento anual del tamaño poblacional se define como la suma de diferencias: la diferencia entre nacimientos menos defunciones y la diferencia entre inmigrantes menos emigrantes, en un determinado país, territorio o área geográfica para un año dado.

Diagnóstico: Acto de conocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos y uso de tecnología. Calificación que da el médico a la enfermedad.

Efectividad: Mide la consecuencia del propósito u objetivo general. En la salud se mide por indicadores como Expectativa de vida, Mortalidad, Morbilidad.

Encuesta Epidemiológica: Relevamiento epidemiológico hecho por medio de recolección ocasional de datos, casi siempre por muestreo y que aporta datos sobre factores de riesgo y/o la prevención de casos clínicos o portadores, en una determinada población.

Endemia: Término que define la presencia continua de una enfermedad o agente infeccioso en un área geográfica determinada. No presenta gran variación y la enfermedad se mantiene en iguales condiciones en un momento y lugar determinado.

Enfermedad: Alteración más o menos grave de la salud.

Enfermedad Emergente: Es aquella que aparece o se diagnostica por primera vez o aquella cuya incidencia ha aumentado en los últimos dos decenios y tienden a incrementarse en el futuro.

Epidemia: Manifestación de un número de casos o brotes de una enfermedad por encima de los esperados en un momento y lugar determinado.

Epidemiología: Es la parte de la medicina que se dedica al estudio de la distribución, frecuencia, determinantes, relación, predicciones y control de factores relacionados con la salud y la enfermedad en poblaciones humanas

determinadas, así como la aplicación de estos estudios a los problemas de salud.

Estudio de Casos: Evaluación médica o epidemiológica de una persona en particular o de un número pequeño de individuos para determinar información descriptiva sobre su estado de salud o exposición potencial, por medio de entrevistas o pruebas médicas.

Factor de Riesgo: Variable asociada estadísticamente a la aparición de una enfermedad o de un fenómeno sanitario. Se distinguen factores endógenos (propios del individuo), exógenos (ligados al ambiente), pre-disponentes (que hacen vulnerable al sujeto) y participantes (que inician el fenómeno patológico).

Huésped: Persona o animal vivo, incluso aves y artrópodos, que en circunstancias naturales permiten la subsistencia o el alojamiento de un agente infeccioso. Algunos protozoarios y helmintos pasan por fases sucesivas en huéspedes alternos de diferentes especies. Los huéspedes en el que el parásito llega a la madurez o pasa por su fase sexual se denominan huéspedes primarios o definitivos; aquellos en los cuales el parásito pasa su etapa larvaria o asexual reciben el nombre de huéspedes secundarios o intermediarios. El huésped que sirve de vínculo es un portador en el cual el microorganismo permanece vivo, pero no se desarrolla.

Incidencia: Número de casos nuevos de una enfermedad que se presenta en un lugar determinado durante un lapso de tiempo definido.

Infección Nosocomial: Cualquier infección adquirida a partir de la internación del paciente manifiesta durante la internación, o después de alta, cuando puede relacionarse con la internación o procedimientos realizados durante su estadía hospitalaria.

Inmuno Profilaxis: Prevención de una enfermedad a través de la inmunidad conferida por la administración de vacunas o suero a una persona o animal.

Insecticida: Cualquier sustancia química que se usa para destruir insectos, y sea en forma de polvo, líquido, líquido pulverizado, aerosol o rociado. Las sustancias utilizadas son generalmente de acción residual. El término larvicida

se emplea por lo común para designar los insecticidas que se destinan específicamente a la destrucción de artrópodos que no han llegado a la fase de madurez; imagocida o adultocida se emplea para designar a los que se aplican para la destrucción de los artrópodos maduros o adultos.

La palabra acaricida se usa para designar agentes contra las garrapatas y ácaros. A veces se usan vocablos más específicos, como por ejemplo pediculicida.

Investigación epidemiológica de campo: Son estudios efectuados a partir de casos clínicos o de portadores, para identificar las fuentes de infección y los modos de transmisión del agente. Puede ser realizada frente a casos esporádicos o brotes.

Marcadores biológicos de exposición: Indican la exposición presente o pasada del organismo a un agente externo (virus, agente químico, tóxico, etc.). Se trata de medidas cuya calidad (sensibilidad o especificidad), puede ser conocida y pueden ser utilizadas en poblaciones extensas. Un marcador de exposición puede ser la mejor forma de estimar una exposición difícil o imposible con otros métodos.

Morbilidad: La tasa de morbilidad es el número de enfermedades o casos de enfermedad en una población.

Mortalidad, Tasa de: Es la medida de frecuencia de fallecidos en una población durante un período determinado, por lo regular un año.

Mortalidad infantil, Tasa de: Es un indicador demográfico que señala el número de defunciones en una población de niños cada mil, durante un período de tiempo determinado, generalmente un año. Tradicionalmente la tasa de mortalidad infantil se mide sobre los niños de 1 año. Se trata de un indicador relacionado íntimamente con la pobreza y constituye el objeto de uno de los 8 Objetivos del Milenio de las Naciones Unidas.

Pandemia: Epidemia que alcanza grandes extensiones geográficas en forma casi simultánea o con desplazamiento rápido o lento de un continente a otro.

Portador: Persona o animal infectado que alberga un agente infeccioso específico de una enfermedad, sin presentar signos o síntomas clínicos de ella, y que constituye una fuente de potencial de infección. El estado de portador puede existir en un individuo en el curso de una infección no manifiesta o durante el período de incubación, la fase de convalecencia y de posconvalecencia en un individuo con infecciones que se manifiestan clínicamente.

Prevención: Término que en salud pública, significa una acción anticipada, cuyo objetivo es interceptar o anular la acción de la enfermedad. De acuerdo con las fases de su aplicación es posible considerar las siguientes categorías de medidas preventivas:

- a) Prevención primaria a ser empleada en el período prepatogénico.
- b) Prevención secundaria a ser aplicada en el período patogénico, tendiente a lograr la curación o evitar el agravamiento de la enfermedad.
- c) Prevención terciaria, utilizada en el período patogénico, tendiente a evitar la discapacidad y sus consecuencias y la muerte.

Riesgo: Probabilidad de que un suceso exceda un valor específico de daños sociales, ambientales y económicos en un lugar dado y durante un tiempo de exposición determinado. Es decir, es la posibilidad de ser afectados o no según la magnitud de un evento natural u ocasionado por el hombre.

Tasa de mortalidad infantil: Cociente entre el número de muertes de niños menores de un año de edad en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año, para un determinado país, territorio o área geográfica, expresado por 1.000 nacidos vivos, según la información de la autoridad sanitaria nacional. La tasa de mortalidad neonatal reportada se define como el cociente entre el número de nacidos vivos que mueren antes de cumplir 28 días de edad en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año, para determinado país, territorio o área geográfica, expresado por 1.000 nacidos vivos, según la información de la autoridad sanitaria nacional. La tasa de mortalidad postneonatal reportada se define como el cociente entre el número de nacidos vivos que mueren antes de cumplir un año de edad pero han vivido 28 días o más, en un determinado año y el número de nacidos vivos

en el mismo año, para un determinado país, territorio o área geográfica, expresado por 1.000 nacidos vivos, según la información de la autoridad sanitaria nacional. La tasa de mortalidad estima se define como el cociente entre el número de muertes de niños de un año de edad en un determinado año y el número de nacidos vivos para el mismo año, para determinado país, territorio o área geográfica, expresado por 1.000 nacidos vivos, según estimado por la División de Población de las Naciones Unidas.

Tasa estimada de mortalidad general, ajustada por edad: El número total de defunciones estimadas en una población total o determinado sexo y/o edad, dividido por el total de esa población, habiendo eliminado el efecto de las diferencias en la distribución de edad, expresada por 100.000 habitantes, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Transmisión: Mecanismo por medio del cual un agente infeccioso se propaga desde una fuente o reservorio a un ser vivo (humano o animal). Puede ser directa (piel, tos respiración, el habla, contacto íntimo), indirecta (vehículo y vectores) o a través del aire (polvo, núcleos de gotitas).

Ventana inmunológica: Intervalo entre el inicio de la infección y la posibilidad de detección de anticuerpos a través de técnicas laboratoriales.

Vigilancia epidemiológica: Proceso de observación continua y sistemática de aspectos de la conducta de una enfermedad y de sus factores determinantes. La observación se refiere a la medición, estandarización y registro, en tanto que la conducta de la enfermedad hace alusión a su frecuencia y distribución, esto es, el número de casos y a quién, dónde y cuándo afecta. Puede arrojar tres resultados: éxito o seguridad, alerta o alarma, y epidemia.

Zona de alarma: Cuando los valores observados de la enfermedad o problema están sobre el valor central o entre el intervalo de confianza superior.

Zona de epidemia: Cuando los valores observados de la enfermedad o problema son próximos o superiores al intervalo de confianza superior.

ANEXOS

Plan Operativo de la Vice Presidencia de la República Bolivariana de Venezuela. “Construyendo las Bases del Sistema Público Nacional de Salud en el Distrito Metropolitano de Caracas, para el año 2008”. ⁽⁵²⁾

Consideraciones:

1. Amparados en los poderes constitucionales, el Estado Venezolano tiene la obligación de garantizar el derecho a la salud, con la construcción del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS).
2. La necesidad de dar los pasos constitutivos del SPNS en la región de Caracas, considerando la grave situación sanitaria y la fragilidad de la atención a la salud al borde de un colapso funcional, con servicios de muy baja atención y la ausencia de un sistema que permita una respuesta integral e integradora de los servicios dispersos en varias instituciones sin unidad de mando.
3. La situación de emergencia sanitaria recurrente de las epidemias viejas y nuevas y las filas de espera por tiempos indefinidos asociadas a una baja respuesta estatal y un gasto excesivo con la compra sin regulación pública de los servicios privados.
4. La evasión profesional y la insuficiencia de varias especialidades médicas, así como la insuficiencia de servicios de enfermería y de otras profesiones universitarias superiores y técnicas medias, están limitando la buena atención que necesitan los ciudadanos y ciudadanas.

La gran precariedad de la atención de las urgencias medicas. El pago de los gastos de insumos/ medicamentos realizados por los usuarios del sistema debido a la insuficiencia y irregularidad de la estructura presupuestaria, así como la ausencia de politicas y servicios públicos de mantenimiento de áreas físicas y equipamientos.

52. Vicepresidencia de la República Bolivariana de Venezuela (2008): Construyendo las Bases del Sistema Público Nacional de Salud en el Distrito Metropolitano de Caracas para el año 2008. Caracas, Enero 2008. Págs. 1-21.

5. La tension generada por la diversidad salarial entre iguales funciones en el sisitema estatal, generando baja gobernabilidad en la gestion del trabajo, exigiendo una solución que homologue los salarios en términos de funciones / valores equivalentes.
6. Todos los elementos anteriores constituyen signos y sintomas del fragmentado sistema que hoy existe, carente de rectoría que lo unifique y que le de sentidoooooo frente a las necesidades de la poblacion, lo que abre paso al fortalecimiento de una lógica de mercado que se nutre de altos volúmenes financieros en regulacon contractual pública, que desde el estado financian a las instituciones privadas y socavan el desarrollo del sistema estatal y por ende la posibilidad del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS).
7. El mandato constitucional por la construccion del SPNS nos permite y nos obliga a buscar una solución, partiendo desde una iniciativa piloto de Caracas que constituya una experiencia lider en el País y construya los mecanismos necesarios para una nueva institucionalidad capaz de reponder a las necesidades sociales desde lo inmediato, al tiempo que genera bases para soluciones de mediano y largo plazo, preservando a cada paso las garantias de gobenabilidad que eviten el colapso del sector.
8. Por tanto proponemos el alzamiento de este sistema metropolitano como porceso piloto de organización regional del SPNS, abarcando los cinco municipios que componen a la Alcaldia Mayor de Caracas y a la Gobernacion de Miranda, con duracion de 36 meses para un horizonte de sistema organizado y de 12 meses de vigencia en términos de manejo de la situacion de emrgencia.

En tal sentido se plantea la Firma de un Decreto que facilite esta propuesta. De ahí que las potestades de este Decreto necesitan estructurarse desde un reconocimiento de la situación de emergencia que enfrentamos y el imperativo de respuestas de corto plazo para proteger la vida de las personas al tiempo que se construyen las bases de un sistema público definitivo. De igual forma este decreto, en el marco del proceso de Leyes Habilitantes sentará las bases de un Ley Nacional de Salud la cual inspire en los elementos de doctrina y operación que se pueda adelantar a través de este proyecto piloto estratégico de Caracas, sin descuidar que esta iniciativa de Caracas pueda generar procesos equivalentes en otros estados venezolanos.

Este documento contiene la propuesta de Decreto, y el Plan Operativo con sus respectivas líneas estratégicas para la garantía en Caracas del derecho a la salud.

PLAN OPERATIVO

Propósito: Responder a las necesidades de carácter coyuntural inmediato – emergencial, a la vez que se construyen las políticas y mecanismo que dan respuesta al problema estructural conformandose el Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) con la Gran Caracas Como Experiencia Piloto.

Compronente Estratégico 1: Desarrollar una nueva institucionalidad metropolitana que garantice la materializacion de las politicas de salud y calidad de vida con capacidad rectora de regulacion, con una amplia base de participacion popular.

Objetivo	Monto Aproximado necesario	Fecha de Ejecución	Organismos responsables	Observaciones
1.1. Conformar el comité para la organización y rectoría del Sistema Público Metropolitano de Salud.		Al momento de la firma del Decreto hasta conformar el sistema público metropolitano de salud.	Vicepresidencia y los Ministerios del Poder Popular: Trabajo y Seguridad Social, Salud, Defensa, Finanzas, Planificacion y Desarrollo, Educacion, Infraestructura, Ambiente, participacion y Proteccion Social, Energia y	Se reunirán al menos una vez por semana, o a solicitud del presidente y/o vicepresidente ejecutivo de la República Bolivariana de Venezuela.
1.2. Constituir un Fondo Metropolitano de Salud.	A la espera de las necesidades de los entes que forman parte del comité.	Al momento de la firma del Decreto.	Petroleo, Ciencia y Tecnologia, Gobernacion del Estado Miranda, Alcaldia Alcaldía Metropolitana de Caracas.	Estos recursos se destinaran a cubrir las necesidades de insumos, materiales, servicios, entre otros y su administración y manejo serán coordinados y supervisados directamente por el Comité para la Organización y Rectoria del Sistema Público Metropolitano de Salud.
1.3. Conformar el Consejo Metropolitano de Salud y Calidad de Vida.				Este Consejo es una instancia participativa y decisoria de politicas publicas por la equidad en calidad de vida y salud, y será constituido por voceros de los distintos movimientos sociales de la ciudad de caracas (consejos comunales, comités salud, mesas técnicas de agua, gremios y trabajadores de la salud, entre otros).

Componente Estratégico 2: Integracion y Organizacion de las Estructuras y Homologacion de Beneficios Socioeconomicos del RRHH.

Objetivo	Monto Aproximado necesario	Fecha de Ejecución	Organismos responsables	Observaciones
2.1. Plan masivo de Asimilación.	Por definir	Febrero - Septiembre	Ministerios del Poder Popular para la Defensa, Salud, IVSS, Alcaldía Metropolitana.	No se establecen los recursos necesarios por cuanto se requiere la información del personal a ser captado para la asimilación. Información que puede ser obtenida en un periodo de sesenta días.
2.2. Homologación de Salario integral del Personal de Salud y Becarios, tomando como referencia el	1.147.976	Febrero - Mayo	Secretaría de Salud de la Alcaldía Metropolitana.	Este Planteamiento será desarrollado en dos fases: La primera se plantea de manera inmediata con la homologación del salario integral del personal médico de la Alcaldía con los del Ministerio de Salud a través de un acta convenio (La ejecución de esta medida está sujeta al tiempo en que se tarda la erogación de los recursos presupuestarios y financieros solicitados a través de un crédito adicional). En segundo término, la homologación del salario integral de todos los médicos será realizado en el marco de una Normativa Laboral, en mesas de trabajo.
2.3. Redistribución del personal de salud en la red metropolitana de acuerdo a las necesidades y prioridades en la situación de salud.	Por definir	Febrero - Agosto	Ministerio del Poder Popular para la Salud, Secretaría de Salud, IVSS, HUC, Salud, Militar, IPASME y Barrio Adentro.	No se establecen recursos necesarios por cuanto el personal a distribuir tiene cargo fijo y su remuneración tiene disponibilidad presupuestaria y financiera.

				Así mismo el traslado es dentro de la misma localidad y no genera viáticos de conformidad con lo establecido en la contratación colectiva vigente.
2.4. Contratación específica de personal de salud para realizar intervenciones quirúrgicas y saldar deuda en atención médica en las áreas de traumatología, neurocirugía y otorrinolaringología.	Por definir	Febrero - Mayo	Secretaría de Salud de la Alcaldía Metropolitana, IVSS.	Para determinar los recursos necesarios para la contratación se deberá levantar la información de las intervenciones quirúrgicas pendientes en el área metropolitana.
2.5. Incorporar los Especialistas de Medicina General Integral en la atención hospitalaria, incluyendo suparticipación en los planes de guardia de las emergencias.	253.304	Febrero - Abril	Ministerio del Poder Popular para la Salud.	La incorporación de estos médicos genera la obligación del pago de guardias y días feriados, el cual será asumido por la Secretaría de Salud de la Alcaldía Metropolitana, en vista que cuenta con la debida disponibilidad presupuestaria, ya que Caracas cuenta con menos de diez médicos generales integrales.
2.6. Incorporación como pasante de las/los 183 alumnas/os de la Escuela de Enfermería de la Fuerza Armada Nacional con finalidad de fortalecer la atención en la red de servicios de la ciudad de Caracas.	Por definir	Febrero - Abril	Ministerio del Poder Popular para la Defensa, IVSS y Secretaría de Salud.	Coordinación para la distribución en los diferentes centros de salud.

Componente Estratégico 3: Suministro de Insumos y Contrataciones de Servicios Asegurando la Regulación de Cadenas Logísticas en la Red de Servicios.

Objetivo	Monto Aproximado necesario	Fecha de Ejecución	Organismos responsables	Observaciones
3.1. Garantizar de manera gratuita, oportuna y de dotación de los insumos básicos de pacientes que existen a la Red de	Por definir	Febrero	Ministerios del Poder Popular para la Defensa, Salud, IVSS, Alcaldía Metropolitana.	No se establecen los recursos necesarios por cuanto se requiere la información del personal a ser captado para la asimilación. Información que puede ser obtenida

Hospitalizaciones.		– Septiembre		en un periodo de sesenta dias.
3.2. Garantizar de manera gratuita, oportuna y de calidad, la dotación de los insumos básicos de atención a pacientes que asisten a la Red ambulatoria de atención primaria del Distrito Metropolitano de Caracas.	1.147.976	Febrero – Mayo	Secretaría de Salud de la Alcaldía Metropolitana.	Este Planteamiento será desarrollado en dos fases: La primera se plantea de manera inmediata con la homologación del salario integral del personal médico de la Alcaldía con los del Ministerio de Salud a través de un acta convenio (La ejecución de esta medida está sujeta al tiempo en que se tarda la erogación de los recursos presupuestarios y financieros solicitados a través de un crédito adicional). En segundo término, la homologación del salario integral de todos los médicos será realizado en el marco de una Normativa Laboral, en mesas de trabajo.
3.3. Garantizar de manera gratuita, oportuna y de calidad a dotación de los insumos básicos de atención a pacientes que asisten a la Red ambulatoria especializada del Distrito Metropolitano de Caracas.	Por definir	Febrero - Agosto	Ministerio del Poder Popular para la Salud, Secretaría de Salud, IVSS, HUC, Salud, Militar, IPASME y Barrio Adentro.	No se establecen recursos necesarios por cuanto el personal a distribuir tiene cargo fijo y su remuneración tiene disponibilidad presupuestaria y financiera. Así mismo el traslado es dentro de la misma localidad y no genera viáticos de conformidad con lo establecido en la contratación colectiva vigente.
3.4. Garantizar los servicios de Contrataciones no personales, alimentación, limpieza, reactivos, medicinales, lavandería, otros) en las Redes:	Por definir	Febrero	Secretaría de Salud de la Alcaldía Metropolitana, IVSS.	Para determinar los recursos necesarios para la contratación se deberá levantar la información de las intervenciones quirúrgicas pendientes en el área metropolitana.

Hospitalización, Atención Primaria y Ambulatoria Especializada.		- Mayo		
---	--	-----------	--	--

Componente Estratégico 4: Acondicionamiento de la Infraestructura y Mantenimiento con las siguientes prioridades dignificación inmediata de las áreas de descanso del Personal de Salud, adecuación de las áreas médicas y de servicios de los hospitales y red ambulatoria convencional.

Objetivo	Monto Aproximado necesario	Fecha de Ejecución	Organismos involucrados	Observaciones
4.1. Culminar las obras de rehabilitación iniciadas por el Ministerio del Poder Popular para la Salud en 10 hospitales del Distrito Metropolitano de Caracas, dando prioridad al Hospital Vargas y Maternidad Concepcion Palacios con turnos de trabajo de 24 horas.		En ejecución con fecha de culminación Junio 2008.	Ministerios del Poder Popular para la Infraestructura, Salud, Secretaria de Salud, IVSS, PDVSA.	

4.2. Diseñar los proyectos de rehabilitación de la infraestructura de 17 hospitales de la red de hospitalización ubicadas en el Distrito metropolitano tomando en cuenta las siguientes áreas priorizadas: Quirófano, emergencia, sala de recuperación post anestésica, salas de terapias intensivas y las salas y las salas de descanso del personal de salud.	2.000.000	Marzo - Abril		
4.3. Iniciar los proyectos de rehabilitación diseñados una vez que culminen los trabajos en los 10 hospitales que se encuentran actualmente en ejecución por parte del Ministerio del poder popular para la salud.	57.000.000	Abril - Diciembre	Ministerio del Poder Popular para la Salud, Secretaría de Salud, IVSS, HUC, Salud, Militar, IPASME y Barrio Adentro.	Inicialmente se priorizarán 20 ambulatorios.
4.4. Acondicionar la infraestructura y el mantenimiento de 60 ambulatorios.	60.000.000	Marzo	Secretaría de Salud de la Alcaldía Metropolitana, IVSS.	Para determinar los recursos necesarios para la contratación se deberá levantar la información de las intervenciones quirúrgicas pendientes en el área metropolitana.

BIBLIOGRAFIA

1. Alarid H. (1990): Los sistemas locales de salud. Revista SILOS No. 4. Caracas: Publicaciones de la OMS/OPS.
2. Albarrán Mary E. (2008): La calidad de la salud a nivel de la atención primaria: Hacia una transformación desde una perspectiva de la gerencia social. Universidad de Yacambu. Doctorado en Ciencias Gerenciales. Maturín.
3. Alfonzo Ilis M.(1999): Técnica de Investigación Bibliográfica. Caracas- Venezuela. Contexto Editores. Octava Edición.
4. American Psychological Association (1994). Publication. Publication Manual of the American Psychological Association. USA. APA, Fourth Edition.
5. Ander-Egg, E. (1970): Problemática del desarrollo de la comunidad a través de los documentos de las Naciones Unidas. Caracas: Fondo Editorial Común.
6. Anteproyecto de la Ley Orgánica de Salud (2002): Subcomisión de Salud de la Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela.
7. Arias Fidias G. (1999). El proyecto de investigación. (3^{er} Ed.) Caracas Episteme.
8. Asamblea Nacional (2004): Proyecto de Ley Orgánica de Salud, aprobada el 14-12-2004, Comisión Permanente de Desarrollo Social Integral.
9. Balestrini, Mirian (2006): Cómo se elabora el Proyecto de Investigación (Para los Estudios Formulativos o Exploratorios, Descriptivos, Diagnósticos, Evaluativos; Formulación de Hipótesis Causables Experimentales y los Proyectos Factibles). Caracas, BL Consultores Asociados Servicio. Editorial 1997. Séptima Edición, Mayo 2006. Impreso por Editorial Texto Caracas.

10. Balestrini M. Lares A. (2008): Metodología para la Elaboración de Informes (Modalidades, Estructuras, Cuestiones Gramaticales y Redacción). Caracas, BL. Consultores Asociados Servicio Editorial, Cuarta Reimpresión.
11. Barrios Yaselli M., Gutiérrez L. Becerral, Vásquez E, Orellana D.(2008): Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales. Caracas, Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Fondo Editorial Libertador. [FEDUPEL] 4° Edición. 2006. Reimpresión.
12. Belmartino, S. (1991): Estado y políticas de salud, opciones y perspectivas. Memorias del II Taller Latinoamericano de Medicina Social. Caracas: Ediciones del Rectorado de la Universidad Central de Venezuela.
13. Blanco, J. (2007): Rumbo a la Integración del Sistema Público Nacional de Salud. MPPCI. 22 de marzo.
14. Blaxter Loraine, Hughes Christina, Tight Malcon (2004): Cómo se hace una investigación. México, Gedisa Editorial. Primera reimpresión, México: 2004. Impreso en litografía Ingramex S. A.
15. Briones, Guillermo (2006): Método y Técnica de Investigación para las Ciencias Sociales. 4° Edición, México, Editorial Trillas 2003. Reimpresión 2006. Se imprimió en Rodefi Impresiones: México DF.
16. Bunge Mario (1978): La Ciencia, Su Método y Su Filosofía. BsAs: Argentina. Ediciones Siglo Veinte.
17. Cerda, G. Hugo (2005): Los Elementos de la Investigación, como reconocerlos, diseñarlos y construirlos. 2° Edición (1995) Reimpresión 2005. Editorial "El Buho Ltda", Bogotá: Colombia.
18. Comisión Presidencial para la Reforma del Estado (COPRE) (1989): Una política social para la afirmación de la democracia. V8. Caracas: Editorial Arte.

19. Consejo Nacional para Supervisión y Seguimiento de los Programas Sociales (CONASSEPS) (1994): Seguimiento de la ejecución física de los programas sociales compensatorios. Caracas: CONASSEPS.
20. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, 5453. 3 de marzo de 2000.
21. Corredor Julio (2004): La Planificación, Nuevos enfoques y Proposiciones para su aplicación en el siglo XXI. Caracas, Venezuela. Vadell hermanos Editores C.A. 1° Edición, Agosto 2004. Impresión: Editorial Arte, S.A.-Caracas, Venezuela.
22. Documentos que hicieron historia (1990): Vida Republicana de Venezuela 1810-1989. T1. Caracas: Ediciones de la Presidencia de la República. 364.
23. Evans, R., Albornoz, R. (1994): Principios de Epidemiología Moderna. Ediciones de la Biblioteca de la Universidad Central de Venezuela. Caracas.
24. Gabaldón A. (1965): Una Política Sanitaria. Caracas: Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.
25. Gómez, D. (2005): Análisis comparado de los sistemas de salud de la región Andina y el Caribe. Revista de Salud Pública. Bogotá. (7)3.
26. Guibourg, Ricardo, Ghigliani Alejandro, Guarinoni Ricardo (2000): Introducción al conocimiento científico. Eudeba, Universidad de Buenos Aires (BsAs) Cap. Fed. 3° Edición, 1° reimpresión, febrero 2000. Editorial Universitaria de Buenos Aires (BsAs). Impresión: Ripari S.A. Cap. Fed. Argentina
27. Hernández Sampieri R., Fernández Callado C., Baptista Lucio P.(2007): Fundamentos de la Metodología en la Investigación. MacGraw Hill-Interamericana de España. 2007. Impreso en Madrid - España.
28. Hernández Sampieri R., Fernández Collado C., Baptista Lucio P.(2007): Metodología de la Investigación. MagGraw Hill-Interamericana Editores S.A. 4° Edición. Impreso en Mexico: D.Fed.- Julio.

29. Hamard Alfonzo, Zavarce C. Carlos (2002): Gerenciando el proceso de innovación. Anales de la Universidad Metropolitana: Vol II Número 1, Nueva serie, 2002: 51-61
30. Hurtado L. Ivan, Toro G. Josefina (2007): Paradigmas y métodos de investigación en tiempos de cambio (modelos de conocimiento que rigen los procesos de investigación y los métodos científicos expuestos desde la perspectiva de las ciencias sociales. Caracas). Los Libros del Nacional, Editorial CEC. S.A. Caracas – Venezuela.
31. La Salud en las Américas. Volumen I y II – Regiones. / Países: Venezuela. Organización Panamericana de la Salud. <http://www.paho.org>. Obtenido de Internet. 2007.
32. Ley Orgánica de la Administración Pública (2001). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela. 37. 305, Octubre 17, 2001.
33. Ley Orgánica de Salud (1998). Gaceta Oficial de Republica de Venezuela. 36579. Noviembre 11, 1998.
34. Levcovitz, E., Acuña, C. (2003): Elementos para formular estrategias de extensión de la protección social en Salud. Rev. Gerencia y Políticas de Salud. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.
35. Londoño, J., Frank, J. (1997): Pluralismo Estructurado: Hacia un modelo innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo. México.
36. Lozano, M. Venezuela estructura Sistema Público Nacional de Salud. www.prensa-latina.com. 2008.
37. Martínez, A. (2006): Políticas del sector salud en Venezuela: 1993-2003. CP, Dic. , no.37, p.111-128. ISSN 0798-1406.
38. Medici, A. (2006): Las reformas incompletas de salud en América Latina: algunos elementos de su economía política. Bienestar y Política Social. 2(1)1–26.

39. Méndez A. Carlos E (2007): Metodología (Diseño y Desarrollo del Proceso de Investigación, con Énfasis en Ciencias Empresariales). Bogotá: Limusa, 2006. Cuarta Edición. Octubre 2007. Colombia. Limusa: Noriega Editores.
40. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Plan Nacional de Salud (2009-2013). Barrio Adentro Rumbo al Sistema Público Nacional de Salud Bolivariano y Socialista.
41. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (1961): Dirección General. Políticas para transformar el Sector Salud. Caracas: Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.
42. OMS/OPS (1978): Declaración de Alma-Ata. Revista SILOS No. 5. Caracas: Publicaciones de la OMS/OPS.
43. Organización Mundial de la Salud (2000): Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS.
44. Organización Panamericana de la Salud (2002): La salud pública en las Américas: nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. Washington, DC: OPS; (Publicación científica y técnica No. 589).
45. Organización Panamericana de la Salud (2004): Observatorio de Recursos Humanos en Salud. (CD45/9).XLV Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC: OPS.
46. Organización Panamericana de la Salud (2005): Consulta regional sobre recursos humanos en salud: desafíos críticos. Reunión regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud. Desafíos críticos para una década de recursos humanos en salud en las Américas. Toronto, Canadá, 4–7 de octubre.
47. Sabino Carlos (2007): Cómo hacer una tesis y elaborar todo tipo de escritos. Caracas. Editorial Panapo de Venezuela, C.A.- Impresión: Corporación Marca C.A.- Caracas.
48. Sen Amartya (2002): ¿Por qué la Equidad en Salud? Revista Panamericana de Salud Pública. Mayo – Junio. Vol. 11, N| 5, P. 302 – 309.

49. Sierra B., Restituto (2005): Tesis Doctorales y Trabajos de Investigación Científica – Metodología General de su Elaboración y Documentación. 5° Edición, 4ª Reimpresión. España. Thomson Editores, España.

50. Tamayo y Tamayo, M. (2007): El Proceso de la Investigación Científica (Incluye Evaluación y Administración de Proyectos de Investigación). 4ta Edición – México: Limusa. Editorial Limusa. SA de CV . Grupo Noriega de Editores. México: Distrito Federal.

51. Tamayo y Tamayo, M. (2007): Diccionario de la Investigación Científica. 2da Edición, México. Editorial Limusa, SA de CV . Grupo Noriega Editores México: Distrito Federal.

52. Vicepresidencia de la República Bolivariana de Venezuela (2008): Construyendo las Bases del Sistema Público Nacional de Salud en el Distrito Metropolitano de Caracas para el año 2008. Caracas, Enero 2008. Págs. 1-21.

53. Vieytes Rut (2004): Metodología de la Investigación en Organizaciones, Mercadeo y Sociedad Epistemología y Técnicas. 1era Edición. Buenos Aires. De las Ciencias, Tacuari Bs As. Argentina.

De Internet:

54. Zavarce Carlos: / Material de apoyo/ Proyecto de Investigación. PPT.

Disponible: http://es.groups.yahoo.com/group/stg_-_ucv_0108_/files/material%20De%20apoyo/proyecto%20d%20investigaci%80%Ag%D3.PP

55. Zavarce Carlos: Material de Apoyo/ Seminario UCV tg. Doc.

Disponible: <http://es.groups.yahoo.com/Apoyo/Proyecto%AG%D3Ppt>.

Consultado: 2 de abril de 2008.

Prensa:

GLOSARIO

De términos generales y técnicos:

Alerta: Situación definida por indicadores sobre la posibilidad de ocurrencia de epidemia o brote de alguna enfermedad. Suerte de preaviso. Mecanismo de vigilancia epidemiológica que obliga a actuar. Viene dada por la observación de factores determinantes y la observación de la propia enfermedad.

Ambiente: Conjunto de elementos físicos, químicos, psicosociales y biológicos, (altitud, clima, vegetación, fauna, calidad del aire, del agua, del suelo, etc.) que constituyen el contexto de vida de los individuos y pueden influir en su estado de salud.

Bioética: Es el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de la ciencia, de la vida y el cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores morales y sus principios.

Brote: Episodio en el cual dos a más casos de la misma enfermedad, tienen alguna relación entre sí: por el momento de inicio de los síntomas, por el lugar donde ocurrieron, por las características de las personas, por ejemplo: edad (niños de la

misma escuela), grupo étnico, ocupación (trabajadores de la misma fábrica), pasajeros en un mismo medio de transporte, etc.

Cadena Epidemiológica: Modelo que explica los pasos seguidos por el agente infeccioso para llegar al ser vivo susceptible (huésped animal o humano). Cada enfermedad transmisible posee su cadena epidemiológica que evidencia los puntos vulnerables, los cuales permitirán desarrollar medidas de prevención y control. Componente: agente infeccioso, fuente de infección, puerta de salida, vía de transmisión, puerta de entrada y huésped susceptible.

Caso – Control, Estudios de: Persona de la cual fue aislado e identificado el agente etiológico o de la que fueran obtenidas otras evidencias clínicas, epidemiológicas y/o laboratoriales que siguen los criterios y definiciones para cada enfermedad específica.

Comorbilidad: Se define por la presencia de dos o más enfermedades independientes en un mismo sujeto.

Crecimiento Anual de la Población: Tasa de cambio medio anual en el tamaño de la población, para un determinado país, territorio o área geográfica, durante un periodo específico. Expresa la razón entre el incremento anual del tamaño poblacional y la población total de dicho año, usualmente multiplicada por 100. El incremento anual del tamaño poblacional se define como la suma de diferencias: la diferencia entre nacimientos menos defunciones y la diferencia entre inmigrantes menos emigrantes, en un determinado país, territorio o área geográfica para un año dado.

Diagnóstico: Acto de conocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos y uso de tecnología. Calificación que da el médico a la enfermedad.

Efectividad: Mide la consecuencia del propósito u objetivo general. En la salud se mide por indicadores como Expectativa de vida, Mortalidad, Morbilidad.

Encuesta Epidemiológica: Relevamiento epidemiológico hecho por medio de recolección ocasional de datos, casi siempre por muestreo y que aporta datos sobre factores de riesgo y/o la prevención de casos clínicos o portadores, en una determinada población.

Endemia: Término que define la presencia continua de una enfermedad o agente infeccioso en un área geográfica determinada. No presenta gran variación y la enfermedad se mantiene en iguales condiciones en un momento y lugar determinado.

Enfermedad: Alteración más o menos grave de la salud.

Enfermedad Emergente: Es aquella que aparece o se diagnostica por primera vez o aquella cuya incidencia ha aumentado en los últimos dos decenios y tienden a incrementarse en el futuro.

Epidemia: Manifestación de un número de casos o brotes de una enfermedad por encima de los esperado en un momento y lugar determinado.

Epidemiología: Es la parte de la medicina que se dedica al estudio de la distribución, frecuencia, determinantes, relación, predicciones y control de factores relacionados con la salud y la enfermedad en poblaciones humanas determinadas, así como la aplicación de estos estudios a los problemas de salud.

Estudio de Casos: Evaluación médica o epidemiológica de una persona en particular o de un número pequeño de individuos para determinar información descriptiva sobre su estado de salud o exposición potencial, por medio de entrevistas o pruebas médicas.

Factor de Riesgo: Variable asociada estadísticamente a la aparición de una enfermedad o de un fenómeno sanitario. Se distinguen factores endógenos (propios del individuo), exógenos (ligados al ambiente), pre-disponentes (que hacen vulnerable al sujeto) y participantes (que inician el fenómeno patológico).

Huésped: Persona o animal vivo, incluso aves y artrópodos, que en circunstancias naturales permiten la subsistencia o el alojamiento de un agente infeccioso. Algunos protozoarios y helmintos pasan por fases sucesivas en huéspedes alternos de diferentes especies. Los huéspedes en el que el parásito llega a la madurez o pasa por su fase sexual se denominan huéspedes primarios o definitivos; aquellos en los cuales el parásito pasa su etapa larvaria o asexual reciben el nombre de huéspedes secundarios o intermediarios. El huésped que sirve de vínculo es un portador en el cual el microorganismo permanece vivo, pero no se desarrolla.

Incidencia: Números de casos nuevos de una enfermedad que se presenta en un lugar determinado durante un lapso de tiempo definido.

Infección Nosocomial: Cualquier infección adquirida a partir de la internación del paciente manifiesta durante la internación, o después de alta, cuando puede relacionarse con la internación o procedimientos realizados durante su estadía hospitalaria.

Inmuno Profilaxis: Prevención de una enfermedad a través de la inmunidad conferida por la administración de vacunas o suero a una persona o animal.

Insecticida: Cualquier sustancia química que se usa para destruir insectos, y sea en forma de polvo, líquido, líquido pulverizado, aerosol o rociado. Las sustancias utilizadas son generalmente de acción residual. El término larvicida se emplea por lo común para designar los insecticidas que se destinan específicamente a la destrucción d artrópodos que no han llegado a la fase de madurez; imagocida o adulticida se emplea para designar a los que se aplican para la destrucción de los artrópodos maduros o adultos.

La palabra acaricida se usa para designar agentes contra las garrapatas y ácaros. A veces se usan vocablos más específicos, como por ejemplo pediculicida.

Investigación epidemiológica de campo: Son estudios efectuados a partir de casos clínicos o de portadores, para identificar las fuentes de infección y los modos de transmisión del agente. Puede ser realizada frente a casos esporádicos o brotes.

Marcadores biológicos de exposición: Indican la exposición presente o pasada del organismo a un agente externo (virus, agente químico, toxico, etc.). Se trata d medidas cuya calidad (sensibilidad o especificidad), puede ser conocida y pueden ser utilizadas en poblaciones extensas. Un marcador de exposición puede ser la mejor forma de estimar una exposición difícil o imposible con otros métodos.

Morbilidad: La tasa de morbilidad es el número de enfermedades o casos de enfermedad en una población.

Mortalidad, Tasa de: Es la medida de frecuencia de fallecidos en una población durante un período determinado, por lo regular un año.

Mortalidad infantil, Tasa de: Es un indicador demográfico que señala el número de defunciones en una población de niños cada mil, durante un periodo de tiempo determinado, generalmente un año. Tradicionalmente la tasa de mortalidad infantil se mide sobre los niños de 1 año. Se trata de un indicador relacionado íntimamente con la pobreza y constituye el objeto de uno de los 8 Objetivos del Milenio de las Naciones Unidas.

Pandemia: Epidemia que alcanza grandes extensiones geográficas en forma casi simultánea o con desplazamiento rápido o lento de un continente a otro.

Portador: Persona o animal infectado que alberga un agente infeccioso específico de una enfermedad, sin presentar signos o síntomas clínicos de ella, y que constituye una fuente de potencial de infección. El estado de portador puede existir en un individuo en el curso de una infección no manifiesta o durante el período de incubación, la fase de convalecencia y de posconvalecencia en un individuo con infecciones que se manifiestan clínicamente.

Prevención: Término que en salud pública, significa una acción anticipada, cuyo objetivo es interceptar o anular la acción de la enfermedad. De acuerdo con las fases de su aplicación es posible considerar las siguientes categorías de medidas preventivas:

- d) Prevención primaria a ser empleada en el período prepatogénico.
- e) Prevención secundaria a ser aplicada en el período patogénico, tendiente a lograr la curación o evitar el agravamiento de la enfermedad.
- f) Prevención terciaria, utilizada en el período patogénico, tendiente a evitar la discapacidad y sus consecuencias y la muerte.

Riesgo: Probabilidad de que un suceso exceda un valor específico de daños sociales, ambientales y económicos en un lugar dado y durante un tiempo de exposición determinado. Es decir, es la posibilidad de ser afectados o no según la magnitud de un evento natural u ocasionado por el hombre.

Tasa de mortalidad infantil: Cociente entre el número de muertes de niños menores de un año de edad en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año, para un determinado país, territorio o área geográfica, expresado por 1.000 nacidos vivos, según la información de la autoridad sanitaria nacional. La tasa de mortalidad neonatal reportada se define como el cociente entre el número de nacidos vivos que mueren antes de cumplir 28 días de edad en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año, para determinado país, territorio o área geográfica, expresado por 1.000 nacidos vivos, según la información de la autoridad sanitaria nacional. La tasa de mortalidad postneonatal reportada se define como el cociente entre el número de nacidos vivos que mueren antes de cumplir un año de edad pero han vivido 28 días o más, en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año, para un determinado país, territorio o área geográfica, expresado por 1.000 nacidos vivos, según la información de la autoridad sanitaria nacional. La tasa de mortalidad estima se define como el cociente entre el número de muertes de niños de un año de edad en un determinado año y el número de nacidos

vivos para el mismo año, para determinado país, territorio o área geográfica, expresado por 1.000 nacidos vivos, según estimado por la División de Población de las Naciones Unidas.

Tasa estimada de mortalidad general, ajustada por edad: El número total de defunciones estimadas en una población total o determinado sexo y/o edad, dividido por el total de esa población, habiendo eliminado el efecto de las diferencias en la distribución de edad, expresada por 100.000 habitantes, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Transmisión: Mecanismo por medio del cual un agente infeccioso se propaga desde una fuente o reservorio a un ser vivo (humano o animal). Puede ser directa (piel, tos respiración, el habla, contacto íntimo), indirecta (vehículo y vectores) o a través del aire (polvo, núcleos de gotitas).

Ventana inmunológica: Intervalo entre el inicio de la infección y la posibilidad de detección de anticuerpos a través de técnicas laboratoriales.

Vigilancia epidemiológica: Proceso de observación continua y sistemática de aspectos de la conducta de una enfermedad y de sus factores determinantes. La observación se refiere a la medición, estandarización y registro, en tanto que la conducta de la enfermedad hace alusión a su frecuencia y distribución, esto es, el número de casos y a quién, dónde y cuándo afecta. Puede arrojar tres resultados: éxito o seguridad, alerta o alarma, y epidemia.

Zona de alarma: Cuando los valores observados de la enfermedad o problema están sobre el valor central o entre el intervalo de confianza superior.

Zona de epidemia: Cuando los valores observados de la enfermedad o problema son próximos o superiores al intervalo de confianza superior.

GLOSARIO

Alerta: Situación definida por indicadores sobre la posibilidad de ocurrencia de epidemia o brote de alguna enfermedad. Suerte de preaviso. Mecanismo de vigilancia epidemiológica que obliga a actuar. Viene dada por la observación de factores determinantes y la observación de la propia enfermedad.

Ambiente: Conjunto de elementos físicos, químicos, psicosociales y biológicos, (altitud, clima, vegetación, fauna, calidad del aire, del agua, del suelo, etc.) que constituyen el contexto de vida de los individuos y pueden influir en su estado de salud.

Bioética: Es el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de la ciencia, de la vida y el cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores morales y sus principios.

Brote: Episodio en el cual dos a más casos de la misma enfermedad, tienen alguna relación entre sí: por el momento de inicio de los síntomas, por el lugar donde ocurrieron, por las características de las personas, por ejemplo: edad (niños de la misma escuela), grupo étnico, ocupación (trabajadores de la misma fábrica), pasajeros en un mismo medio de transporte, etc.

Cadena Epidemiológica: Modelo que explica los pasos seguidos por el agente infeccioso para llegar al ser vivo susceptible (huésped animal o humano). Cada enfermedad transmisible posee su cadena epidemiológica que evidencia los puntos vulnerables, los cuales permitirán desarrollar medidas de prevención y control. Componente: agente infeccioso, fuente de infección, puerta de salida, vía de transmisión, puerta de entrada y huésped susceptible.

Caso – Control, Estudios de: Persona de la cual fue aislado e identificado el agente etiológico o de la que fueran obtenidas otras evidencias clínicas, epidemiológicas y/o laboratoriales que siguen los criterios y definiciones para cada enfermedad específica.

Comorbilidad: Se define por la presencia de dos o más enfermedades independientes en un mismo sujeto.

Crecimiento Anual de la Población: Tasa de cambio medio anual en el tamaño de la población, para un determinado país, territorio o área geográfica, durante un periodo específico. Expresa la razón entre el incremento anual del tamaño poblacional y la población total de dicho año, usualmente multiplicada por 100. El incremento anual del tamaño poblacional se define como la suma de diferencias: la diferencia entre nacimientos menos defunciones y la diferencia entre inmigrantes menos emigrantes, en un determinado país, territorio o área geográfica para un año dado.

Diagnóstico: Acto de conocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos y uso de tecnología. Calificación que da el médico a la enfermedad.

Efectividad: Mide la consecuencia del propósito u objetivo general. En la salud se mide por indicadores como Expectativa de vida, Mortalidad, Morbilidad.

Encuesta Epidemiológica: Relevamiento epidemiológico hecho por medio de recolección ocasional de datos, casi siempre por muestreo y que aporta datos sobre factores de riesgo y/o la prevención de casos clínicos o portadores, en una determinada población.

Endemia: Término que define la presencia continua de una enfermedad o agente infeccioso en un área geográfica determinada. No presenta gran variación y la enfermedad se mantiene en iguales condiciones en un momento y lugar determinado.

Enfermedad: Alteración más o menos grave de la salud.

Enfermedad Emergente: Es aquella que aparece o se diagnostica por primera vez o aquella cuya incidencia ha aumentado en los últimos dos decenios y tienden a incrementarse en el futuro.

Epidemia: Manifestación de un número de casos o brotes de una enfermedad por encima de los esperado en un momento y lugar determinado.

Epidemiología: Es la parte de la medicina que se dedica al estudio de la distribución, frecuencia, determinantes, relación, predicciones y control de factores relacionados con la salud y la enfermedad en poblaciones humanas determinadas, así como la aplicación de estos estudios a los problemas de salud.

Estudio de Casos: Evaluación médica o epidemiológica de una persona en particular o de un número pequeño de individuos para determinar información descriptiva sobre su estado de salud o exposición potencial, por medio de entrevistas o pruebas médicas.

Factor de Riesgo: Variable asociada estadísticamente a la aparición de una enfermedad o de un fenómeno sanitario. Se distinguen factores endógenos (propios del individuo), exógenos (ligados al ambiente), pre-disponentes (que hacen vulnerable al sujeto) y participantes (que inician el fenómeno patológico).

Huésped: Persona o animal vivo, incluso aves y artrópodos, que en circunstancias naturales permiten la subsistencia o el alojamiento de un agente infeccioso. Algunos protozoarios y helmintos pasan por fases sucesivas en huéspedes alternos de diferentes especies. Los huéspedes en el que el parásito llega a la madurez o pasa por su fase sexual se denominan huéspedes primarios o definitivos; aquellos en los cuales el parásito pasa su etapa larvaria o asexual reciben el nombre de huéspedes secundarios o intermediarios. El huésped que sirve de vínculo es un portador en el cual el microorganismo permanece vivo, pero no se desarrolla.

Incidencia: Números de casos nuevos de una enfermedad que se presenta en un lugar determinado durante un lapso de tiempo definido.

Infección Nosocomial: Cualquier infección adquirida a partir de la internación del paciente manifiesta durante la internación, o después de alta, cuando puede relacionarse con la internación o procedimientos realizados durante su estadía hospitalaria.

Inmuno Profilaxis: Prevención de una enfermedad a través de la inmunidad conferida por la administración de vacunas o suero a una persona o animal.

Insecticida: Cualquier sustancia química que se usa para destruir insectos, y sea en forma de polvo, líquido, líquido pulverizado, aerosol o rociado. Las sustancias utilizadas son generalmente de acción residual. El término larvicida se emplea por lo común para designar los insecticidas que se destinan específicamente a la destrucción de artrópodos que no han llegado a la fase de madurez; imagocida o adulticida se emplea para designar a los que se aplican para la destrucción de los artrópodos maduros o adultos.

La palabra acaricida se usa para designar agentes contra las garrapatas y ácaros. A veces se usan vocablos más específicos, como por ejemplo pediculicida.

Investigación epidemiológica de campo: Son estudios efectuados a partir de casos clínicos o de portadores, para identificar las fuentes de infección y los modos de transmisión del agente. Puede ser realizada frente a casos esporádicos o brotes.

Marcadores biológicos de exposición: Indican la exposición presente o pasada del organismo a un agente externo (virus, agente químico, tóxico, etc.). Se trata de medidas cuya calidad (sensibilidad o especificidad), puede ser conocida y pueden ser utilizadas en poblaciones extensas. Un marcador de exposición puede ser la mejor forma de estimar una exposición difícil o imposible con otros métodos.

Morbilidad: La tasa de morbilidad es el número de enfermedades o casos de enfermedad en una población.

Mortalidad, Tasa de: Es la medida de frecuencia de fallecidos en una población durante un período determinado, por lo regular un año.

Mortalidad infantil, Tasa de: Es un indicador demográfico que señala el número de defunciones en una población de niños cada mil, durante un período de tiempo determinado, generalmente un año. Tradicionalmente la tasa de mortalidad infantil se mide sobre los niños de 1 año. Se trata de un indicador relacionado íntimamente con la pobreza y constituye el objeto de uno de los 8 Objetivos del Milenio de las Naciones Unidas.

Pandemia: Epidemia que alcanza grandes extensiones geográficas en forma casi simultánea o con desplazamiento rápido o lento de un continente a otro.

Portador: Persona o animal infectado que alberga un agente infeccioso específico de una enfermedad, sin presentar signos o síntomas clínicos de ella, y que constituye una fuente de potencial de infección. El estado de portador puede existir en un individuo en el curso de una infección no manifiesta o durante el período de incubación, la fase de convalecencia y de posconvalecencia en un individuo con infecciones que se manifiestan clínicamente.

Prevención: Término que en salud pública, significa una acción anticipada, cuyo objetivo es interceptar o anular la acción de la enfermedad. De acuerdo con las fases de su aplicación es posible considerar las siguientes categorías de medidas preventivas:

- g) Prevención primaria a ser empleada en el período prepatogénico.
- h) Prevención secundaria a ser aplicada en el período patogénico, tendiente a lograr la curación o evitar el agravamiento de la enfermedad.
- i) Prevención terciaria, utilizada en el período patogénico, tendiente a evitar la discapacidad y sus consecuencias y la muerte.

Riesgo: Probabilidad de que un suceso exceda un valor específico de daños sociales, ambientales y económicos en un lugar dado y durante un tiempo de exposición determinado. Es decir, es la posibilidad de ser afectados o no según la magnitud de un evento natural u ocasionado por el hombre.

Tasa de mortalidad infantil: Cociente entre el número de muertes de niños menores de un año de edad en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año, para un determinado país, territorio o área geográfica, expresado por 1.000 nacidos vivos, según la información de la autoridad sanitaria nacional. La tasa de mortalidad neonatal reportada se define como el cociente entre el número de nacidos vivos que mueren antes de cumplir 28 días de edad en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año, para determinado país, territorio o área geográfica, expresado por 1.000 nacidos vivos, según la información de la autoridad sanitaria nacional. La tasa de mortalidad postneonatal reportada se define como el cociente entre el número de nacidos vivos que mueren antes de cumplir un año de edad pero han vivido 28 días o más, en un determinado año y el número de nacidos vivos en el mismo año, para un determinado país, territorio o área geográfica, expresado por 1.000 nacidos vivos, según la información de la autoridad sanitaria nacional. La tasa de mortalidad estima se define como el cociente entre el número de muertes de niños de un año de edad en un determinado año y el número de nacidos vivos para el mismo año, para determinado país, territorio o área geográfica, expresado por 1.000 nacidos vivos, según estimado por la División de Población de las Naciones Unidas.

Tasa estimada de mortalidad general, ajustada por edad: El número total de defunciones estimadas en una población total o determinado sexo y/o edad, dividido por el total de esa población, habiendo eliminado el efecto de las diferencias en la distribución de edad, expresada por 100.000 habitantes, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica.

Transmisión: Mecanismo por medio del cual un agente infeccioso se propaga desde una fuente o reservorio a un ser vivo (humano o animal). Puede ser directa (piel, tos respiración, el habla, contacto íntimo), indirecta (vehículo y vectores) o a través del aire (polvo, núcleos de gotitas).

Ventana inmunológica: Intervalo entre el inicio de la infección y la posibilidad de detección de anticuerpos a través de técnicas laboratoriales.

Vigilancia epidemiológica: Proceso de observación continua y sistemática de aspectos de la conducta de una enfermedad y de sus factores determinantes. La observación se refiere a la medición, estandarización y registro, en tanto que la conducta de la enfermedad hace alusión a su frecuencia y distribución, esto es, el número de casos y

a quién, dónde y cuándo afecta. Puede arrojar tres resultados: éxito o seguridad, alerta o alarma, y epidemia.

Zona de alarma: Cuando los valores observados de la enfermedad o problema están sobre el valor central o entre el intervalo de confianza superior.

Zona de epidemia: Cuando los valores observados de la enfermedad o problema son próximos o superiores al intervalo de confianza superior.

ANEXOS

Plan Operativo de la Vice Presidencia de la República Bolivariana de Venezuela. “Construyendo las Bases del Sistema Público Nacional de

Consideraciones:

9. Amparados en los poderes constitucionales, el Estado Venezolano tiene la obligación de garantizar el derecho a la salud, con la construcción del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS).
10. La necesidad de dar los pasos constitutivos del SPNS en la región de Caracas, considerando la grave situación sanitaria y la fragilidad de la atención a la salud al borde de un colapso funcional, con servicios de muy baja atención y la ausencia de sistema que permita una respuesta integral e integradora de los servicios dispersos en varias instituciones sin unidad de mando.
11. La situación de emergencia sanitaria recurrente de las epidemias viejas y nuevas y las filas de espera por tiempos indefinidos asociadas a una baja respuesta estatal y un gasto excesivo con la compra sin regulación pública de los servicios privados.
12. La evasión profesional y la insuficiencia de varias especialidades médicas, así como la insuficiencia de servicios de enfermería y de otras profesiones universitarias superiores y técnicas medias, están limitando la buena atención que necesitan los ciudadanos y ciudadanas.
13. La gran precariedad de la atención de las urgencias médicas. El pago de los gastos de insumos/ medicamentos realizados por los usuarios

52. Vicepresidencia de la República Bolivariana de Venezuela (2008): Construyendo las Bases del Sistema Público Nacional de Salud en el Distrito Metropolitano de Caracas para el año 2008. Caracas, Enero 2008. Págs. 1-21.

del sistema debido a la insuficiencia y irregularidad de la estructura presupuestaria, así como la ausencia de políticas y servicios públicos de mantenimiento de áreas físicas y equipamientos.

14. la tensión generada por la diversidad salarial entre iguales funciones en el sistema estatal, generando baja gobernabilidad en la gestión del trabajo, exigiendo una solución que homologue los salarios en términos de funciones / valores equivalentes.
15. Todos los elementos anteriores constituyen signos y síntomas del fragmentado sistema que hoy existe, carente de rectoría que lo unifique y que le de

sentidoooooo frente a las necesidades de la población, lo que abre paso al fortalecimiento de una lógica de mercado que se nutre de altos volúmenes financieros en regulación contractual pública, que desde el estado financian a las instituciones privadas y socavan el desarrollo del sistema estatal y por ende la posibilidad del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS).

16. El mandato constitucional por la construcción del SPNS nos permite y nos obliga a buscar una solución, partiendo desde una iniciativa piloto de Caracas que constituya una experiencia líder en el País y construya los mecanismos necesarios para una nueva institucionalidad capaz de responder a las necesidades sociales desde lo inmediato, al tiempo que genera bases para soluciones de mediano y largo plazo, preservando a cada paso las garantías de gobernabilidad que eviten el colapso del sector.
17. Por tanto proponemos el alzamiento de este sistema metropolitano como proceso piloto de organización regional del SPNS, abarcando los cinco municipios que componen a la Alcaldía Mayor de Caracas y a la Gobernación de Miranda, con duración de 36 meses para un horizonte de sistema organizado y de 12 meses de vigencia en términos de manejo de la situación de emergencia.

En tal sentido se plantea la Firma de un Decreto que facilite esta propuesta. De ahí que las potestades de este Decreto necesitan estructurarse desde un reconocimiento de la situación de emergencia que enfrentamos y el imperativo de respuestas de corto plazo para proteger la vida de las personas al tiempo que se construyen las bases de un sistema público definitivo. De igual forma este decreto, en el marco del proceso de Leyes Habilitantes sentará las bases de un Ley Nacional de Salud la cual inspire en los elementos de doctrina y operación que se pueda adelantar a través de este proyecto piloto estratégico de Caracas, sin descuidar que esta iniciativa de Caracas pueda generar procesos equivalentes en otros estados venezolanos.

Este documento contiene la propuesta de Decreto, y el Plan Operativo con sus respectivas líneas estratégicas para la garantía en Caracas del derecho a la salud.

PLAN OPERATIVO

Propósito: Responder a las necesidades de carácter coyuntural inmediato – emergencial, a la vez que se construyen las políticas y mecanismo que dan respuesta al problema estructural conformandose el Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) con la Gran Caracas Como Experiencia Piloto.

Componente Estratégico 1: Desarrollar una nueva institucionalidad metropolitana que garantice la materialización de las políticas de salud y calidad de vida con capacidad rectora de regulación, con una amplia base de participación popular.

Objetivo	Monto Aproximado necesario	Fecha de Ejecución	Organismos responsables	Observaciones
1.1. Conformar el comité para la organización y rectoría del Sistema Público Metropolitano de Salud.		Al momento de la firma del Decreto hasta conformar el sistema público metropolitano de salud.	Vicepresidencia y los Ministerios del Poder Popular: Trabajo y Seguridad Social, Salud, Defensa, Finanzas, Planificación y Desarrollo, Educación, Infraestructura, Ambiente, participación y Protección Social, Energía y Petróleo, Ciencia y Tecnología, Gobernación del Estado Miranda, Alcaldía Alcaldía	Se reunirán al menos una vez por semana, o a solicitud del presidente y/o vicepresidente ejecutivo de la República Bolivariana de Venezuela.
1.2. Constituir un Fondo Metropolitano de	A la espera de las necesidades de los entes que	Al momento de la firma del Decreto.		Estos recursos se destinarán a cubrir las necesidades de insumos, materiales, servicios,

Salud.	forman parte del comité.		Metropolitana de Caracas.	entre otros y su administración y manejo serán coordinados y supervisados directamente por el Comité para la Organización y Rectoría del Sistema Público Metropolitano de Salud.
1.3. Conformar el Consejo Metropolitano de Salud y Calidad de Vida.				Este Consejo es una instancia participativa y decisoria de políticas publicas por la equidad en calidad de vida y salud, y será constituido por voceros de los distintos movimientos sociales de la ciudad de caracas (consejos comunales, comités salud, mesas técnicas de agua, gremios y trabajadores de la salud, entre otros).

Componente Estratégico 2: Integración y Organización de las Estructuras y Homologación de Beneficios Socioeconómicos del RRHH.

Objetivo	Monto Aproximado necesario	Fecha de Ejecución	Organismos responsables	Observaciones
2.1. Plan masivo de Asimilación.	Por definir	Febrero - Septiembre	Ministerios del Poder Popular para la Defensa, Salud, IVSS, Alcaldía Metropolitana.	No se establecen los recursos necesarios por cuanto se requiere la información del personal a ser captado para la asimilación. Información que puede ser obtenida en un periodo de sesenta días.

<p>2.2. Homologacion de Salario integral del Personal de Salud y Becarios, tomando como referencia el</p>	<p>1.147.976</p>	<p>Febrero - Mayo</p>	<p>Secretaría de Salud de la Alcaldía Metropolitana.</p>	<p>Este Planteamiento será desarrollado en dos fases:</p> <p>La primera se plantea de manera inmediata con la homologacion del salario integral del personal médico de la Alcaldia con los del Ministerio de Salud a través de un acta convenio (La ejecucion de esta medida está sujeta al tiempo en que se tarda la erogación de los recursos presupuestarios y financieros solicitados a través de un crédito adicional).</p> <p>En segundo término, la homologacion del salario integral de todos los médicos será realizado en el marco de una Normativa Laboral, en mesas de trabajo.</p>
<p>2.3. Redistribucion del personal de salud en la red metropolitana de acuerdo a las necesidades y prioridades en la situacon de salud.</p>	<p>Por definir</p>	<p>Febrero - Agosto</p>	<p>Ministerio del Poder Popular para la Salud, Secretaria de Salud, IVSS, HUC, Salud, Militar, IPASME y Barrio Adentro.</p>	<p>No se establecen recursos necesarios por cuanto el personal a distribuir tiene cargo fijo y su remuneracion tiene disponibilidad presupuestaria y financiera.</p> <p>Así mismo el traslado es dentro de la misma localidad y no genera viáticos de conformidad con lo establecido en la contratacion colectiva vigente.</p>
<p>2.4. Contratacion especifica de personal de salud para realizar intervenciones quirurgicas y saldar deuda en atencion médica en las áreas</p>	<p>Por definir</p>		<p>Secretaría de Salud de la Alcaldía Metropolitana, IVSS.</p>	<p>Para determinar los recursos necesarios para la contratacion se deberá levantar la informacion de las intervenciones</p>

de traumatología, neurocirugía y otorrinolaringología.		Febrero - Mayo		quirurgicas pendientes en el área metropolitana.
2.5. Incorporar los Especialistas de Medicina General Integral en la atención hospitalaria, incluyendo suparticipación en los planes de guardia de las emergencias.	253.304	Febrero - Abril	Ministerio del Poder Popular para la Salud.	La incorporación de estos médicos genera la obligación del pago de guardias y días feriados, el cual será asumido por la Secretaría de Salud de la Alcaldía Metropolitana, en vista que cuenta con la debida disponibilidad presupuestaria, ya que Caracas cuenta con menos de diez médicos generales integrales.
2.6. Incorporación como pasante de las/los 183 alumnas/os de la Escuela de Enfermería de la Fuerza Armada Nacional con finalidad de fortalecer la atención en la red de servicios de la ciudad de Caracas.	Por definir	Febrero - Abril	Ministerio del Poder Popular para la Defensa, IVSS y Secretaría de Salud.	Coordinación para la distribución en los diferentes centros de salud.

Componente Estratégico 3: Suministro de Insumos y Contrataciones de Servicios Asegurando la Regulación de Cadenas Logísticas en la Red de Servicios.

Objetivo	Monto Aproximado necesario	Fecha de Ejecución	Organismos responsables	Observaciones
3.1. Garantizar de manera gratuita, oportuna y de dotación de los insumos básicos de pacientes que asisten a la Red de Hospitalizaciones.	Por definir	Febrero - Septiembre	Ministerios del Poder Popular para la Defensa, Salud, IVSS, Alcaldía Metropolitana.	No se establecen los recursos necesarios por cuanto se requiere la información del personal a ser captado para la asimilación. Información que puede ser obtenida en un periodo de sesenta días.

<p>3.2. Garantizar de manera gratuita, oportuna y de calidad, la dotación de los insumos básicos de atención a pacientes que asisten a la Red ambulatoria de atención primaria del Distrito Metropolitano de Caracas.</p>	<p>1.147.976</p>	<p>Febrero - Mayo</p>	<p>Secretaría de Salud de la Alcaldía Metropolitana.</p>	<p>Este Planteamiento será desarrollado en dos fases: La primera se plantea de manera inmediata con la homologación del salario integral del personal médico de la Alcaldía con los del Ministerio de Salud a través de un acta convenio (La ejecución de esta medida está sujeta al tiempo en que se tarda la erogación de los recursos presupuestarios y financieros solicitados a través de un crédito adicional). En segundo término, la homologación del salario integral de todos los médicos será realizado en el marco de una Normativa Laboral, en mesas de trabajo.</p>
<p>3.3. Garantizar de manera gratuita, oportuna y de calidad a dotación de los insumos básicos de atención a pacientes que asisten a la Red ambulatoria especializada del Distrito Metropolitano de Caracas.</p>	<p>Por definir</p>	<p>Febrero - Agosto</p>	<p>Ministerio del Poder Popular para la Salud, Secretaría de Salud, IVSS, HUC, Salud, Militar, IPASME y Barrio Adentro.</p>	<p>No se establecen recursos necesarios por cuanto el personal a distribuir tiene cargo fijo y su remuneración tiene disponibilidad presupuestaria y financiera. Así mismo el traslado es dentro de la misma localidad y no genera viáticos de conformidad con lo establecido en la contratación colectiva vigente.</p>
<p>3.4. Garantizar los servicios de Contrataciones no personales, alimentación, limpieza, reactivos, medicinales, lavandería, otros) en las Redes: Hospitalización, Atención Primaria y Ambulatoria Especializada.</p>	<p>Por definir</p>	<p>Febrero - Mayo</p>	<p>Secretaría de Salud de la Alcaldía Metropolitana, IVSS.</p>	<p>Para determinar los recursos necesarios para la contratación se deberá levantar la información de las intervenciones quirúrgicas pendientes en el área metropolitana.</p>

Componente Estratégico 4: Acondicionamiento de la Infraestructura y Mantenimiento con las siguientes prioridades dignificación inmediata de las áreas de descanso del Personal de Salud, adecuación de las áreas médicas y de servicios de los hospitales y red ambulatoria convencional.

Objetivo	Monto Aproximado necesario	Fecha de Ejecución	Organismos involucrados	Observaciones
4.1. Culminar las obras de rehabilitación iniciadas por el Ministerio del Poder Popular para la Salud en 10 hospitales del Distrito Metropolitano de Caracas, dando prioridad al Hospital Vargas y Maternidad Concepcion Palacios con turnos de trabajo de 24 horas.		En ejecución con fecha de culminación Junio 2008.	Ministerios del Poder Popular para la Infraestructura, Salud, Secretaria de Salud, IVSS, PDVSA.	

<p>4.2. Diseñar los proyectos de rehabilitación de la infraestructura de 17 hospitales de la red de hospitalización ubicadas en el Distrito metropolitano tomando en cuenta las siguientes áreas prioritizadas: Quirófano, emergencia, sala de recuperación post anestésica, salas de terapias intensivas y las salas y las salas de descanso del personal de salud.</p>	<p>2.000.000</p>	<p>Marzo - Abril</p>		
<p>4.3. Iniciar los proyectos de rehabilitación diseñados una vez que culminen los trabajos en los 10 hospitales que se encuentran actualmente en ejecución por parte del Ministerio del poder popular para la salud.</p>	<p>57.000.000</p>	<p>Abril - Diciembre</p>	<p>Ministerio del Poder Popular para la Salud, Secretaría de Salud, IVSS, HUC, Salud, Militar, IPASME y Barrio Adentro.</p>	<p>Inicialmente se priorizarán 20 ambulatorios.</p>
<p>4.4. Acondicionar la infraestructura y el mantenimiento de 60 ambulatorios.</p>	<p>60.000.000</p>	<p>Marzo</p>	<p>Secretaría de Salud de la Alcaldía Metropolitana, IVSS.</p>	<p>Para determinar los recursos necesarios para la contratación se deberá levantar la información de las intervenciones quirúrgicas pendientes en el área metropolitana.</p>

Componente Estratégico 5: Adquisición y Mantenimiento de Equipos Médicos Asegurando la Regularización de Cadenas Logísticas.

Objetivo	Monto Aproximado necesario	Fecha de Ejecución	Organismos involucrados	Observaciones
5.1. Equipar las áreas rehabilitadas de los 17 hospitales seleccionados para el acondicionamiento de la infraestructura.	24.000.000	Diciembre	Ministerios del Poder Popular para la Infraestructura, Salud, Secretaria de Salud, IVSS, PDVSA.	
5.2. Dotar la red de atención primaria, de equipos médicos y mobiliario médico y no médico.	15.000.000	Diciembre		En este momento falta contemplar los contratos de mantenimiento de estos equipos.