MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD
INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS EN SALUD PÚBLICA
"DR. ARNOLDO GABALDON"
TÍTULO DEL TRABAJO

PROGRAMA DE CONTROL DE CÁNCER GASTRICO EN EL ESTADO YARACUY, 2007. (UN ANÁLISIS CRÍTICO)

Trabajo Especial de Grado, presentado como Requisito Parcial para

Optar al Título de Especialista, En Salud Pública

AUTOR: ANA J TELLES P
TUTOR:MIGUEL BARRIOS
ASESOR: YOLMAN G TELLES

.

San Felipe, 30 de Octubre del 2007

Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios en Salud Pública
"Dr. Arnoldo Gabaldon"
POSTGRADO ESPECIALIZACIÓN DE GESTIÓN EN SALUD PÚBLICA

ACTA VEREDICTO

Nosotros, miembros del Jurado designados para la evaluación del Trabajo de **Especialización de Gestión en Salud Pública** titulado: **"PROGRAMA DE CONTROL DE CÁNCER GÁSTRICO, EN EL ESTADO YARACUY, 2007 (UN ANÁLISIS CRÍTICO)",** presentado por el Ciudadano (a) **ANA JOSEFINA TELLES PETIT,** para optar al Título de **Especialista de Gestión en Salud Pública**, estimamos que el mismo reúne los requisitos para ser considerado como **APROBADO.**

Nombres y Apellidos	C.I.	Firma del Jurado
MIGUEL BARRIOS **Presidente:**	7.557.007	
GUSTAVO PARA **Miembro:**	4.885.428	
YOLMAN TELLES **Miembro:**	4.483.289	

Maracay, 06 de diciembre 2007

DEDICATORIA

A mi madre santa.

Quien es la dueña de mis triunfos:

Como profesional pues lucho día a día hasta verme graduada de médico.

Como madre pues me enseño y ayudo a criar a mi hijo.

Como mujer al enseñarme como amar y querer a un hombre.

Y como hija pues al estar a su lado me siento la mejor del mundo.

Dios dale la salud para que siga a mi lado enseñándome a luchar por la vida como ella lo ha hecho.

AGRADECIMIEMTO

A Dios todo poderoso por darme la vida y la familia que tengo.

A mis queridos hermanos y hermanas, y en especial a Yolman quien siempre ha estado a mi lado dándome su mano para apoyarme.

A Miguel, más que cónyuge ha sido un amigo y compañero por sus críticas en pro de mejorar día a día.

A mi amado hijo alerta en todo momento por si necesitaba su ayuda a pesar de mi mal genio.

A mi amigo Segundo por siempre brindarme una oportunidad.

GRACIAS

INDICE

DEDICATORIA……ii
AGRADECIMIENTO.....iii
INDICE iv
RESUMEN.....vi
INTRODUCCIÓN.....1
CAPITULO I 5
EL PROBLEMA 5
Planteamiento del Problema..... 5
Objetivos de la Investigación..... 11
Objetivo General..... 11
Objetivos Específicos..... 11
Justificación..... 12
Alcances..... 14
Limitaciones..... 15
CAPITULO II.....16
MARCO TEÓRICO 16
Fundamentos Políticos..... 16
La Teoría..... 17
Fundamentos de la Investigación..... 18
La Investigación..... 21
Enfermedad**.** 24
El Programa..... 27
Bases Filosóficas..... 29
Bases Legales..... 31
Antecedentes..... 31
La Constitución Bolivariana de Venezuela (CRBV) (1999)..... 33
Ley Orgánica de la Administración Financiera del Sector Público (LOAFSP) 34
Lineamientos Ministeriales..... 35
Bases Legales del Programa de Control de Cáncer 35
Aspectos Médico – Legales 36
De los Derechos y Deberes de los Enfermos: 36
CAPÍTULO III 39
MARCO METODOLÓGICO 39

Diseño de la Investigación 39
Enfoque Cualitativo 39
Criterios Metodológicos 41
Consideraciones Generales. 41
Definición de Situación 42
Justificación del Análisis 42
Justificación de Necesidades. 43
Criterios de Análisis 48
Matriz de Análisis de los Objetivos. 51
Reflexión Crítica General 56
CAPITULO IV 57
EL ANÁLISIS 57
CAPITULO V 65
CONCLUSIONES 65
RECOMENDACIONES 67
BIBLIOGRAFÍAS 69
ANEXOS 73

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD
INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS EN SALUD PÚBLICA
"DR. ARNOLDO GABALDON"

PROGRAMA DE CONTROL DE CÁNCER GASTRICO, EN EL ESTADO YARACUY, 2007. (UN ANÁLISIS CRÍTICO)

AUTOR: Ana J Telles P
TUTOR: Miguel J Barrios
. **ASESOR: Yolman G Telles**

RESUMEN

Este estudio tiene la finalidad de Investigar los Factores que Generan la no Ejecución del Programa de Control de Cáncer Gástrico, en el Estado Yaracuy, 2007. Los objetivos a lograr son: 1.- Identificar cada factor y las causas determinantes que genera la no ejecución del Programa de Control de Cáncer Gástrico en el Estado Yaracuy.2.- Establecer las consecuencias derivadas de cada uno de estos determinantes en la no ejecución del Programa .3.- Reflexionar críticamente sobre la no ejecución del Programa, para la toma de decisiones capaces de reorientar las políticas de salud en el caso objeto de estudio. La Investigación se realizó bajo el enfoque cualitativo se fundamenta en la hermenéutica; orientada a solucionar problemas concretos en este caso la falta de ejecución del Programa de Cáncer Gástrico. Es descriptiva, pues, no se manipula ninguna variable. Se limita a observar y describir fenómenos de carácter social, de campo, pues, se busca conseguir una situación lo más real posible. La investigación parte de una crítica al status quo y se orienta a la construcción de una sociedad más justa, con políticas de salud y mejor calidad en la gerencia de los servicios de salud ajustado a las necesidades de la región; lo que permitiría mejorar la atención al usuario, disminuir los costos, disminuir los días de hospitalización y la reincorporación de este tipo de pacientes de una manera óptima a su vida familiar, social y laboral mediante un equipo multidisciplinario entrenado para tal fin.

Palabras claves: Políticas de Salud, Programas de Salud, Neoplásia Gástrica, Análisis Critico.

MINISTRY OF THE POPULAR POWER FOR THE HEALTH
INSTITUTE OF HIGH STUDIES IN PUBLIC HEALTH
"DR. ARNOLDO GABALDON"

PROGRAM OF CONTROL DE GASTRIC CANCER, IN THE STATE YARACUY, 2007. (A CRITICAL ANALYSIS)

AUTHOR: Ana J Telles P
TUTOR: Miguel J Barrios
. ADVISORY: Yolman G Telles

SUMMARY

This study has the purpose of Investigating the Factors that Generate the non Execution of the Program of Control of Gastric Cancer, in the State Yaracuy, 2007. The objectives to achieve are: 1. - to identify each factor and the decisive causes that it generates the non execution of the Program of Control of Gastric Cancer in the State Yaracuy.2. - to Establish the derived consequences of each one of these determinant in the non execution of the Program .3. - to Meditate critically on the non execution of the Program, for the taking of decisions able to reorient the politicians of health in the case study object. The Investigation was carried out under the qualitative focus it is based in the hermeneutics; guided to solve concrete problems in this case the lack of execution of the Program of Gastric Cancer. It is descriptive, because, any variable is not manipulated. It is limited to observe and to describe phenomena of social character, of field, because, it is looked for to get a situation the reallest thing possible. The investigation leaves from a critic to the status quo and it is guided to the construction of a fairrer society, with political of health and better quality in the management of the services of health adjusted to the necessities of the region; what would allow to improve the attention to the user, to diminish the costs, to diminish the days of hospitalization and the reincorporation of this type of patient from a good way to their family, social and labor life by means of a multidisciplinary team trained for such an end.

Key words: Political of Health, Programs of Health, Gastric Neoplásia, Analysis Criticizes

INTRODUCCIÓN

El nuevo orden jurídico contempla el derecho a la salud como "un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida". El planteamiento constitucional implica que cualquier designio que reduzca el derecho a la vida al momento de crisis o de enfermedad es inoperante, pues las amenazas que pesan contra la vida son múltiples y se anidan en el tejido social: la pobreza, la contaminación y la explotación degradan la vida, al potenciar la morbilidad, la violencia, las carencias y debilidades de todo tipo.

El derecho a la salud debe estar garantizado constitucionalmente por un Sistema 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" (Art. 84). En otras palabras, se habla de un sistema global, articulado con el conjunto de la seguridad social y abierto para los ciudadanos sin ninguna limitación.

Pero hay que ir más allá en la planificación y aplicación de las políticas sanitarias, hay que dar un salto adelante en la consolidación del proceso de transformaciones políticas, sociales y económicas que abre las puertas al socialismo del siglo XXI.

En los actuales momentos el gobierno revolucionario diseña para todo el territorio nacional redes de atención pública de salud que ofrece atención médica

gratuita a los 26 millones de personas que habitan el país. Con la puesta en marcha de estos programas el estado asume el reto de saldar la inmensa deuda social que se tiene con los con los sectores más necesitados de la población.

Sin embargo y a pesar de toda esta formulación de políticas existen programas de salud que no logran el impacto para lo cual fueron diseñados, es así como en el Estado Yaracuy, el Programas de Control de Cáncer Gástrico no ha llegado a implementarse, a pesar de la profunda necesidad del mismo en la región, para una población que se le ha negado el derecho a la salud.

> "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" (Art. 83).

Las cifras de mortalidad por cáncer gástrico el Estado Yaracuy se muestran por encima de la tasa quinquenal del país y quedando por debajo de los Estados andinos conocidos estos por su alta incidencia en Cáncer Gástrico y quienes sí, implementan un sistema de pesquisa y tratamiento efectivo lo que ha llevado a bajar significativamente sus cifras de morbimortalidad en la patología objeto del estudio.

Es por ello que se plantea en este trabajo Investigar los factores que generan la no ejecución del Programa de Control de Cáncer Gástrico, en el Estado Yaracuy, y los objetivos que se pretenden alcanzar son los siguientes:

1.- Identificar cada factor y las causas determinantes que genera la no ejecución del Programa de Control de Cáncer Gástrico en el Estado Yaracuy.

2.- Establecer las consecuencias derivadas de cada uno de estos determinantes en la no ejecución del Programa de Control de Cáncer Gástrico en el Estado Yaracuy.

3.- Reflexionar críticamente sobre la no ejecución del Programa de Control de Cáncer Gástrico en el Estado Yaracuy, para la toma de decisiones capaces de reorientar las políticas de salud en el caso objeto de estudio.

Se pretende crear un juicio critico de la situación planteada y que sea tomado en cuenta por las autoridades de salud y que la posterior toma de decisiones sea a favor del objetivo final de este estudio, la ejecución del Programa de Control de Cáncer Gástrico en el Estado Yaracuy.

Igualmente se quiere fomentar el mejor desempeño gerencial de las autoridades decisoras en los asuntos de la salud. Pues los antecedentes de las acciones políticas en el Estado dejan como legado una indiferencia total a la hora de aplicarlas, según esto Marx enfatizó que la sociedad socialista que nace del capitalismo está, de manera indefectible, "económicamente, moralmente e intelectualmente, marcado por la vieja sociedad." Una nueva sociedad, necesariamente, se desarrollará en pro de transformar sus antecedentes históricos, en pro de trascender a sus defectos. Es sólo entonces, que lograra reposar sobre sus propias bases.

Bajo esta política se desarrolla el presente trabajo bajo el enfoque cualitativo siendo una investigación de campo y de carácter crítico reflexivo, como una alternativa de acción en la búsqueda de solución a un problema de carácter social, en este caso la carencia del Programa de Control de Cáncer Gástrico en el Estado. Se pretende generar una matriz de análisis donde cada una de las causas investigadas es un determinante de la no ejecución del programa objeto de estudio y las consecuencias que

de ellas se deriva.

Se considera importante la ejecución de este programa y un logro para la autora que este trabajo contribuya para tal fin.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

En el siglo XII D.C., Moses Ben Maimon (Maimónides) rogaba:

Concédaseme la oportunidad de

> mejorar y extender mi adiestramiento, pues, no existe ningún límite al conocimiento. Ayúdeseme a corregir y complementar los defectos educativos a medida que se ensancha la amplitud de la ciencia y sus horizontes día a día. Concédaseme el valor de darme cuenta de mis errores diarios para que mañana pueda ver y comprender bajo una luz mejor lo que no pude comprender bajo la luz escasa de ayer

En conformidad con lo establecido en La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de garantizar la salud y el derecho a la vida de las y los venezolanos, así como promover y ejecutar políticas públicas destinadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios, el Estado venezolano ha venido desarrollando una serie de acciones encaminadas a construir un Sistema Público de Salud, regidos por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad.

Bajo esta premisa, el gobierno revolucionario en estos siete años de gestión viene haciendo grandes esfuerzos para reducir progresivamente la brecha social y brindar atención integral, oportuna, eficiente, y de calidad a toda la población nacional y, sobre todo, a los más excluidos.

Vale la pena recordar que desde hace 40 años hubo una significativa desinversión en el sistema de salud, lo que generó que desde 1996 la red primaria de salud del país estuviera abandonada y no se adquirieran equipos para la atención y tratamiento en el primer nivel de atención mucho, menos atender a los pacientes con cáncer cuyo tratamiento era, y es aún, de costo elevado y de difícil acceso a los necesitados. Los servicios de salud en el Estado Yaracuy, como es lógico suponer también fueron afectados por tal abandono; uno de los más afectados fue el diagnóstico para el cáncer gástrico y actualmente es insoslayable su atención debido al índice presentado de pacientes por muerte de cáncer por cualquier causa, en especial los de cuello uterino, mama, próstata y de estómago entre otros. Este ultimo especialmente olvidado en el Estado, a pesar de que es, junto con el Estado Barinas uno de los que presenta mayor índice de mortalidad después de los Estados andinos.

Para el caso que nos ocupa es importante definir Cáncer (CA), para ello dice Luís Capote (2005); Que es la expresión genérica usada para agrupar un conjunto de neoplasias malignas representadas por más de un centenar de localizaciones y variedades histológicas. Constituyen patologías sumamente frecuentes en todo el mundo, aunque se observan variaciones notables en la frecuencia y distribución en diversas localizaciones. La magnitud del cáncer en Venezuela puede apreciarse en su real significación, al resumirse que en promedio se presentan cerca 100 casos y 45 muertes diarias y, además, una de cada 4 personas, si alcanza los 65 años, entonces, tendrá un diagnostico de cáncer y su riesgo de morir, por esta patología, esto se cumple casi en un 11% en los hombres y 9% en las mujeres.

El Estado venezolano crea La División de Oncología como parte de Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS) el 02 de marzo de 1976, pero no es sino hasta el 2005 (Gaceta Oficial Nº 38.305, Res. Nº 406, de fecha 01/11/2005), cuando que se crea el Programa Nacional de Oncología actuando

como ente rector en el ámbito Nacional de la lucha contra el cáncer. Para la Dra. Ana María Rodríguez, Coordinadora Nacional de Oncología del Ministerio de la Salud para el año 2006, la conformación de la Red Oncológica Nacional significa un gran avance en lo que se refiere a la atención y tratamiento de los pacientes que viven con cáncer en el país, por lo que señaló que a través del Convenio Argentina-Venezuela, se podrá duplicar a finales del año 2007 de un 25 a un 50% la cobertura de atención a los pacientes con enfermedades oncológicas y para finales de 2007 se estima alcanzar una cobertura de 85%.

Subrayó la médico en salud pública que en la actualidad para disminuir el número de personas con enfermedades oncológicas, se debe fortalecer la promoción, la prevención y el diagnóstico precoz y para eso sea posible se vienen articulando acciones con los tres niveles de atención: Barrio Adentro 1, 2 y 3. En Barrio Adentro 1 (Consultorios Populares): se hace la prevención y el diagnóstico precoz, Barrio Adentro 2 (Clínicas Populares, Centros de Diagnósticos Integrales, Salas de Rehabilitación Integral y Centros de Alta Tecnología): donde se da confirmación del diagnóstico. Además, cuentan con los equipos que permite además, de visualizar la lesión, la toma de biopsia para confirmar el diagnóstico y en Barrio Adentro 3 (la red de hospitales): se realiza el tratamiento y está conformado por los 19 servicios de oncología para el tratamiento de radio y quimioterapia. También es conocido que por la gran necesidad de tratamiento oncológico en el país, el Ministerio del Poder Popular Para La Salud (MPPPS) ha hecho entregas parciales de equipos, dejándolos operativos en algunos hospitales del país. Todo este despliegue de acciones y políticas gubernamentales son excelentes para la atención de este flagelo que azota al mundo.

Sin embargo, no es sino hasta hace poco menos de cinco años cuando es creado el Programa de Control de Cáncer Gástrico. Este programa se desarrolla en el Estado Táchira debido a que éste presenta el mayor índice de mortalidad por esta patología, con la cooperación técnica del Gobierno de Japón. Actualmente y

dentro del proceso de reformulación programática y con el fin de buscar estratégicas de mayor impacto, se ha propuesto incentivar el desarrollo de este programa en las entidades geográficas donde se ha presentado el problema con mayor magnitud, dentro de los cuales se encuentra el Estado Yaracuy. Sin embargo, dicho programa no se está llevando a cabo en el Estado.

Para el tema objeto de esta investigación es necesario tener claro cómo define el MPPPS a este programa: Sin embargo y, pese a los grandes avances obtenidos en el área de la salud y la oncología, el cáncer continúa siendo la segunda causa de muerte en Venezuela, lugar que ha ocupado por cerca de 25 años, el cáncer gástrico ocupa el segundo lugar en edades comprendidas entre los 45 y 74 años, según cifras del MPPPS.

Al respecto Luís Capote (2006) hace referencia a la tasa de incidencia promedio del quinquenio 2001-2005 según el Registro Central de Cáncer del MPPPS las variaciones por entidades federales en cáncer de estómago (CG) para ambos géneros, alcanza una tasa de incidencia promedio nacional de 8,6 por 100.000 Habitantes ; los estados con tasas más altas corresponden, como ha sido tradicional desde que se conocen estadísticas de cáncer, a la región Andina, Táchira, Mérida y Trujillo, con tasas de 22,7; 18,4 y 17,4; respectivamente y sigue el Estado Yaracuy con un 11,2 mostrándose igualmente por encima de la tasa nacional cifras bastante distantes del resto de las entidades federales del país.

Como puede observarse el Estado Yaracuy no escapa de esta realidad y con la finalidad de ver la magnitud del problema, dado la no aplicación del programa de cáncer gástrico en el Estado se mostrarán algunas cifras para el año 2005, se reportaron 415 muertes por patologías tumorales malignas, dentro de las cuales 57 (13,73%) fueron debidas a cáncer gástrico e igualmente con mayor incidencia entre las personas mayores de 45 años.

Ante esa situación el personal directivo del Hospital Central de San Felipe Dr. “Plácido Daniel Rodríguez Rivero” tiene gran interés en que se haga un buen diagnóstico de la enfermedad y, ante la carencia de especialistas dentro de las instituciones públicas, ofrecer la pesquisa y el tratamiento oportuno; En otras palabras, sin la aplicabilidad de este programa que cubra la patología de CG desde los tres niveles de atención se hace cuesta arriba generar el diagnóstico, muchos de los cuales son realizados fuera de la institución hospitalaria elevando los costos cama paciente y, en ocasiones, hasta se egresa pacientes sin diagnóstico preciso.

Para el año 2006 sólo fueron vistos por consulta 259 pacientes y, del primer semestre del 2007, no se tienen registros, pues, no hay especialistas para el área de consulta, para hospitalización, para la realización de endoscopia, ni de la captación de estos pacientes en el primer nivel de atención, no existe la debidas acciones de promoción y prevención al respecto de la patología en cuestión y, por supuesto, el subregistro impide que los registros sean confiables. Vale la pena entonces hacer un alto y definir que es un registro de cáncer. Capote lo define (2005) como:

> “Sistema de recolección individualizada, continua y sistemática de datos inherentes a los casos de cáncer en una población o institución, herramienta fundamental en epidemiología, para obtener información que permite valorar los riesgos de presentar cáncer en diferentes grupos de población, cambios en la frecuencia, o tendencia en el tiempo, en sus diversas localizaciones y ofrece el soporte para diversas hipótesis etiológicas”

El registro realizado de este modo, es un arma para poder conocer las circunstancias epidemiológicas dentro de las cuales se encuentra el CA en cualquier parte del mundo; Para el caso que ocupa la investigación, los registros CG no se están haciendo, pues, hay mucha desinformación en relación al diagnóstico y, sólo se contabiliza, con cierta dificultad, la causa de los decesos. En Yaracuy los programas de CA que están funcionando actualmente es el de CA de

cuello uterino y, el de mama, recién se inicia, dejando al CG con un sesgo de información que impide conocer la población afectada, los factores de riesgos, localización de la lesión, tasas de prevalencia e incidencia sobre una población determinada.

Al desatender este programa, se le esta negando la oportunidad de mejorar la atención del paciente con patología digestiva altamente sugestiva de ser maligna, así como también el de brindar información para mejorar las condiciones de vida, desde su diagnóstico inicial, como en su trayecto de vida, cualquiera que sea el final del camino. El propósito es que el paciente lo recorra con la mejor calidad de vida posible.

En Venezuela disponemos, desde 1980, de un centro de pesquisa del CG en el Estado Táchira, área de alta prevalencia, centro pionero en la aplicación de éste programa. Se usa el método radiológico, similar al de la escuela japonesa, con lo que se ha logrado un porcentaje de detección de cáncer gástrico precoz (CGP) del 20 %, sin embargo, en el resto de los centros hospitalarios de nuestro país, la detección de CGP está muy por debajo del 10 %.

Por lo expuesto anteriormente, se considera relevante en esta investigación reflexionar críticamente sobre el programa de control de cáncer gástrico en el Estado Yaracuy, identificando las causas por las cuales no se ha implementado y poder hacer diagnóstico precoz y brindar la atención oportuna a esos pacientes, como respuesta a una situación existente, como es la carencia de un servicio para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con patologías digestivas y por ende del estudio endoscópico.

Es así que la presente investigación es de campo con carácter reflexivo y crítico, pues, permite indagar las causas que generan la no ejecución del programa de CG en el Estado Yaracuy con la finalidad de esclarecerlas y por lo tanto

presentarlas a consideración pública, de modo que estas consideraciones puedan ser debatidas por todas la personas y entes involucrados e interesados en el tema. La importancia que tiene dicha presentación es por la repercusión que produce el discurso teórico cuando se transforma en opinión pública.

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

INVESTIGAR LOS FACTORES QUE GENERAN LA NO EJECUSIÓN DEL PROGRAMA DE CONTROL DE CÁNCER GASTRICO EN EL ESTADO YARACUY, 2007

Objetivos Específicos:

1.- Identificar cada factor y las causas determinantes que genera la no ejecución del Programa de Control de Cáncer Gástrico en el Estado Yaracuy.

2.- Establecer las consecuencias derivadas de cada uno de estos determinantes en la no ejecución del Programa de Control de Cáncer Gástrico en el Estado Yaracuy.

3.- Reflexionar críticamente sobre la no ejecución del Programa de Control de Cáncer Gástrico en el Estado Yaracuy, para la toma de decisiones capaces de reorientar las políticas de salud en el caso objeto de estudio.

Justificación

En el Estado Yaracuy, en el ámbito programático de cáncer el único sub programa que se lleva a cabo es el de pesquisa de CA de cuello uterino y no existe evidencia del funcionamiento de un programa donde se realice pesquisa, prevención, control y tratamiento de CG; Aunque exista y esté enmarcado dentro de un Programa Nacional como lo es, el de Control de Cáncer, bajo esta carencia se plantea la necesidad de indagar las causas por las cuales no se ha realizado la implementación de dicho programa en el Estado.

De lo poco que se realiza en el Estado, se ejecuta a través de los pacientes que llegan en etapa tardía a los hospitales, el resto es hecho a través de la consulta privada y los estudios endocópicos se realizan por la red de Barrio Adentro, la misma se encuentra saturada de estudios, tales razones hacen que se plantea los siguientes incógnitas: ¿Dónde van la mayoría de estos pacientes?, ¿Donde están estos registros?, ¿Son estos pacientes debidamente atendidos en el Estado?, ¿Dónde y quién imparte promoción y prevención a la población de alto riesgo?, ¿Existe una consulta especializada donde derivarlos?, ¿Cuál es el tiempo promedio entre el diagnóstico y el tratamiento?.

Estas preguntas no son de fácil respuesta y deja expuesta la necesidad de implementar un plan estratégico el cual lleve a que un programa de salud de esta patología tenga éxito; ya que el trabajo seguiría siendo infructuoso sino se implementan medidas que organicen, sistematicen y evalúen los elementos programáticos para brindar un mayor bienestar a la población enferma y con riesgo de sufrirla

Esta reflexión crítica se justifica, entre otras razones, por las siguientes:

- ✓ La solución es significativa para disminuir la incidencia de CG en el Estado

- ✓ La aplicación producirá una diferencia entre la práctica médica actual y la futura.

- ✓ Establecerá los protocolos de estudio de cada caso en particular.

- ✓ Generará actividades de promoción y de prevención inexistentes hasta ahora en el estado.

- ✓ La reflexión crítica puede reorientar las políticas asistenciales.

- ✓ Existe gran interés en la ejecución del programa para el beneficio de la población yaracuyana.

Por lo antes dicho se deja ver la importancia y la relevancia de que se realice un profundo análisis a este tipo de programa en beneficio de la salud pública en el estado Yaracuy. Tomando en cuenta los logros alcanzados en el Estado Táchira el cual es el único donde se lleva a cabo desde hace 27 años. Tomando en cuenta los logros alcanzados. Se considera por esto de gran importancia poderle brindar a la población Yaracuyana un programa de salud dirigido a la prevención, el diagnóstico precoz y atención oportuna del cáncer gástrico a la población del estado Yaracuy, conocidos y descritos los beneficios que brindan no sólo al paciente con enfermedad con CG, sino también a pacientes con otro tipo de patologías digestivas sugestivas de ser no sólo malignas, sino de aquellas descritas como pre malignas, según González Carvajal y Hernández (1998), como lo son las inflamatorias crónicas y las infecciones por Helicobacter Pílory , a paciente de alto riesgo; es un número significativo de pacientes a quienes se les puede integrar nuevamente al núcleo familiar, a su entorno social y laboral, hacerlo más productivo y menos dependiente de su enfermedad.

Alcances

La visión que se tiene al realizar este trabajo es brindar las recomendaciones para la puesta en marcha el programa en el estado Yaracuy.

Los alcances están en función de la repercusión que tenga la crítica en la opinión del personal de salud y de manera especial en el equipo gerencial; Si se publican estas reflexiones, entonces se podrá prever una reacción favorable que lleve eventualmente, a ejecutar el programa que es objeto de análisis, con todos los beneficios que un programa de promoción y prevención tiene hacia la comunidad en general y muy particularmente en aquella de alto riesgo.

Generar opiniones que favorezcan o enriquezcan los planteamientos hechos en esta investigación.

Es de relevancia dentro del campo de la salud pública, pues, sus resultados pueden generar otra serie de trabajos no solo de carácter reflexivo como el presente sino con otras metodologías que contribuyan a la debida evaluación e implementación de programas de salud en esta área.

Sólo el futuro dirá si lo que se está haciendo se hace bien, como bien lo apunta Gelatt H. (1993), “no se puede predecir el futuro... entonces debemos cambiar el enfoque y, en vez de predecir el futuro, debemos crearlo comprendiendo que el futuro es nuestra realidad actual” (p.2).

Limitaciones

Lo trascendental de estas reflexiones críticas es que una vez realizado el análisis se llegue al logro en la ejecución del programa. Se obstaculizará si los entes gubernamentales no consideran importante tal ejecución. Es por ello que se replantean como limitantes

- ✓ La Falta de interés ante los planteamientos de esta investigación
- ✓ La falta o déficit en la asignación del presupuesto.
- ✓ La indiferencia gubernamental en atender programas básicos para la salud pública.
- ✓ La desinformación de la comunidad afectada en no exigir la aplicación del programa
- ✓ La falta de recursos humanos para el desarrollo del programa, sobre todo en el área médica, punto álgido en el sistema de salud actualmente.

Todas estas razones se convierten en verdaderas limitantes para el logro, objeto de la investigación.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

Fundamentos Políticos

Antecedentes

En los últimos cinco años se ha sentido, cada vez más, la necesidad de obtener un balance del terrible y gran siglo XX. Ello no significa que fue un siglo indigno de ser vivido, pero se siente que la crisis es profunda no solo por el dramatismo de las tensiones del presente, sino también por la potencia y grandiosidad del futuro, anunciado por el imponente crecimiento demográfico en todos los continentes y por la disponibilidad técnico-científico. Incluso se puede decir que uno de los aspectos centrales de la crisis se debe precisamente, al contraste entre el aparato histórico-objetivo y la realidad de las disposiciones institucionales. La sociedad capitalista burguesa experimento un desarrollo técnico-científico impresionante que ha tenido que enfrentarse a un sistema social inadecuado, mezquino y cerrado. A la inmensa acumulación de potencialidades técnicas, científicas e intelectuales respondió con el estrecho y liso horizonte de la apropiación privada, del privilegio neo-feudal de las grandes concentraciones económico, de la mínima protección individual, de la separación y del antagonismo entre la vida privada y la vida pública , en suma, entre la dimensión individual y la social, características todas aupadas por la globalización de proceso capitalista neoliberal. El gran limite de este tipo de

sociedad viene impuesto por la ilusión de poder unificar el genero humano sólo y exclusivamente en la abstracción de la esperanza, o de la libertad política formal, permitiendo que la concretización del presente y la realidad de la existencia desembocara en la división, en la separación y en la contraposición.

La Teoría

En este horizonte problemático y desde una interpretación ético-metodologica de la categoría discusión critica, en la cual se agradece y reconoce en el otro su capacidad de alterar y de corregir el conocimiento y la practica, se registra la pertinencia y relevancia de pasar los problemas sociales por el tamiz de la reflexión critica para distinguir entre argumentos y practico útiles y entre aquellas proposiciones que encierran ideas de efectos perniciosos para el desarrollo de estos ámbitos.

El objetivo de la presente investigación es elaborar una reflexión critica sobre el problema objeto de esta tesis. El análisis argumenta que el ordenamiento de la vida social pasa por la construcción de precondiciones estructurales como la eficiencia de servicios y programas medico-asistenciales.

La presente investigación se asume o se desarrolla desde la perspectiva de la teoría marxista, según la cual es condición indispensable partir de la realidad social y de las estructuras económicas, jurídicas y políticas que prevalecen en una sociedad determinada y en una época también determinada. Marx (citado por Cerroni, 1979), se plantea a nivel teórico la necesidad de abolir no sólo las antinomias sociales, sino también las antinomias políticas o instituciones acusando a la burguesía de proclamar la unificación del mundo sin llegar a establecerlas más que en el plano

económico y de la forma que ya se sabe. Con su teoría del nexo histórico entre estructura económica y superestructura jurídica, Marx documenta el carácter históricamente necesario de una organización social que evoluciona hacia formas socialistas de convivencia. Marx señaló "que designar la explotación en su modalidad cosmopolita con el nombre de fraternidad universal es una idea que sólo podía originarse en el seno de la necesidad de la burguesía". La lectura que se desprende de esta cita es que existe la necesidad de una reforma general, no sólo de las relaciones sociales, sino también de las relaciones políticas que institucionalice y posibilite este régimen de hermandad universal. En este orden de ideas es perfectamente comprensible que Gramsci (citado por Cerroni, 1979), tratará de encontrar en esa relación inestable entre cultura y política la clave para explicar el desastroso pasado, así como la clave de un posible renacimiento. El genio de Gramsci , también constató que era indispensable un movimiento unitario capaz de impulsar por su cuenta aquello que la burguesía había hundido: una fuerza histórica internacionalista que pudiera construir el espíritu de una nación, valiéndose precisamente de la estructura cosmopolita de su cultura. Cabe destacar el aporte de Gramsci en su análisis de las crisis sociales cuando señala que las viejas estructuras no terminan de morir y las nuevas no terminan de nacer.

Fundamentos de la Investigación

Antecedentes

Para la organización Panamericana de al Salud, (1992), pretende que las personas independientes de su filiación social le den importancias a criterios epidemiológicos a la hora de tomar dediciones, ya que el criterio establece que se

le debe dar prioridades a aquellas enfermedades y problemas de la salud que son frecuentes y severos y que causan alta morbimortalidad y para las cuales existen intervenciones efectivas y de bajo costo. Dentro de estas patologías se ubica las patologías neoplásicas y entre ellas el Cáncer Gástrico (CG).

Es así como Parra, Hernández, y Gil (2007); Consideran la década de 1950-1959 una época memorable del comienzo de la detección del cáncer gástrico precoz (CGP) en Japón. Irie, inició el sistema de pesquisa con la radiografía indirecta en 1953, lo que se incorporó como importante política nacional de salud. En 1958,

El entonces el CG para Parra y Cols (2007), es considerado una de las principales causas de muerte tanto en el ámbito mundial como nacional, y principalmente local. Es un cáncer de alta letalidad, que posee una evolución insidiosa en donde los síntomas en fases iniciales de la enfermedad pueden ser fácilmente confundidos con muchas otras entidades productoras de dispepsia, lo cual conlleva a dificultades en su diagnóstico, por lo cual debe ser mantenido en sospecha, sobre todo en regiones de alta incidencia para esta neoplasia.

Venezuela, a pesar de no reportar datos estandarizados comparables con la población mundial, se encuentra con tasas intermedias, y es la primera causa de muerte para hombres y la tercera para mujeres luego del cáncer de cerviz, y mana. Las más altas tasas son encontradas en la región Andina del país (estados de Táchira, Mérida, Trujillo y Lara), siendo en el estado Táchira registrada la mayor mortalidad, y por ello es considerado uno de los problemas de salud mas relevantes en nuestro estado, y de allí deriva la existencia desde 1980 del Centro de Control de Cáncer Gastrointestinal Dr. Luís E. Anderson, institución que se encarga del diagnóstico y tratamiento de este cáncer, sobre todo en fases tempranas cuando es curable completamente.

Se usa el método radiológico, similar al de la escuela japonesa, con lo que se ha logrado un porcentaje de detección de Cáncer Gástrico Precoz (CGP) del 20 %. Sin embargo, en el resto de los centros hospitalarios de nuestro país, la detección de CGP está muy por debajo del 10 %.

Desde hace algunos años instituciones internacionales de la salud (Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de Salud, Unión Internacional Contra el Cáncer, Internacional Agency for Research on Cancer, International Association of Cáncer Registries), se preocupan en reparar normas pragmáticas que pueden influir de manera positiva en el desarrollo de la epidemiología del cáncer, El primer registro para el estudio del cáncer aparece en los inicios de 1900 como proyectos individuales o institucionales en Estados Unidos.

Parra (2006) denota que para 1956, el American College of Surgeons (ACS) adopta formalmente una política de incentivar el desarrollo del registro de cáncer en los hospitales. Registros en su mayor parte poco útiles dada la debilidad de su manutención por médicos e instituciones, además de ser poco accesibles, ya que estaban en un sistema de tarjetero. En la década de los 1980, la aparición de microcomputadores da la oportunidad para registrar, almacenar y analizar la información de pacientes con cáncer. Así mismo este autor señala que la estandarización en la recolección de datos determina la creación de grandes bases de datos como la National Cancer Data Base (NCDB) of the Commission on Cancer en Estados Unidos. En las décadas siguientes la globalización de la estandarización de los registros ha tenido un profundo efecto en el estudio epidemiológico del cáncer.

Sin embargo no es sino en 1976 que se decretó en Venezuela la creación de la Dirección de Oncología. Desde entonces quedó establecida la obligatoriedad de organizar un Registro Nacional de Cáncer basado en hospitales. Así, desde 1979 se

inició la recopilación de información de pacientes con diagnóstico de cáncer a través de formularios especializados. Se cumplió en los hospitales de 11 regiones del país donde se atendía aproximadamente un 30% de la población nacional con este diagnóstico (Anzoátegui, Aragua, Bolívar, Carabobo, Distrito Capital, Lara, Mérida, Nueva Esparta, Sucre, Táchira y Zulia). Este Registro, a pesar de algunos altibajos, se ha mantenido hasta la actualidad. Para el Estado Yaracuy no es sino en el año 2006 cuando se establece en el Hospital Plácido Daniel Rodríguez Rivero de la ciudad de San Felipe la Oficina de Registro de Cáncer Gástrico. El Programa de Control de Cáncer Gástrico surge como subprograma junto con cáncer de cuello uterino, mama, próstata, y pulmón. En el Estado Yaracuy sólo se encuentra funcionando con muchos tropiezos el Programa de Cuello Uterino y recientemente el de mama, a pesar de haber girado el Ministerio instrucciones desde la Dirección de Oncología el mismo no ha llegado a implementarse.

La Investigación

Los procesos de reforma que actualmente están presentes en los sistemas de salud del mundo particularmente en América latina requieren un nivel de aproximación conceptual, instrumental y metodológica que permitan realizar un monitoreo y evaluación permanente, eficiente y pertinente para la generación de nuevas evidencias, que a su vez permitan apoyar la toma de decisiones en la salud. No es pertinente en desde ningún punto de vista que un gobierno invierta tiempo, esfuerzo y recursos en crear políticas de salud a favor de una mayoría y que todo ese esfuerzo se pierda por una mala gestión de esas mismas políticas o lo que es peor aún la indiferencia total ante un problema de salud pública.

Se pretende analizar una situación que más allá de la no ejecución de un programa, es tal vez la carencia de un equipo de salud adecuadamente preparado para la gestión de las políticas públicas de salud, como verdaderos gerentes, desde

los entes ministeriales hasta el más humilde de los trabajadores de la salud. Esta ineficiente gerencia deja ver la preparación académica de los mismos, son los que dejan por el suelo el mal nombre de la salud pública. Lejos de lo que muchas personas creen, la salud pública es la medicina social. Es así como según El Comité del Instituto de Medicina de Estados Unidos de América (citado por Rodríguez A, abril 2006) y, en relación a La Salud Pública, hacen referencia a que en años anteriores y como objeto de trabajo de estas líneas del pensamiento, ha existido la opinión creciente de que la salud pública como profesión, como práctica del saber y como compromiso de la sociedad no está ni claramente definida, ni apoyada adecuadamente, ni completamente comprendida. Lógicamente que esto era aplicado al panorama de la salud a nivel Latino Americano.

Para Solimano G. y Isaacs S, (La salud en la América Latina. De la reforma para unos a la reforma para todos, 2000) pretenden establecer un espacio de reflexión crítica, resulta claro que los últimos decenios del siglo XX se caracterizaron en América Latina por una creciente presencia de la sociedad civil en la definición de las políticas públicas. Dentro de este contexto, las voces médicas se hacen sentir cada vez más a la hora de poner en tela de juicio los actuales programas instrumentados por los gobiernos para la atención de la salud.

De igual manera concluyen en la necesidad de evaluar críticamente las reformas de salud en curso, tanto en sus aspectos teóricos como prácticos. Ya no parece válida, ni éticamente aceptable, la supremacía ideológica de ciertas líneas de pensamiento en tanto sus instrumentos técnicos no admitan la participación activa de los ciudadanos ni su legítimo derecho a tomar decisiones de forma independiente. La salud de nuestros pueblos, subrayan los expositores, no puede ser una variable de ajuste para las políticas económicas.

Es pues un llamado de atención a la hora de hacer mejoras al sistema de

salud o a las de sus políticas, cuando los dueños del sistema no están a la altura de las ejecuciones de las mismas. Los análisis críticos reflexivos dan respuesta a los problemas de tipo social y generan acciones las cuales irán destinadas a la resolver una situación particular de estudio.

Siguiendo el mismo orden de ideas, Porta, Álvarez, Fernández (1997). Convienen en que no se trata, por supuesto, de convertir el ámbito de la Salud Pública en un Liceo Aristotélico, sino, efectivamente, y de acuerdo con los autores, animar a los profesionales de la Salud Pública a adquirir un espíritu crítico y reflexivo. Los investigadores hacen referencia a que en la actualidad existe un tema que puede servir para ilustrar esta llamada de atención, Se trata del éxito que está teniendo en nuestro ámbito la llamada "Medicina basada en la evidencia", de la que no se ha podido leer, ninguna reflexión crítica sobre la misma en el país, a pesar de que sería fructífera y necesaria. Por otra parte afecta directamente a los criterios de los trabajos en las revistas científicas, por lo que además sería muy conveniente la apertura de un debate en este sentido. Igualmente durante el análisis critico reflexivo de los autores, hacen mención al manejo de las funciones públicas, cuando dicen que la función del Estado en un proceso de reforma posee ciertas áreas que le son propias, como la generación de políticas, la legislación, la distribución de recursos, el manejo de conflictos y, de manera muy especial, la garantía de equidad, pero, ciertamente, es necesario redefinir el papel de un "nuevo Estado" en el que no se apliquen criterios privados en la gestión de lo público, sino esencialmente lo contrario, o sea, aceptar el valor de la eficiencia, pero construyendo una clara primacía de lo público sobre las políticas que colocan por encima de todo lo demás los intereses de índole comercial. Es pues una reflexión ajustada a la supremacía del capital privado sobre la ejecución de los programas de interés público ya que deja de manifiesto los altos ingresos de obtenidos por las empresas privadas dispensadoras de salud en el tratamiento de radio o quimioterápia los cuales siempre han sido de alto costo.

Los estudios de carácter critico reflexivos son muy usados en el campo educativo, y enmarcado dentro de los estudios documentales; su uso en la medicina, en especial, en la salud pública y con el objeto de analizar la no ejecución de un programa de salud son bastantes limitados, sobre todo en Venezuela, la mayoría están hechos sobre los aspectos psicológicos de una problema en particular o igualmente educativos dentro de la salud. Estudios de Díaz, Vásquez, Couto, Rojas (IAESP, 2007), fueron realizados en el ámbito de la salud ocupacional y la calidad de vida muestra bajo la crítica hermenéutica una visión integradora de estos dos componentes.

Es así como Arredondo M. (1993) plantea un análisis crítico reflexivo sobre el carácter de modelo, paradigma o propuesta disciplinaria de algunos de los diferentes marcos teórico-conceptuales que se han desarrollado en diferentes espacios del quehacer académico de la salud pública a nivel mundial. El autor piensa que esto deberá fortalecer la gestión en la salud pública y, por ende, la ejecución de políticas de salud no quedando en el olvido programas de tal relevancia como el Programa de Control de Cáncer Gástrico.

Enfermedad.

Es importante para la autora que se conozca el proceso de la enfermedad y mostrar como una patología tan catastrófica puede ser curada en las etapas más temprana de su evolución lo cual puede ser detectado o sospechado desde la red de atención primaria, lo cual hace del Programa de Control de Cáncer Gástrico una necesidad sentida y un problema de salud pública.

El Cáncer Gástrico (CG) corresponde generalmente a un adenocarcinoma. En 1965, Lauren A (citado por Acevedo, 2006), identificaron dos tipos histológicos principales, con características epidemiológicas, clínicas, anatomo-

patológicas y pronosticas distintas: un tipo de Cáncer Gástrico Intestinal que se desarrolla en la mucosa con metaplasia intestinal y otro difuso, que se origina en la mucosa gástrica propiamente tal. El primero predomina en personas de más edad, mayoritariamente en el sexo masculino y sería más frecuente en zonas de alto riesgo (epidémico). El Difuso se presenta en sujetos más jóvenes, la proporción entre hombres y mujeres es similar y sería más frecuente en zonas de bajo riesgo (endémico).

Para Luís Capote (2005); dice que es la expresión genérica usada para agrupar un conjunto de neoplasias malignas representadas por más de un centenar de localizaciones y variedades histológicas. Constituyen patologías sumamente frecuentes en todo el mundo, aunque se observan variaciones notables en la frecuencia y distribución en diversas localizaciones

Llorens P (2001). El pronóstico de esta neoplasia está en directa relación con el estadio al momento de la confirmación diagnóstica. En 1962, la Sociedad Japonesa de Endoscopia-Gastroenterología estableció el concepto de Cáncer Gástrico Precoz (CGP), confinado a la mucosa o submucosa gástrica, independiente del compromiso ganglionar. En general, estos cánceres precoces progresan hacia estadios avanzados en el curso de varios años, aunque también pueden tener un curso rápido. Es así como Tsukuma T (citado por Rubiano J; sf). Menciona que se han reportado altos niveles de supervivencia postoperatoria si el diagnóstico se hace en esta fase: 81-91% a 5 años, a diferencia del carcinoma avanzado, en el cual la supervivencia es de 4-36%. Las estrategias existentes actualmente como tamizaje para CG tienen como objetivo disminuir la mortalidad al curar con la cirugía a la mayoría de los pacientes que se detectan en fase temprana.

La pesquisa en estos estadios alcanza la curación en la mayoría de los casos con sobrevidas muy altas. En los casos avanzados la sobrevida promedio es

de 6 meses. La misma depende del grado de profundidad y del compromiso ganglionar, y existe a su vez una correlación directa entre ambos, a mayor profundidad, mayor compromiso ganglionar en distancia.

Peraza, (Citado por Henry D Jesús, 1999) señala que etiológicamente el CG depende de muchos factores interrelacionados entre sí, entre los cuales sobresalen los factores genéticos, dietéticos, infecciosos y ambientales. Sin embargo la causa de origen dietético preferentemente llama la atención de los investigadores, quienes asocian las dietas ricas en sal, picantes, consumo de café, tabaco y bebidas alcohólicas con alto riesgo de padecer este tipo de neoplasia. Otro de los factores involucrado el la génesis del CG y categorizado por el Instituto de Registro de Cáncer, como carcinógeno tipo I es la infección por Helicobacter Pílory (evidencia suficiente en humanos para demostrar que la infección aumenta el riesgo de cáncer gástrico), teniendo en cuenta los resultados de tres estudios prospectivos publicados en 1991.

El CG es una enfermedad crónico-degenerativa de importancia epidemiológica, objeto de acciones preventivas. En Venezuela Capote (1986) señala la importancia del Registro Nacional de Tumores con la finalidad de medir la incidencia de CG y tomar las medidas preventivas necesarias.

Recordemos entonces la gran inversión hecha por el MPPPS para la creación de la red oncológica en el país y de los convenios realizados con países vecinos para el suministro de medicamentos antineoplásicos y tratamiento con radioterapia. Para llevar a cabo acciones tan costosas y de relevancia dentro de las políticas gubernamentales de un país, debe considerarse a la patología como relevante. Entonces ¿Por qué no se ejecutan los programas?

El Programa

Es igualmente importante demostrar la existencia del Programa de Control de Cáncer Gástrico dentro de los programas del MPPPS el cual cuenta con toda la estructura para la ejecución en cualquier Estado que lo asuma como una solución viable a un problema de salud pública.

El Programa Nacional de control de Cáncer puede definirse como un proceso que lleva a la organización de recursos, el establecimiento de objetivos viables y estrategias válidas; que permitan alcanzar el mayor grado de control posible para esta enfermedad. Debe estar basado en los principios integralistas de promoción prevención y restitución de la salud; así como en la organización por niveles de atención y en concordancia con el proceso de descentralización.

La complejidad de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento, así como el imprescindible enfoque multidisciplinario, de la mayoría de cerca de un centenar de localizaciones o variedades histológicas que caracterizan esta patología; hace necesario que se organicen centros regionales de diagnostico y tratamiento, establecidos de acuerdo a características poblacionales y geográficas, que denominamos Centros Integrales de Cáncer, para ello se recordará que para el MPPPS un programa es: "El conjunto de recursos organizados y actividades específicas, destinadas a lograr la reducción de la mortalidad por cáncer gástrico, mediante el diagnostico precoz, tratamiento oportuno, registro y control de esta patología".

De esta forma La Dirección de Oncológica se plantea se cumplan los siguientes objetivos.

Objetivo General

.Disminuir la morbilidad y mortalidad por cáncer gástrico, mediante la

educación para la salud, el examen radiológico y endoscópico de la población mayor de 35 años, que presente manifestaciones clínicas de patología digestiva alta, en las regiones de alto riesgo.

Específicos:

Impulsar el desarrollo de actividades de información y educación a la población, sobre los factores de riesgo asociados al desarrollo del cáncer gástrico y la importancia de su diagnóstico precoz.

Auspiciar la capacitación en servicio del equipo de salud, sobre aspectos epidemiológicos, pesquisa, diagnóstico, tratamiento y normas operacionales del programa de control de cáncer gástrico.

1- Alcanzar un avance significativo en el diagnóstico precoz del cáncer gástrico, mediante el examen radiológico o endoscópico de la población mayor de 35 años, que presente clínica de patología digestiva alta.

2- Efectuar investigación clínica y epidemiológica, sobre la quimio-prevención de lesiones precancerosas de estómago.

5- Lograr la capacitación de especialistas y médicos en formación de postgrado en las técnicas de diagnóstico, manejo y tratamiento del cáncer gástrico.

6- Fomentar convenios de cooperación técnica con otros países, para desarrollar proyectos de investigación, que contribuyan al conocimiento de medidas efectivas de prevención de esta patología.

7- Participar en la organización o el desarrollo de cursos, seminarios, congresos, u otros eventos de información y/o capacitación sobre el cáncer gástrico.

8- Efectuar asesoramiento técnico a instituciones públicas o privadas, en todo lo referente a proyectos de investigación u organización de medidas de control en cáncer gástrico.

Campo de Aplicación: Estas normas son de cumplimiento obligatorio para todo el personal de Salud y Establecimientos de Atención Médica en los diferentes niveles de la red de Salud de las Entidades Federales seleccionadas. (Ver Programa de Control de Cáncer y Cáncer Gástrico, Anexo).

Bases Filosóficas

Investigar los factores que generan la no ejecución del Programa de Control de Cáncer Gástrico para el Estado Yaracuy, constituye un reto, pues es una modalidad diferente de investigar en salud. Se trata de cambiar el paradigma de sólo evaluar lo que ya esta establecido sin investigar las causas del por qué no se ha llevado a cabo. Para el autor (2000), “Si no se cree en lo que se está haciendo difícilmente se le puede hacer creer a los demás”.

El pensamiento de Karl Friedrich Gauss (citado por Martínez 1997), "ahora que ya tengo la solución, sólo me falta encontrar el proceso lógico que conduce a ella". Como consecuencia el reto es encontrarlo.

Ciertos autores citados por Martínez (1997), ven la necesidad de un nuevo paradigma, tratan los conceptos como racionalidad, verdad, realidad, bondad, ética, rectitud y estética, como conceptos relativos a un esquema conceptual

específicos; los debates contemporáneos todavía son enfocados y estructurados bajo uno de estos dos extremos tradicionales, objetivista o relativista, sin embargo, prosigue este autor también aquí como en muchos otros campos del saber teórico y práctico, parece que se abre una salida honrosa, como dice Beyman (1978) "actualmente vivimos un cambio de paradigma en la ciencia, tal vez el cambio más grande que se ha efectuado hasta la fecha... y que tiene la ventaja adicional de derivarse de la vanguardia de la física contemporánea". Es por ello que el espíritu de nuestro tiempo esta impulsado a ir más allá del simple objetivismo y el relativismo.

Una nueva sensibilidad del discurso, una nueva racionalidad, una orientación que tiende a integrar "el pensamiento calculante" y "pensamientos reflexivos" de que habla Heidegger (citado por Cerroni, 1979). Según Morín es un proceso dialógico, en el sentido de que sería el fruto de la simbiosis de dos lógicas, una digital y otra analógica. Pero el mundo en que hoy se vive se caracteriza por sus conexiones en el ámbito global en el que los fenómenos físicos, biológicos, psicológicos, sociales y ambientales, son todos recíprocamente interdependiente; para poder describir este mundo se necesita una perspectiva amplia, holística, que no la ofrece las condiciones reduccionista del mundo ni las diferentes disciplinas aisladas. Esta integralidad invita a considerar los fenómenos vitales en toda su riqueza epistemológica y vivencial. Bien señala Morin (citado por Hurtado 1988),, que los diversos trabajos de Kuhn, Popper Feyerabeud y Lakatos, tienen como rasgo común mostrar que las teorías científicas, como el iceberg tiene una enorme parte sumergida que no es científica, y que constituye la zona ciega de la ciencia, pero que es indispensable para el desarrollo de la misma; para Morín un paradigma científico puede definirse como un principio de distinciones – relaciones - oposiciones fundamentales sobre algunas nociones matrices que generan y controlan el pensamiento.

Bases Legales

Antecedentes

La regulación legal de la responsabilidad de médico data de lejana antigüedad, ya el Código de Hammurabi hace casi cuarenta siglos establecía la responsabilidad de médico y tarifaba sus servicios entre los de otros profesionales como el veterinario y arquitecto. El Derecho Romano hizo lo mismo.

En el siglo V en el Imperio Romano de Oriente, Honorio y Teodosio crearon el Protomedicato y equipararon la dignidad de los médicos a la de los Duques, Condes y Vicarios generales del ejército. Las Instituciones de Justiniano (siglo VI D.C.) asimilan la impericia a la culpa. En España el protomedicato se originó en Castilla en el año 1375, las primeras referencias legislativas corresponde a las Leyes del Toro, según los cuales ejercían unidos a los documentos que les otorgaba la Cancillería Real. Pero fueron los reyes católicos, Fernando e Isabel, quienes se dieron a la tarea de organizar las disposiciones dispersas y darle organicidad al Tribunal de Protomedicato mediante la Ley del 30 de Marzo de 1477, la cual dispone entre otras cosas;

> Mandamos y damos autoridad y licencia a los dichos nuestros Alcaldes y Examinadores Mayores para que conozcan de los crímenes y excesos, de los tales físicos y cirujanos, y ensalmadores y especieros y las otras cualesquier personas que en todo o en parte usaren oficio, a estos oficios anexos y conexos, e hicieren en ellos para que puedan hacer justicia, en personas, y bien por los tales crímenes y delitos, que en tales oficios y en cada uno de ellos cometieron.

Este precepto condenaba la mala praxis, sin embargo el protomedicato fue suprimido en España por la Constitución de Cádiz (1812).

En cuanto a la responsabilidad profesional, está se revestía de carácter

individualista; pues individualista era el ejercicio de la profesión y doloso o culposo según se tratase del ejercicio sin haber aprobado los exámenes correspondientes y sin haber obtenido las licencias del caso o de los supuestos de lo que hoy se ha dado en llamar la "mala práctica"

Desde Renacimiento hasta el siglo XIX la historia nos proporciona ejemplo de investigadores que, en la soledad de sus gabinetes, hicieron o pretendieron hacer investigación ya sea con cadáveres o seres humanos vivos, y esa actividad reconocida y admirada por la posteridad fue en su momento perseguida o desacreditada. Así se cuenta como para realizar sus estudios sobre la anatomía humana Leonardo Da Vincí robaba cadáveres amparado por las sombras de la noche.

En 1934 se reunió en Mónaco una comisión médico – jurídica "Proyecto de Mónaco" con el objeto de impulsar un cuerpo de leyes de carácter internacional que reglamentase los principios fundamentales de la moral médica y salvaguardase las prerrogativas del ejercicio profesional durante las guerras. Por inspiración a estas ideas varios gobiernos instalaron cátedra de ética médica por medio de la Academia Nacional de Medicina y por La Academia Real de la Medicina y exhortaron a la OMS a promover la creación de tales cátedras en los países miembros.

Hacia el fin de la segunda guerra mundial en el marco de Nünrberg, tribunales norteamericanos juzgaron en Alemania algunos casos de médicos que habían realizado actividades de investigación contrarias a los derechos humanos y de donde emana el Código de Nünrberg, plataforma legal de referencia a las organizaciones médicas internacionales que posteriormente han elaborado declaraciones y directrices con el objeto de proteger el individuo objeto de estudio o de experimentación. Una de las principales declaraciones es la de Helsinki en 1964, con posterior enmienda en Tokio (1975) y en Venecia (1983), en ella se

recomienda la creación de comités consultivos nacionales interdisciplinarios para "estudiar la investigación desde el doble punto de vista científico y ético".

La declaración de Helsinki consagra, asimismo, el derecho del médico a utilizar cualquier medida terapéutica en el tratamiento de una persona enferma "si a su juicio ofrece la esperanza de salvar vidas, restablecer la salud o aliviar un síntoma". Estas declaraciones y recomendaciones de las organizaciones internacionales vinculadas con la salud no constituyen normas jurídicas; son expresiones de lo que resulta más deseable para la ética profesional. Una vez acogidas por el orden jurídico nacional de cada gobierno, adquieren fuerza de Ley.

La Constitución Bolivariana de Venezuela (CRBV) (1999)

La Constitución Bolivariana de Venezuela (CRBV) (1999) en su artículo 84 consagra:

> 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 dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos son propiedad del Estado y no podían ser privatizados.

> El artículo 84 de la CRBV sostiene: "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…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 178: "Son de la competencia del municipio…numeral 3: Protección del ambiente y cooperación con el saneamiento ambiental…numeral 4: Salubridad y Atención Primaria en Salud. Artículo 184: "La ley

> creará mecanismos abiertos y flexibles para que los Estados y Municipios descentralicen y transfieran a las comunidades y grupos vecinales organizados los servicios que estos gestionen previa demostración de su capacidad para prestarlos, promoviendo: Numeral 1: La transferencia de servicios en materia de salud…"

Ley del Estatuto de la Función Pública

Del mismo modo la Ley del Estatuto de la Función Pública, establece en el artículo siguiente:

> Disposiciones Generales: Los Servicios Autónomos sin Personalidad Jurídica y demás Entes Descentralizados, deberán elaborar, coordinar y dirigir los proyectos para atender las prioridades del Sistema Público Nacional de Salud, atendiendo las competencias de cada uno de ellos y bajo lineamientos emanados por el Ministerio.

Ley Orgánica de la Administración Financiera del Sector Público (LOAFSP)

La Ley Orgánica de la Administración Financiera del Sector Público (LOAFSP), establece en el artículo siguiente: Artículo Nº 10: "Los presupuestos públicos expresan los planes nacionales, regionales y locales, elaborados dentro de las líneas generales del plan de desarrollo económico y social de la nación".

Igualmente, su Reglamento Nº 1, establece lo siguiente: Artículo Nº 7**:** "Los presupuestos de los órganos y entes sujetos a la Ley Orgánica de la Administración Financiera del Sector Publico se vincularán a los planes nacionales, regionales, estadales y municipales, elaborados en el marco de las líneas generales".

Lineamientos Ministeriales:

El MPPS, desarrollará sus Proyectos bajo las orientaciones contenidas en la Línea de acción A su vez la estrategia "Profundizar la Atención Integral en Salud de forma Universal, está enmarcada en las siguientes políticas:

En el Proceso de Reversión de la Descentralización Hospitalaria se fundamentan las acciones para la creación de redes, de acuerdo a la concepción epidemiológica de cada región de acuerdo a su frecuencia, pero además para darle respuesta inmediata, oportuna y eficiente a las primeras causas de muerte en el país como son los diferentes tipos de violencias (tránsito, delictiva, intrafamiliar, entre otras), cardiopatías, cáncer y enfermedades crónicas aunado a la atención materno infantil. En el mismo orden de ideas se agruparían hospitales que ya existen y se adscribirían a la Red Hospitalaria que están programados por construir. Esto permitirá crear las redes por áreas de atención o especialización y avanzar hacia el Sistema Público Nacional de Salud que es el objetivo final.

Bases Legales del Programa de Control de Cáncer

La División de Oncología, como parte del proceso de reestructuración del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, surge de la Dirección de Oncología, creada mediante el Decreto Nro. 1448 de la Presidencia de la República el 02 de marzo de 1976, como una dependencia del MSAS para actuar como ente rector en el ámbito Nacional en la lucha contra el cáncer y se centra en la planificación, organización, coordinación, análisis y control de todas las actividades relativas a la promoción, prevención y restitución de la salud en el área de la oncología. Dentro de su normatización se encuentran: (a) Medidas de informativas y educativas en relación a la creación de hábitos de vida saludables haciendo hincapié en aquellos que son factores de riesgo como los alimenticios (B) Personal altamente

capacitado para la ejecutar medidas de promoción , prevención y tratamiento oportuno. (c) Captar población de alto riesgo. (d) Utilizar las medidas de diagnostico precoz y seguimiento adecuado según el tipo de pacientes. (e) Vigilar que funcione el Registro de Cáncer

.La Ley del Ejercicio de la Medicina.

La Ley del Ejercicio de la Medicina, como lo expresa el artículo 118: "Las sanciones disciplinarias y las administrativas se aplicaran sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal a que haga lugar como consecuencia de acción, admisión, impericia, imprudencia o negligencia en el ejercicio profesional".

Aspectos Médico – Legales

El acto médico implica responsabilidad de tipo disciplinaria contempladas en la Ley de Ejercicio de la Medicina (Art. 118) y en el Código de Deontología Médica (Art. 216).

Código de Deontología Médica (Art. 51): El médico en su actuación personal deberá conducirse con la mayor dignidad y tolerancia para con el enfermo y sus familiares, siempre que su actitud no redunde en perjuicio de la misión especial que ha sido confiada.

De los Derechos y Deberes de los Enfermos:

Código de Deontología Médica (Art. 69): El enfermo tiene derecho a:

- Elevado grado de competencia profesional y a esperar de los mismos una conducta moral irreprochable.

- Ser informado de la naturaleza de su padecimiento, de los riesgos inherentes a

la aplicación de los procedimientos diagnósticos y a conocer las posibles opciones.

- Recibir la información necesaria para dar un consentimiento válido (libre),

- Que se respete su intimidad.

- Que se respeten sus confidencias

- Exigir honorarios justos

- Rehusar determinadas indicaciones diagnósticas o terapéuticas siempre que se trate de un adulto mentalmente competente.

- Rechazar su participación en procedimientos de investigación

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

La presente investigación es de campo con carácter reflexivo y critico orientada por el modelo de metodología cualitativa, cuyo énfasis es la descripción y el análisis de los problemas que estimulan el entorno empírico actual. La reflexión y discusión criticas forma parte del discurso teórico que busca esclarecer conceptos, temas y categorías con la finalidad de exponer la verdad mediante el dialogo fructífero entre los sujetos o actores sociales.

Carlos Marx (citado por Silva L, 1998), señalo que los filósofos burgueses se empeñaban en interpretar el mundo cuando de lo que se trataba era de transformarlo. Esto no era un rechazo a la reflexión critica interpretativa, sino a ciertas interpretaciones de la realidad social que pasaban por alto las relaciones sociales de producción que predominaban (predominan) en determinadas formaciones sociales. Tales interpretaciones fueron llamas ideologías. Al contrario, aquellas interpretaciones que toman en cuenta las estructuras económicas de producción, así como las superestructuras jurídicas y políticas para describirlas y analizarlas a través de métodos adecuados no especulativos se convierten en proposiciones verdaderas capaces de ser verificadas por la praxis. Ludovico Silva (1996), hace un profundo análisis de las ventajas que obtienen las clases dominantes al mantener intactos los cimientos de las sociedades capitalistas valiéndose, precisamente de la ideología burguesa (Silva Ludovico. La plusvalía ideológica). De modo, pues que la reflexión critica se convierte en

instrumento de la razón humana para reconstruir las ideas y, sobre todo, para adelantar conjeturas que se dirijan a corregir los riesgos y problemas del mundo circundante.

Diseño de la Investigación

Enfoque Cualitativo

Este enfoque o paradigma cualitativo representa las tendencias interpretativas, fenomenológicas, hermenéutica, naturalista, etnográfica que figura en la investigación social y educativa desde la década de los años setenta. Bourdieu, P. y otros (1987).

Soporte filosófico del enfoque cualitativo en la investigación. Los enunciados filosóficos sobre los cuales se apoya este enfoque obliga a establecer conexión con los filósofos Nietzsche, Heidegger y Husserl. Para Nietzsche, (citados por Cerroni, 1979), el hombre moderno es totalmente apariencia lo que representa no es visible y se oculta tras la representación. Heidegger Resalta el aspecto hermenéutico del conocimiento y sostiene que el ser humano es un ser interpretativo. Para él, la interpretación es el modo natural de los seres humanos, y no el instrumento , para adquirir conocimientos.

Por su parte, Husserl afirma que las formas de ser que tienen, esencialmente, sus modos de darse también tienen sus modos, en cuanto al método, de conocerlas. Desde la perspectivas del enfoque cualitativo es inaceptable desligar pensamiento y realidad, además, se tiene la convicción sobre una realidad modelada y construida por los pensamientos, en esta realidad se investiga, porque se forma parte de esa realidad.

Por otro lado para Chávez. J (s/f), el enfoque cualitativo, llamado por muchos autores, humanístico - interpretativo, crítico y naturalista se sustenta también en el idealismo subjetivo, en el humanismo neo - kantiano, en sus diferentes posiciones y escuelas.

Igualmente para Castaño O. (1997). El estilo cualitativo se fundamenta en el paradigma hermenéutico; interesa comprender la conducta humana desde el propio marco de referencia de quién actúa. Este estilo es riguroso, subjetivo, con valores explícitos, fundamentado en la realidad y orientado a los descubrimientos y al estudio del proceso. Se realiza una observación naturalista y sin control estricto. Considera el contexto asumiendo una realidad dinámica; En ese mismo orden de ideas Castaño hace referencia que es una investigación orientada a decisiones donde lo que interesa es, más que contribuir a la teoría científica es solucionar problemas concretos. Es descriptiva pues no se manipula ninguna variable. Se limita a observar y describir los fenómenos, en este caso de carácter social, tal cual aparecen en la actualidad. Está en el primer nivel del conocimiento científico siendo la observación el elemento básico pudiéndose utilizar varias técnicas como la observación sistemática o, la observación participante. Es de campo pues se busca conseguir una situación lo más real posible.

Coincidiendo con Arias (1997) y Kerlinger (1994), con relación al tema para quien los estudios de campo son Investigaciones Científicas No Experimentales dirigidas a descubrir las relaciones e interrelaciones entre variables sociológicas, psicológicas y educativas en estructuras sociales reales, no importando el tamaño del estudio siempre y cuando se trate de comprobar sistemáticamente las hipótesis formuladas y se lleven a cabo en situaciones de la vida, comunitaria, escuelas, fábricas, organizaciones e instituciones; Dándole a la investigación bases sólidas en cuanto a realismo, significancia, orientación de las teorías y calidad heurística.

Se realiza esta investigación bajo el paradigma crítico, según lo dicho por Castaños O (1997), el cual se fundamenta en el supuesto de que la investigación no es neutral, puesto que es falsa la pretendida neutralidad de la ciencia es preferible introducir la ideología de manera explícita. Algunas características de este paradigma son las siguientes:

- ✓ La investigación parte de una crítica al status quo y se orienta a la construcción de una sociedad más justa.
- ✓ Se basa en la teoría crítica de Habermas. Se dirige a liberar al hombre y lograr una mejor distribución del poder y de los recursos de la sociedad.
- ✓ No existe diferencia entre teoría y praxis
- ✓ Presenta muchas similitudes con el paradigma interpretativo.

Este es el sentido donde se desarrollan los distintos aspectos de la presente investigación en relación al tipo de diseño de investigación, en completa concordancia con los objetivos propuestos. Siendo este estudio el que más se ajusta a los requerimientos investigativos del autor.

Criterios Metodológicos

Consideraciones Generales.

Según Hurtado (1998), "El análisis es un proceso reflexivo, lógico y cognitivo que implica abstraer pautas de relación interna de un evento, situación, fenómeno, etc. Su objetivo analizar un evento, situación y comprenderlo en términos de sus aspectos menos evidentes". Por su parte, Bunge (1981), acota que el análisis trata los elementos que componen la totalidad y las conexiones que

explican su integración. Es así pues, que el análisis implica detectar las características que contribuyen a que la situación en estudio sea lo que es.

En el análisis de una situación social se identifican ciertos patrones de relación no explícitos en dicha situación. Hurtado (1998), considera que es posible hacer investigaciones analíticas situacionales cubriendo el estudio descriptivo. Como se señaló anteriormente, la presente es una investigación de campo con carácter reflexivo y crítico.

Definición de Situación

El Programa de Nacional de Cáncer tiene como subprograma el Programa de Control de Cáncer Gástrico. En el Estado Yaracuy no se ejecuta a pesar que fueron dadas las instrucciones al equipo de salud para su implementación en mayo del 2006, un año después no se avizoran acciones para la ejecución de dicho programa a pesar de estar expuesta la necesidad del programa tanto a nivel regional como Nacional.

Justificación del Análisis

En el análisis se descompone un objeto (todo) en sus partes y relaciones; mediante la síntesis procedimiento también mental que complementa al análisis se logra la integración del objeto en sus partes y se descubre las relaciones entre ellas. De esta manera, existe un nuevo nivel de conocimiento más profundo y abarcador. Castaños O (1997).

Es así como en la situación planteada por esta investigación se necesita identificar la (s) causa (s) del por que no existe en el Estado El Programa de Control de Cáncer Gástrico, considerando el contexto social y político del país en el momento actual. Además puede decirse que el análisis como técnica es utilizado en todos los niveles de la investigación.

Justificación de Necesidades.

Según el anuario epidemiológico del MPPPS para el 2004 el cáncer de las vías digestivas se ubica a nivel nacional como la primera causa de muerte en personas entre los 45 y 64 años con un número de casos de 1606 reportados para ambos sexos, con una proporción similar de 7,71% para hombres y 7,51% para las mujeres. Cifras para el año 2005 se ubica en el tercer lugar al CG dentro de las 10 causas de mortalidad por cáncer. Como puede observarse el Estado Yaracuy no escapa de esta realidad al ser uno de los Estados con mayor mortalidad por CG y con la finalidad de ver la magnitud del problema, atribuida según el autor a la no aplicación del Programa de Control de Cáncer Gástrico en el Estado se mostrará algunas cifras.

Para el año 2005 dadas por la Coordinación de Estadísticas Vitales del Estado Yaracuy, reportó 415 muertes por patologías tumorales malignas, dentro de las cuales 57 (14,73%) fueron debidas a cáncer gástrico e igualmente con mayor incidencia entre las personas mayores de 45 años. Para el año 2006 y, según la misma fuente, de un total de 2316 muertes por todas las causas, 329 (14%) se debieron a muertes por cáncer y 84 (25%) corresponden a vías digestivas y de éstas, 46 muertes son de cáncer gástrico, se puede plantear que cada 6 días muere una persona de cáncer de estómago, por lo que se torna significativo el índice de mortalidad.

Cuadro 1. Las cinco primeras causas de muerte diagnosticada, especificada por grupos de edades comprendidas entre 5 y 64 años, en ambos sexos. Venezuela 2004.

Causas de muerte	Mortalidad Diagnosticada	porcentajes
1- Cáncer.	6.051	24,02%
2- Enfermedades del corazón	6.015	23,88%
3- Diabetes.	2.299	9,13%
4- Enfermedades Cerebro vasculares.	1.909	7,58%
5- Accidentes de Todo Tipo	.503	5,97%
Mortalidad general por todas las causas	117.227	

Fuente: anuario de mortalidad 2004. MSDS

Como se demuestra en el cuadro las patologías del tipo tumorales malignas ocupan la segunda causa de muerte en el territorio Nacional. Con el 24% de la mortalidad general.

Cuadro 2.- Las cinco primeras causas de muerte diagnosticada según residencia del fallecido. Yaracuy, 2004

Causas de muerte	Mortalidad Diagnosticada	Porcentajes
1.- Enfermedades del corazón	5 38	20,99%
2.- Cáncer.	3 96	15,45%
Tumores malignos de los órganos digestivos	1 31	5,11%
3.- Suicidios y Homicidios	2 25	8,77%
4.- Accidentes de Todo Tipo	2 22	8,65%
5.- Enfermedades Cerebro vasculares	1 76	6,87%
Mortalidad general por todas las causas	2.566	

Fuente: Anuario de mortalidad 2004. MSDS

Como se puede observar como el cáncer sigue ocupando la segunda causa de muerte a nivel del estado Yaracuy. Dentro de los cuales los tumores digestivos siguen ocupando el primer lugar.

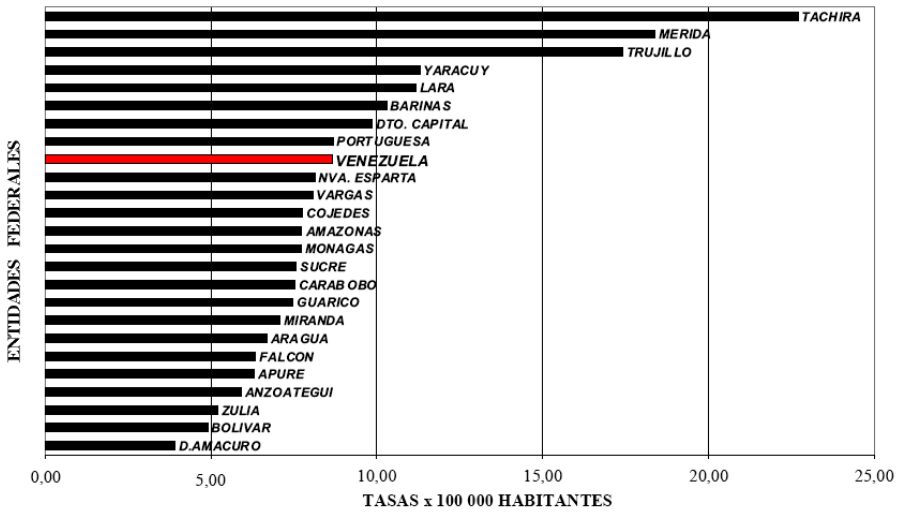
Cuadro 3.- Tasa de mortalidad general por cáncer diagnosticadas según residencia del fallecido. Yaracuy, 2004

Causas de muerte	Mortalidad Diagnosticada	Porcentajes
Cáncer.	329	14%
Tumores malignos de los órganos digestivos	84	3.62%
Mortalidad general por todas las causas	2316	

Fuente: La Dirección de Estadísticas Vitales del Estado Yaracuy

Como se puede apreciar las cifras que se muestra en el cuadro 2 (2004), dadas por el anuario epidemiológico del MPPPS y las correspondientes al cuadro 3 (2006) cifras dadas por la Dirección de Estadísticas Vitales del Estado Yaracuy son completamente incongruentes pues no hay razón por la cual las cifras de cáncer por en órganos digestivos haya descendido de 6,11 a 3,62%. La Lógica conduce a que existe un subregistro, pues no se ha realizado ninguna intervención ni de promoción, prevención ni de tratamiento de ningún tipo.

Grafico 1.- Tasa de incidencia quinquenal 2001 – 2005, de CG por entidades Federales de Venezuela (2006)



Fuente: Capote (2006) Aspectos epidemiológicos de CG en Venezuela. Rev Venezolana de Oncología 2006;18(4):269-281.

Se deja ver como el Estado Yaracuy se ubica por encima de la tasa de incidencia quinquenal de Venezuela, superado por los Andinos donde es bien conocida la alta incidencia de CG. Lo cual pone de manifiesto la necesidad de implementar medidas encaminadas a lograr un efectivo registro del cáncer en el Estado Yaracuy y de promoción y prevención de la patología objeto de estudio.

Criterios de Análisis

Amplitud: Todo el Programa de Control de Cáncer Gástrico

Perspectiva temporal: El Presente

Contexto o fuentes de donde obtiene la información: Fuentes vivas y documentales.

Unidad de Estudio: Programa de Control de Cáncer Gástrico

Situación Planteada: El Programa de Control de Cáncer Gástrico no se ejecuta en el Estado Yaracuy.

Análisis de la situación: el tipo de análisis es Transeccional de Campo. De acuerdo a Hurtado (1998), corresponde al criterio de la fuente, intenta a partir del diagnostico o descripción previa analizar los elementos que intervienen en una situación determinada y los datos obtenidos a partir de los hechos o consecuencias para el momento de la investigación.

Según Rossi, et al (1999), un programa debe responder a las siguientes interrogantes:

1.- ¿Hay la necesidad del Programa de Control de Cáncer Gástrico?

Según las cifras dadas por los organismos competentes y establecido como lo esta por el MPPPS es de hecho una necesidad sentida la implementación del Programa de Control de Cáncer Gástrico en el Estado Yaracuy.

2.- ¿Cuáles son las condiciones sociales y de salud y a quien que debe dirigirse el programa?

De acuerdo a lo dicho por E. Medina (2001), en relación a las condiciones sociales debe ser dirigido a toda población en riesgo, pero, sobre todo, a aquella de por escasos recursos y bajo nivel educativo, con malos hábitos alimenticios y, donde prevalece una alta ingesta de productos preservados, alcohol, tabaco, sal y, bajo consumo de frutas y vegetales.

Debe ser dirigido a una población que desconoce los factores de riesgo de sufrir la enfermedad, donde no existe una cultura de prevención y promoción para esta patología, donde a pesar de existir la tecnología para el diagnóstico por endoscopia no se realiza en la forma adecuada, pues, se esta carente de especialistas en gastroenterología que puedan tomar decisiones precisas en el tratamiento oportuno, igualmente en los ámbitos del diagnóstico presuntivo, endoscópico, anatomopatológico; de tratamiento clínico, o quirúrgico, paliativo o no, de quimio o radioterapia, con apoyo psicológico al paciente y a su entorno.

3.- ¿Está el programa debidamente diseñado?

El programa diseñado funciona con muy buenos resultados, sobre todo, en el Estado Táchira, como todo programa debe ser ajustado a las características de la región donde se vaya a poner en marcha.

4.- ¿Se está implementando el programa adecuadamente?

De hecho no se esta implementando en el estado Yaracuy.

5.- ¿Realmente tiene el programa los resultados esperados?

Lamentablemente el impacto no puede ser medido en un Estado donde no se ha podido implementar.

6.- ¿Hay efectos colaterales no esperados?

Los efectos colaterales en este caso se derivan de la no aplicación del programa, a saber:

- ✓ Se mantiene la desinformación en relación a la existencia de un Programa de Control de Cáncer Gástrico en el país, y de los beneficios que este pueda brindar a los pacientes a nivel del Estado Yaracuy.
- ✓ Un incremento en la tasa de morbimortalidad por CG
- ✓ Un subregistro consecuencia de una pesquisa ineficiente
- ✓ La población en riesgo no recibe ningún beneficio que derive de la ejecución del Programa en relación a aquella población donde si se implementa.

7.- ¿Cuál es el costo del programa? ¿Es sostenible el programa?

Para objeto del estudio, los costos operativos del programa son presupuestados por el Estado desde el mismo día en el cual fue creado mediante el Decreto Nro. 1448 de la Presidencia de la República el 02 de marzo de 1976, como una dependencia del MSAS. y se centra en la planificación, organización, coordinación, análisis y control de todas las actividades relativas a la promoción, prevención y restitución de la salud en el área de la oncología. Al respecto se señala que:

> "La División de Oncología, ha asumido la reevaluación de sus componentes programáticos, dentro del marco del proceso de reforma y en función de los criterios de prioridad señalado por el conocimiento epidemiológico y la disponibilidad de medidas especificas y efectivas de control para alguna de las localizaciones de cáncer, así como la potencialidad de recursos, que hagan viable su

> aplicación organizada y masiva (anexo de cuadro de selección de prioridades). En tal sentido se han establecido cinco sub-programas y un sistema de información epidemiológico (Registro de Cáncer)".

Vale la pena entonces preguntar. ¿Por qué este subprograma de Salud, respaldado por el MPPPS y por el Gobierno Nacional no se esté llevando a cabo en el Estado Yaracuy. Responder a ésta pregunta es el objeto de la presente investigación.

Matriz de Análisis de los Objetivos.

Primer Objetivo Específico	**Estrategia Metodológica**	**Requisito de desempeño**	**Método**	**Técnica**
Identificar cada factor y las causas determinantes que genera la no eje-cución del Programa de Control de Cáncer Gás-trico en el Estado Yara-cuy.	Presentación de un abanico de posibles causas. Entre ellas las de orden político, económico e ideoló-gico	Identificación de las causas determinantes	Cualitativo	El Análisis

Segundo Objetivo Específico	Estrategia Metodológica	Requisito de desempeño	Método	Técnica
Establecer las conse-cuencias derivadas de cada uno de estos determinantes en la no ejecución del Programa de Control de Cáncer Gástrico en el Estado Yaracuy.	Enumeración de las consecuencias de cada causa determinante. 1.- Inexistencia de políticas públicas y de salud. Consecuencia: No se fomenta la aplicabili-dad y funcionabilidad del programa. 2.- Ausencia de un organigrama funcional. Consecuencia: No existe quien lo ejecute ni en quien delegar funciones. 3.- La falta de recursos humanos. Consecuencia: No se realizan pesquisas, ni actividades de promo-ción y prevención, así como de tratamiento medico o quirúrgico. 4.- Ausencia infraes-tructura y de equipos. Consecuencia: Inoperancia de programa y no genera impacto	Relaciones causa consecuencias	Cualitativo	El Análisis

Tercer Objetivo Específico	Estrategia Metodológica	Requisito de desempeño	Método	Técnica
Reflexionar críticamente sobre la no ejecución del Programa de Control de Cáncer Gástrico en el Estado Yaracuy, para la toma de decisiones capaces de reorientar las políticas de salud en el caso objeto de estudio.	Redacción de párrafos donde se evidencie la reflexión crítica y sugerir orientaciones para la toma de decisiones.	Redacción clara y coherente de la reflexión	Cualitativo	El Análisis

Fuente: Guía práctica para la planeación en las organizaciones de Roger Kufman y Bruce Stone

La matriz de análisis del objetivo N° 1 indica el procedimiento analítico aplicado para identificar las causas determinantes que impide la ejecución del Programa de Control de Cáncer Gástrico en el Estado Yaracuy. Este análisis se centra en la práctica política de buscar la transformación de la sociedad o la modificación de las estructuras sociales. Entre las posibles causas se encuentra de tipo político, económica e ideológica. Dijo Marx que todo lo que acontece en el mundo material histórico se reproduce fielmente en la ideología de los hombres. (Citado por Silva L. La Plusvalía Ideológica, Pág. 22).

Las causas de orden político son entre otras, las siguientes:

Inexistencia de políticas públicas y de salud que fomenten la aplicabilidad y funcionabilidad del Programa de Control de Cáncer Gástrico en el Estado Yaracuy.

La descentralización y transferencia de competencias a las entidades federales.

Deficiente incorporación de la sociedad a formar parte activa en cuanto a la

formulación y ejecución de las políticas de salud.

Estas causas hacen referencia al ejercicio del poder como irracional, cuando este ejercicio se anula la capacidad de los ciudadanos respecto a los medios para beneficiarse de las políticas públicas (Alzurú A, 1994)

Las causas de orden económicas son entre otras las siguientes:

Existe una importante inversión en los servicios de salud, estructura, equipos y medicamentos y se descuida la inversión de recursos al personal de salud con sueldos que no cubren las expectativas de calidad de vida y seguridad social.

A lo anterior se une la ineficiencia administrativa que ha sido señalada en numerosos estudios, como el realizado por la Organización Panamericana de la Salud en donde dice:

> "es un sector disperso, heterogéneo e ineficiente, un sector altamente concentrado administrativamente, con un proceso de deterioro institucional [...] y procesos administrativos y de gestión excesivamente lentos. No posee capacidad gerencial desarrollada, es insuficiente para enfrentar los problemas de suministro en forma planificada. Se nota en particular la carencia de sistemas de supervisión, evaluación y de un control gerencial debidamente estructurado para neutralizar los mecanismos de presión de los proveedores y el de los usuarios" (OPS 1991:97-117)

Las causas de tipo ideológico son entre otras causas, las siguientes:

Para Michael Lebowitz. (Junio, 2006). Donde Marx enfatizó que la sociedad socialista que nace del capitalismo está, de manera indefectible, "económicamente, moralmente e intelectualmente marcado por la vieja

sociedad.”Es pues irracional no pensar en los malos procesos administrativos dentro de nuestro ente ejecutor. Se refiere a la manera de ejercer el poder sin ninguna teoría organizativa o revolucionaria que oriente tal ejercicio sino que priva la evasión de responsabilidades. Esto último puede asimilarse a la trágica conclusión según la cual el ejercicio del poder se procura beneficios y es un oficio para enriquecerse (Piernne, J Las grandes corrientes de la Historia Universal, 1972)

Deslastrarse de toda la corrupción que arrastra el capitalismo tomara décadas y se tendrá que gestar una nueva generación de ciudadanos con alto sentido, social humanista y crítico.

La matriz de análisis del objetivo N° 2, señala las relaciones existentes entre causas y consecuencias. Las causas son las que ya se han identificado como determinantes, o sea, las que impiden la ejecución del Programa de Control de Cáncer Gástrico en el Estado Yaracuy. En la matriz se puede observar que las consecuencias se refieren a la ausencia o fragilidad que se tiene en la defensa de los intereses de la colectividad.

La matriz de análisis del objetivo N° 3, Pone de manifiesto la reflexión crítica, en estas se argumenta que las instituciones del poder público, gracias a su estructura jerárquica y partidista es un escenario en el cual se diseñan estrategias con el objetivo de mantener el entramado burocrático que no permite la fluidez de los actuales lineamientos en materia político asistencial

Reflexión Crítica General

En la salud, que no se puede actuar a ciegas en un país que fue sometido a un proceso de esquilmación y transculturización, cuyos instrumentos no solo son la prensa y televisión, sino las organizaciones políticas, sindicales y educativas, entre otras. Ninguna investigación de tipo social puede hacerse asépticamente, sino que es elaborada por actores inmersos en una concepción particular del desarrollo de la sociedad

Venezuela es una formación social donde subsisten modos de producción precapitalistas y capitalistas caracterizados por una relación de dependencia; Un análisis que pase por alto este aspecto y niegue la intromisión de factores neocolonizadores en todos los niveles de la vida pública Nacional es un análisis que cae en la categoría de aparatos ideológicos que falsean intencionalmente la realidad.

Para finalizar se puede adelantar que la concepción estrecha de lo social se reemplaza por una dialéctica histórica que determina el papel de la teoría y la práctica en el discurso de la sociedad venezolana (Núñez T. Introducción a la ciencia, 1974).

CAPITULO IV

EL ANÁLISIS

La investigación plantea entre sus objetivos identificar cada factor y las causas determinantes que generan la no ejecución del programa de CG en el Estado Yaracuy.

El primer factor se refiere a la inexistencia de políticas públicas y de salud que fomenten la aplicabilidad y funcionabilidad del programa. Y según Granados (s/f), se pueden ubicar las responsabilidades de la no ejecución del programa en las diferentes dimensiones de las políticas de salud: en el ámbito geográfico Nacional: al no cumplir metas nacionales, políticas y normas de salud propuestas. En el ámbito subnacionales: donde no hay adecuación de las realidades locales. En el ámbito de la responsabilidad sectorial; Direcciones Regionales de Salud, RRHH y de los Estados descentralizados como el Yaracuy, el Ejecutivo regional pues es allí donde llegan y se asignan los recursos. Estas ausencias se puede atribuir a la formalidad que caracteriza a la democracia representativa, en la cual se establecen normas, responsabilidades y deberes que no se concretan nunca como servicios a la colectividad, pues, la atención de tipo privado se debilita y el capitalismo que subyace en aquella formalidad lo prohíbe y este planteamiento explicaría que existiendo políticas públicas y de salud encaminadas a cerrar las brechas sociales de cuarenta años de abandono y, el cual se encontraba en estado de descomposición, todos los primeros esfuerzos para el rescate de este sistema no tuvieron el éxito requerido. Por ello, es necesario abordar la construcción del nuevo Sistema Nacional de Salud desde sus mismas bases con criterios de gestión a la vanguardia del siglo XXI.

Sin embargo, y a pesar de todo el esfuerzo del Gobierno Nacional en crear las redes de oncología y la creación de Centro de Alta Tecnología, los convenios sobre medicamentos antineoplásicos, a favor de que los diferentes programas de salud se muestren operativos, del Programa de Control de Cáncer Gástrico, no ha mostrado el impacto esperado. En el zonal realizado en el Estado Lara en mayo del 2006 donde fue dado al equipo de salud del Estado Yaracuy las instrucciones del ejecútese al programa, su ausencia en el tapete regional hasta los actuales momentos se puede atribuir como uno de los factores a esta formalidad, burocratismo y falta de gestión.

Se podría decir que existe una cadena de circunstancias que no dejan que los "nuevos" programas se implementen ni que los viejos superen las metas; Hechos como la crisis ministerial que vive el sistema de salud cuando se tiene un promedio de un Ministro de Salud anual y a nivel del Estado un Presidente de Prosalud cada seis meses, cada cambio genera en el Sistema de Salud: (a) Retraso en la ejecución de los proyectos de cada uno de los componentes y temor al ejecutarlos, (b) ajustes de presupuestos, (c) búsqueda y estudios de nuevos indicadores, (d) abultamiento de las nóminas, (e) un nuevo organigrama estructural y funcional, (f) sin contar la carga emocional que se genera con la inestabilidad laboral; estos por señalar algunos.

Pero no todo queda allí, la asignación de recursos a los Estados simula ser invariable, son los mismos que se presupuestan año tras año, y en los centros de salud los gerentes ignoran cuanto es lo asignado. Cuando los recursos llegan a la región estos son otorgados según la consideración del ejecutivo y no de las necesidades en este caso las de salud. ¿Existe una razón para que el Ejecutivo en el Estado Yaracuy se muestre indiferente ante los Programas de Salud en el Estado? ¿Es entonces necesaria La Recentralización? ¿Hay que decirles como se administra la Salud?

Este pensamiento está en completa concordancia con la disertación publicada por el Dr. Pedro Alcalá Afanador, (publicado en www.aporrea.org, 30 de abril, 2007), el cual dice;

> Cual es el análisis que ha realizado el Ministro del Poder Popular para la Salud, sus Viceministros, Directores Generales y Asesores, en cuanto a la rectoría del ministerio sobre el proceso de descentralización, evaluación y evolución de los indicadores de morbimortalidad entre estados descentralizados y estados centralizados, indicadores de gestión de los servicios médicos en cuanto a capacidad resolutiva, calidad de los servicios prestados, accesibilidad a éstos, indicadores de gestión administrativa y financiera entre estados descentralizados y estados centralizados, en una palabra, eso que ahora llaman "gobernabilidad" del sistema, sobre la descentralización de la salud en la mayoría de los estados del país, luego de 18 años de implantación y desarrollo del proceso político y legal de la descentralización y transferencia de competencias a las entidades federales, en comparación con la minoría de estados donde aún no se ha descentralizado la salud. ¿Cuál de los dos procesos arroja mejores resultados en cuanto a la efectividad para garantizar el derecho a la salud?, ¿Inventamos o erramos?, ¿Cuál ha sido el impacto en la rectoría y en la descentralización en salud como consecuencia de los cambios ministeriales desde 1.999 al 2.007?.....Como sostenía el Marqués de Santillana: "Quienes no conocen la historia están condenados a repetirla".

El segundo factor es la ausencia de un organigrama funcional que trae como consecuencia el hecho de que nadie asuma la responsabilidad de ejecutar dicho programa en el Estado. Ahora bien, se puede preguntar ¿a quién se le puede atribuir la responsabilidad de asumir el programa? Existe un proceso organizativo pero no se concretan las acciones ni las responsabilidades. La culpabilidad de la asunción del mismo caería bajo la tutela de Prosalud; Es así

como la Ley del Estatuto de la Función Pública, establece Artículo Nº 14:

> "Los Servicios Autónomos sin Personalidad Jurídica y demás Entes Descentralizados, deberán elaborar, coordinar y dirigir los proyectos para atender las prioridades del Sistema Público Nacional de Salud, atendiendo las competencias de cada uno de ellos y bajo lineamientos emanados por el Ministerio."

Todas estas acciones son incumplidas y aluden la falta en la asignación de presupuesto para los gastos que se derivan de la atención médico asistencial. Cabe destacar que el análisis permite interpretar que el ciudadano se encuentra al margen de los procesos de decisión institucional. También se puede resaltar que este tipo de ejercicio del poder socava aquella vinculación entre ética y política que se origino a partir de la filosofía griega (Alzurú A, Racionalidad Política y Legitimidad del Estado, 1994)

Sin embargo en el orden administrativo, presupuestario y de financiamiento, este Instituto es uno más de los afectados por la descentralización por lo tanto la brújula conduce nuevamente al Ejecutivo Regional responsable de recibir y gestionar los recursos para la ejecución de los programas de salud en el Estado.

El siguiente factor se refiere a la falta de recursos humanos que lleven a cabo la realización del programa. Para este análisis se debe hacer referencia como La Dirección de Investigación y Educación del MPPPS a través de Observatorio del Talento Humano e Investigación en Salud (OTHIS) (2004) define:

Recurso humano

Se considera a las personas como un "sustituible" engranaje más de la maquinaria de producción, no indispensable para lograr el éxito de una

organización, es decir, lo define como un instrumento, sin tomar en consideración que éste es el capital principal, porque posee habilidades y características que le dan vida, movimiento y acción a toda organización.

Talento Humano.

Personas valoradas como el capital más importante, que además de esfuerzo o actividad humana, tienen conocimientos, experiencias, motivación, intereses vocación, aptitudes, actitudes, habilidades, potencialidades y salud, entre otros valores.

La pérdida del capital económico o de equipamiento tiene como posible solución su cobertura por medio de una prima de seguros o nueva adquisición, pero en la fuga de personas toma años reclutar, capacitar y desarrollar personal para conformar otro grupo de trabajo efectivo.

En el sistema de salud se considera Talento Humano a todo el personal que desde los servicios de salud interviene en acciones de promoción, educación, información, prevención, investigación, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de una enfermedad en los y las habitantes de un territorio determinado.

Actualmente se puede considerar al personal con alguna formación en salud al médico y a la enfermera con algunas excepciones, el resto se dedica a actividades administrativas, técnicas y de mantenimiento. El perfil educativo del personal (médicos, enfermeros -as- profesionales y auxiliares) es eminentemente biologista, curativo e individual donde relegan a un segundo plano lo preventivo y social, los promotores y luchadores de la salud tienen una capacitación limitada con una, supervisión, actividades de referencia y contrarreferencia casi inexistentes, quienes además dedican tiempo parcial a las actividades de salud por ser un personal voluntario.

El hecho, por ejemplo de dar preferencia en la asignación presupuestaria a los centros de atención curativa, a los centros urbanos y son áreas de mayor consumo de presupuesto donde el 80% de los asignado a la salud se consume en la nómina del personal, quedando muy poco para los gastos operativos y de funcionamiento de los programas lo cual acentúa la brecha entre las condiciones y la respuesta a la solución de los problemas de la mayoría de la población.

Por otra parte la fuga del talento humano, en especial los médicos se deriva al poco incentivo a nivel local pues es bien conocido que siempre ha existido que el profesional de la salud es el más mal pagado en Venezuela. Esto y la perspectiva a nivel de los egresados de las universidades tradicionales en hacerse especialistas en el menor tiempo posible han llevado a que la crisis se acentué tanto a nivel hospitalario como rural. Lo que ha generado un verdadero caos no solo a nivel regional sino también en todo el país, llevando en pensar en el cierre técnico de un hospital como es el caso del Hospital de Nirgua donde no ha cerrado sus puertas porque los Coordinadores Regionales se abocaron a cubrir las guardias junto con el equipo directivo del Hospital como medida paliativa. Es entonces un verdadero milagro esperar que los programas de salud existentes funcionen. Es así como la atención al usuario se ve deprimida ante un equipo de salud desgastado y mal pagado, sobre todo aquellos que dependen de la nómina regional donde muchas veces su pago se ve retrazado.

Sin embargo el Gobierno Nacional ha gestionado políticas con la finalidad de subsanar el déficit de médicos, con la creación del programa de Medicina Integral Comunitaria y de especialistas en Medicina General Integral, el equipo de salud de la Misión Barrio Adentro, los becados con estudios en Cuba. Sin embargo son lentos los resultados y las universidades actuales no terminan de plegarse a solucionar este déficit.

Es necesario formar este talento humano en los estados como lo viene

haciendo la Misión Sucre a nivel de pregrado, y el Instituto de Altos Estudios Dr. "Arnoldo Gabaldon" con los de postgrado en el componente Curricular de Medicina General Integral, y de todo lo referido a los profesionales de la Salud Pública. No sólo a nivel médico sino a todos los niveles de la formación en salud. Solo así se podría solventar el déficit de talento humano en el Estado.

Por otro lado debe ajustarse los salarios y respetarse las contrataciones, no debe ganar más una persona dependiente del ministerio que una del nivel regional, este aspecto se solventará el momento que se logre estructurar el Sistema Público Nacional de Salud, con un solo marco contractual regido por normas de probidad, equidad, igualdad y justicia social.

Adecuar una infraestructura y adquirir equipos para la ejecución eficiente del programa. Las estructuras creadas para Barrio Adentro no son las adecuadas para ejecutar un programa de salud. Actualmente no existe en el estado un espacio desde donde se pueda gestionar el Programa de Control de Cáncer Gástrico pues no es la simple oficina es todo un equipo multidisciplinario trabajando en forma concatenada para brindar un mejor servicio al usuario, no es conveniente una estructura disgregada lo optimo sería una estructura que pudiera contar con todo el equipo para la pesquisa, atención oportuna y tratamiento en forma integral, sin que el paciente vague por un complejo sistema fraccionado de atención.

La autora está convencida de que las alianzas estratégicas constituyen un factor de suma importancia para facilitar todo lo concerniente a la parte operativa del programa. Sin embargo, se puede acotar que no existe la voluntad política de llevar a la concreción o las orientaciones asistenciales a los ciudadanos, en materia de C.G.

En otro orden de ideas, las políticas internas del ente administrador

de salud son tales que consumen presupuestos y distraen la atención de su gerencia en asuntos vinculados a cancelación de deudas, contrataciones existentes sin que se generen soluciones a problemas de viaja data.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

Estos resultados ponen de manifiesto que la ejecución del Programa de Control de Cáncer Gástrico en el Estado Yaracuy, brinda un importante ahorro como lo hace en cualquier país la implementación de los programas de salud destinados como lo son, a realizar prevención y con intervención oportuna tanto diagnostica como de tratamiento, logrando así disminuir la mortalidad y todo el gasto público que genera la muerte o discapacidad de personas en edad productiva. La mejoría en la calidad de vida y en el pronóstico conseguido con este tipo de programas es bien conocida y justifica sobradamente su puesta en práctica. Por otro lado, conduce a importante efectos beneficiosos desde el punto de vista económico que suelen obtenerse por distintos conceptos como lo es un mejor conocimiento sobre la enfermedad y de los factores de riesgo, mejor disposición al cumplimiento del tratamiento, disminución de las complicaciones y una mayor y precoz vuelta al trabajo. Teniendo en cuenta todas las ideas y los criterios reflexivos que se llevaron a cabo a lo largo de esta investigación se puede concluir que la puesta en marcha del Programa de Control de Cáncer Gástrico es una necesidad en el orden de la prevención, promoción y atención que permite ahorrar gastos en tarea de salud y costos sociales.

Se deben fomentar políticas de salud que fortalezcan a las ya existentes y que vayan en beneficio de la ejecución de los programas de salud en especial el Programa de Control de Cáncer Gástrico. Para O. Albornoz (2005), observó con enorme preocupación que los venezolanos no han sido capaces de entrenar un equipo táctico de primera calidad, para manejar las políticas publicas y en vez de

fortalecer lo que se tiene lo están liquidando por falta, probablemente, de ese equipo táctico de alto nivel que advirtiese al gobierno las equivocaciones, de sus políticas en la materia de salud.

Durante el análisis se deja ver que es necesario poner en marcha un programa multidisciplinario hacía la visión de integralidad y humanista, reforzando lo que habitualmente se practica.

La búsqueda de recursos debe estar encaminada a la formación de los especialistas dentro de la región, dentro del mismo hospital ajustando el diseño curricular de las especialidades a las necesidades de la región. Esto no representa un gasto elevado para la Institución si se implementa de una forma organizada, ya que el MPPPS está avalando la formación y acreditación de recursos a todos los niveles en las regiones debido a la crisis de atención en salud por la cual se está pasando. La realización de esta investigación va más allá de simplemente criticar; representa una técnica terapéutica y preventiva que permite ahorrar gastos de salud, gastos sociales e incorporar individuos socialmente aptos a la sociedad; Con una nueva filosofía de vida.

Presentada esta propuesta, parecería irracional no llevarla a cabo conocido y expuesto los beneficios que brinda el Programa de Control de Cáncer Gástrico al número de pacientes con patología neoplásica. La propuesta es aplicar este programa a todo el Estado Yaracuy,

La puesta en marcha de esta programa giraría en torno a la implementación de medidas de prevención y promoción que es su más amplió campo de acción, lo cual hace del proyecto realizable casi en su totalidad, pues la prevención es la medicina más económica, y de más fácil dosificación pero, también la que choca con intereses particulares y mezquinos..

Si bien el país sigue siendo eminentemente joven y los factores de riesgo

para contraer cáncer se siembran y cultivan en edades tempranas, especialmente en aquellos predispuestos por riesgo o la herencia. Es la prevención la barrera que puede contener estas crecientes estadísticas de enfermedad y muerte, pero muchas veces simples e impactantes medidas preventivas pueden chocar con poderosos intereses económicos y políticos, pues implica cambio en hábitos y comportamientos complejos, adictivos, difíciles aunque no imposibles de transformar cuando la dirigencia del país y la opinión pública asumen este compromiso.

RECOMENDACIONES

No debe dejarse a la deriva ningún programa de salud el cual haya cumplido con todas las exigencias del MPPPS, la poca efectividad de los entes garantes de la salud no sólo a nivel Nacional, sino local abren la necesidad de crear una nueva gerencia de la salud en el país y sus estados, pues, su razón de ser yace en las necesidades y la vida de los más necesitados. Es por ello que es una necesidad la Ejecución del Programa de Control de Cáncer Gástrico en el Estado Yaracuy y según los criterios de gestión de Ramón Granados (s/f), debe hacerse mediante.

I. Participación Social

Es importante la Organización y Coordinación de los programas en el a nivel local con compromiso de los representantes del MPPPS, Comités de Salud, autoridades locales, lideres comunitarios, para que en conjunto se asuma la salud como una opción de todos y un objetivo dentro de una perspectiva de desarrollo en el contexto histórico y sociocultural de la región. Donde se conozca la realidad de salud local, se definan los intereses y soluciones a las dificultades presentes de

forma coordinada y planificada.

II. Planificación

Promover el trabajo de equipo y una cultura organizacional que valore e incentive el trabajo en el sector público de salud. Se debe planificar en la medida de lo posible de manera participativa, en cada uno de los niveles de atención y luego compartir los planes para encajarlos en un plan coordinado de salud y de desarrollo local, que de acuerdo al enfoque de gerencial, lleve a romper el circulo de mala gestión – mala atención al usuario, desde los conceptos y percepciones de la realidad y problemáticas de cada actor. Identificar las mejores estrategias que lleven a conceptualizar, las responsabilidades, y prioridades a la hora de la toma de decisiones

III. Fortalecimiento del nivel primario

Este es el nivel más afectado por la gestión presupuestaria y el más comprometido con la sociedad. Es el que tiene mayor crecimiento a la hora de tener responsabilidades tanto a nivel nacional como a nivel local, se le debe dar un nuevo enfoque. La evaluación de los resultados de la gestión a este nivel mediante indicadores, auditorias periódicas y estudios de distinto tipo, que se incluya al poder ciudadano.

Se propone y se argumenta con bases sólidas que las acciones que favorezcan y promuevan un entorno favorable, influyen de manera sostenible en una mejor de atención y calidad de vida no solo de las personas afectadas sino también el de sus familias y el de la comunidad en general.

BIBLIOGRAFÍAS

Acevedo J y cols. (2006). Tumores de Estroma Gastrointestinal, Resultado del tratamiento. [versión electrónica*]. Rev. Venezolana de Oncología; 18(1):14-18*. Caracas Venezuela.

Alcalá P, (2007). *Disertación entre Descentralización y La Recentralización* [Documento] URL www.aporrea.org, visitada, 30 de abril, 2007.

Alzurú A (1990). Racionalidad Política y Legitimidad del Estado. Monte Ávila eds. Caracas Venezuela.

Ballestrini A (1997). *Como Realizar un Proyecto de Investigación*. Eds Asociay Artery Disease. Quinta Edición. Editorial Saunders Company, Usa.

Bigott, L. (1975). *El Educador Neocolonizado*. Editorial La Enseñanza Viva. Caracas Venezuela.

Bunge, M (1981). *La Ciencia su método y su Filosofía*. Ediciones Siglo Veinte. Buenos Aires Argentina.

Capote, L. (2006). Aspectos Epidemiológico del Cáncer en Venezuela. [versión electrónica]. *Revista Venezolana de Oncología*; 18(4):269-281.

Castaños R (1997). *Metodología de la Investigación Educativa*: Una Introducción. Editada por El Instituto Superior para la Educación Técnica y Profesional, Ciudad de La Habana. Cuba.

Cerroni, U. (1979). *Problemas de la Transición al Socialismo*. Editorial Crítica S.A., Barcelona España.

Chávez J. (s/f). Los enfoques actuales de la investigación científico – educativa en América Latina. Cuba, pág. Visitada 28 de octubre de 2007

Código De Odontología Médica, FMV 1985. Editorial las Torres Caracas.

Díaz, J. y cols (2007). Trabajo, ergonomía y calidad de vida. Una aproximación conceptual e integradora. [versión electrónica]. *Salud de los Trabajadores* / Volumen 15 Nº 1. Maracay. Venezuela.

Diccionario Pequeño Larousse. 1988. Ediciones Lorousse S.A. México.

Diccionario Práctico (1998). *Sinónimos, Antónimos*. 3ra Ediciones Larousse S.A., México D.F.

García C. (1998), *Fundamentos de la investigación clínica*; Aspectos jurídicos y legales de la investigación en seres humanos. Siglo veintiuno Eds. México.

González, M, (1998). Helicobacter Pylori: su importancia como problema de salud en la comunidad. [versión electrónica]. *Rev Cubana Medicina General Integral 1998; 14(6):611-18.*

Hurtado J. (1998). *Metodología de la Investigación Holística*. Publicaciones de SYPAL. Caracas Venezuela.

Jacques Perenne. (1972). *Colección de Historia Universal.* Editorial Éxito

Kaufman R, (1991). *Guía Práctica para la Planeación de las organizaciones.* Ed Trillas. México

Kerlinger F (1994). *Investigación del Comportamiento* 3° Edición. Ed. Mc. Graw –Hill. Interamericana de México. México.

LLorens, P. (2001). *Diagnóstico Endoscópico de Cáncer Gástrico. Cáncer Gástricos .Capítulos Escogidos. Revista en línea.* www.saval.cl.

Martínez M (1999). *La Nueva Ciencia*. Editorial TRILLAS. México.

Martínez M (1997). *El Paradigma Emergente*. Segunda Edición .Editorial TRILLAS. México.

Ministerio de Sanidad y desarrollo Social, (2005). Norma Oficial para el Sistema de Registro del Cáncer en el Sistema Público de Salud. Caracas.

Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2007). Guía Metodológica para la Elaboración del Plan Operativo Anual Institucional (POAI) Ejercicio Fiscal 2008.

Organización Panamericana de la Salud, (1992). *Toma de decisiones en el nivel Local de Salud*. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Caracas Venezuela.

Parra, J. y cols (2006). Cáncer Gástrico Primera Reunión del Consenso. [versión electrónica]. *Revista Venezolana de Oncología*; 19(2):166-190.

Peraza. y cols (2006). Cáncer Gástrico Primera Reunión del Consenso. [versión electrónica]. *Revista Venezolana de Oncología*; 19(2):166-190

Porta y cols. (1997) Revisiones en Salud Pública. [versión electrónica]. *Rev. Esp. Salud Publica vol.71 n.2* Madrid España.

Rodríguez (2006). La Importancia de publicar en una revista científica para los Profesionales de la salud. [versión electrónica]. *Salud en Tabasco*, enero – abril, año7vol 12, num. 001. Tabasco México.

Silva, L. (1996). *La plusvalía Ideológica*. Universidad Central de Venezuela. Ediciones de la Biblioteca, Caracas.

Solimano e Isaacs (2000). La salud en la América Latina. De la reforma para unos a la reforma para todos. [Documento en PDF] *Revista Panamericana de Salud Públic*a; vol.8 no.6 Washington Dec. 2000- URL: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000001100017&lng=en&nrm=iso&tlng=en

Tenorio Núñez, (1979). Introducción a la Ciencia. Vadell Hermanos Eds., Valencia Venezuela.

www.monografias.com/trabajos31/didactica-ingles/didactica-

ANEXOS

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DE SALUD
PROGRAMA NACIONAL DE ONCOLOGIA

NORMA OFICIAL VENEZOLANA DEL PROGRAMA DE ONCOLOGIA

VENEZUELA 2005

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DEL CANCER

Introducción:

El cáncer es uno de los mayores problemas de salud pública en Venezuela al ubicarse como una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad, estimándose que para el año 2004, excluyendo las neoplasias de piel, se diagnosticaran 30969 casos y la mortalidad para el año 2004 (último con cifras oficiales disponibles) alcanzó 17.507 defunciones; situándose en el segundo lugar al ser solo superado por Enfermedades del Corazón.

Las tres primeras localizaciones por frecuencia para varones, son en ese orden: próstata, pulmón y estómago con un 50% de la mortalidad; mientras que para mujeres, cuello uterino, glándula mamaria, pulmón y estómago, representan el 49% de las muertes.
La magnitud de estas cifras puede apreciarse en su real significación, al resumirse en un promedio de 85 casos y 48 muertes diarias.

Una de cada 4 personas, si alcanza los 65 años, tendrá un diagnóstico de cáncer y el riesgo de morir por esta patología es casi del 10% en los hombres y del 9% en las mujeres.

La justificación de la existencia de un Programa de Control de Cáncer se fundamenta en la magnitud y complejidad del problema, que hace necesario que los elementos para el control, basados en los cuatro métodos principales: prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y asistencia paliativa; mantengan una estructura coordinada que asegure su efectividad y permita un uso racional y eficiente de los recursos.

El Programa Nacional de control de Cáncer puede definirse como un proceso que lleva a la organización de recursos, el establecimiento de objetivos viables y estrategias válidas; que permitan alcanzar el mayor grado de control posible para esta enfermedad. Debe estar basado en los principios integralistas de promoción prevención y restitución de la salud; así como en la organización por niveles de atención y en concordancia con el proceso de descentralización.

La complejidad de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento, así como el imprescindible enfoque multidisciplinario, de la mayoría de cerca de un centenar de localizaciones o variedades histológicas que caracterizan esta patología; hace necesario que se organicen centros regionales de diagnostico y tratamiento, establecidos de acuerdo a características poblacionales y geográficas, que denominamos Centros Integrales de Cancer.

Bases Legales:

La División de Oncología, como parte del proceso de reestructuración del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, surge de la Dirección de Oncología, creada mediante el Decreto Nro. 1448 de la Presidencia de la República el 02 de marzo de 1976, como una dependencia del MSAS para actuar como ente rector en el ámbito Nacional en la lucha contra el cáncer.

La División de Oncología esta adscrita a la Dirección Técnica de Programas, la cual a su vez depende de la Dirección General Sectorial de Salud. Su función fundamental está enmarcada dentro de los lineamientos que le fueron asignados a la Dirección de Oncología en el Decreto 1448 y se centra en la planificación, organización, coordinación, análisis y control de todas las actividades relativas a la promoción, prevención y restitución de la salud en el área de la oncología, (anexo Nro. 1, organigrama).

OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE CONTROL DE CANCER.

General:

Reducir al máximo, la morbilidad y mortalidad por las localizaciones mas frecuentes de cáncer, en especial las más vulnerables; dando prioridad a los grupos de mayor riesgo y enfatizando estrategias preventivas.

Específicos:

1- Planificar, organizar, coordinar, dirigir y supervisar todas las actividades nacionales relativas a la promoción prevención y restitución de la salud en la lucha contra el cáncer.
2- Establecer los lineamientos de la política y el plan nacional de control de cáncer; así como las normas, pautas y procedimientos técnico–administrativos indispensables para el control del cáncer.

3- Facilitar el desarrollo de programas educativos dirigidos a la comunidad, relacionados con la promoción de la salud y la prevención del cáncer.

4- Vigilar la aplicación de las normas del programa, en la organización y cumplimiento de las actividades de los servicios para cada nivel de atención, incluyendo Medicina Simplificada y fortalecer el sistema de referencia y contra referencia de pacientes.

5- Desarrollar y asesorar mediante la capacitación en servicio del equipo de salud, aspectos epidemiológicos y operacionales de los programas.

6- Facilitar asesoramiento técnico y la formulación de convenios de cooperación con instituciones públicas y privadas no dependientes del MSAS, en todo lo referente a la organización de servicios de lucha contra el cáncer y en la implementación de programas de prevención y asistencia en el campo de las enfermedades neoplásicas.

7- Desarrollar y mantener un sistema de Registro de Cáncer, para el control y seguimiento de la enfermedad; integrado al Sistema Nacional de Información en Salud.

8- Proponer, asesorar y evaluar en el ámbito nacional, el desarrollo de planes de investigación clínica, epidemiológica y básica, con relación al cáncer.

9- Proporcionar al paciente con cáncer y su grupo familiar, el apoyo en salud mental, durante las fases de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

10- Implementar para el personal de salud, que presta atención directa al paciente con cáncer, actividades de dinámica de grupos para minimizar el impacto emocional de su labor cotidiana; así como para la capacitación básica en el manejo psico-emocional del paciente y su grupo familiar.

Estrategias Generales:

1- Promover el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno del cáncer, mediante la información, educación y comunicación, con participación de la comunidad y entes prestadores de servicios de salud.

2- Promover la prevención primaria y el diagnóstico precoz en los grupos de población a riesgo que no acceden regularmente al sistema de salud.

3- Lograr que la Promoción de la Salud sea el eje fundamental para la comunicación y educación de la comunidad, en todo lo referente a la prevención del cáncer.

4- Apoyar y fortalecer la constitución y operación de ONG, así como Servicios u Organismos comunitarios, que promuevan la vinculación de la población con las actividades preventivas del Sistema de Salud.

5- Diseñar y coordinar un sistema de capacitación continua al personal de los servicios de salud, para asegurar el diagnóstico oportuno y manejo eficaz de los casos de cáncer; así como procedimientos eficientes de referencias de los casos que requieran atención en los niveles de mayor complejidad.

6- Mantener un sistema de educación continua, sobre las localizaciones más frecuentes y vulnerables de cáncer, coordinado con las sociedades científicas afines, de forma tal, que los profesionales de la salud mantengan un nivel de conocimientos actualizados.

7- Mantener un sistema de vigilancia epidemiológica actualizado y automatizado, sobre las localizaciones más frecuentes de cáncer.

8- Aplicar indicadores de proceso, impacto y resultado, que permitan evaluar regularmente todas las actividades y el cumplimiento de los objetivos del programa.

Componentes:

La División de Oncología, ha asumido la reevaluación de sus componentes programáticos, dentro del marco del proceso de reforma y en función de los criterios de prioridad señalados por el conocimiento epidemiológico y la disponibilidad de medidas especificas y efectivas de control para alguna de las localizaciones de cáncer, así como la potencialidad de recursos, que hagan viable su aplicación organizada y masiva (anexo de cuadro de selección de prioridades). En tal sentido se han establecido cinco sub-programas y un sistema de información epidemiológico (Registro de Cáncer).

Por razones de uso y para facilitar la nomenclatura los denominamos programas y comprenden:

PROGRAMA DE CONTROL DE CANCER DE CUELLO UTERINO
PROGRAMA DE CONTROL DE CANCER BRONCO PULMONAR
PROGRAMA DE CONTROL DE CANCER DE MAMA
PROGRAMA DE CONTROL DE CANCER GASTRICO
PROGRAMA DE CONTROL DE CANCER DE PROSTATA

PROGRAMA DE CONTROL DE CANCER GÁSTRICO.

Introduccion:

El cáncer gástrico puede definirse como una alteración neoplásica, caracterizada por la proliferación celular incontrolada y persistente en un área de la mucosa gástrica, (mas frecuente en la zona antral), de evolución lenta, alcanzando después de 3 a 5 años, todas las capas de la estructura gástrica, invasión de los ganglios linfáticos regionales, tejidos vecinos y diseminación hematógena al hígado y otros órganos distantes.(anexo Nro. 12 - Historia Natural).

El cáncer gástrico, aunque tiene una tendencia decreciente en sus tasas de incidencia y mortalidad hasta 1990, cuando presenta un repunte, afecta en Venezuela a un número considerable de personas. En 1995, último año del que se disponen cifras oficiales, murieron 1792 personas por esta patología en ambos sexos y se diagnosticaron 2042 casos. Se ubica en el quinto lugar en mortalidad por cáncer, según la tasa para la población de ambos sexos, con 7,33 muertes por 100.000 habitantes.

El Programa de control de cáncer gástrico es el conjunto de recursos organizados y actividades especificas, destinadas a lograr la reducción de la mortalidad por cáncer gástrico, mediante el diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, registro y control de esta patología.

Este programa se desarrolla en el Estado Táchira por ser esta una de las Regiones de mayor incidencia y mortalidad por cáncer gástrico. Surge como Programa Piloto mediante un acuerdo de Cooperación Técnica con el Gobierno del Japón. (anexo Nro. 13 - Diagrama de Decisiones).

Actualmente el Programa realiza trabajos de investigación con el Asesoramiento de científicos de países como Alemania y Francia. Además constituye un Centro de alto nivel para dictar cursos de capacitación a médicos especialistas y Personal del Equipo de Salud del País y otras regiones de Latinoamérica.

Dentro del proceso de reformulación programática y con el fin de buscar estrategias de mayor impacto, se ha propuesto incentivar su desarrollo en las Entidades Geográficas en las que el problema presenta mayor magnitud; que son: Táchira, Mérida, Trujillo, Barinas, Lara, Yaracuy, Cojedes y Nueva Esparta.

Objetivos

General:

Disminuir la morbilidad y mortalidad por cáncer gástrico, mediante la educación para la salud, el examen radiológico y endoscópico de la población mayor de 35 años, que presente manifestaciones clínicas de patología digestiva alta, en las regiones de alto riesgo.

Especificos:

3- Impulsar el desarrollo de actividades de información y educación a la población, sobre los factores de riesgo asociados al desarrollo del cáncer gástrico y la importancia de su diagnóstico precoz.

4- Auspiciar la capacitación en servicio del equipo de salud, sobre aspectos epidemiológicos, pesquisa, diagnóstico, tratamiento y normas operacionales del programa de control de cáncer gástrico.

5- Alcanzar un avance significativo en el diagnóstico precoz del cáncer gástrico, mediante el examen radiológico o endoscópico de la población mayor de 35 años, que presente clínica de patología digestiva alta.

6- Efectuar investigación clínica y epidemiológica, sobre la quimioprevención de lesiones precancerosas de estómago.

9- Lograr la capacitación de especialistas y médicos en formación de postgrado en las técnicas de diagnóstico, manejo y tratamiento del cáncer gástrico.

10- Fomentar convenios de cooperación técnica con otros países, para desarrollar proyectos de investigación, que contribuyan al conocimiento de medidas efectivas de prevención de esta patología.

11- Participar en la organización o el desarrollo de cursos, seminarios, congresos, u otros eventos de información y/o capacitación sobre el cáncer gástrico.

12- Efectuar asesoramiento técnico a instituciones públicas o privadas, en todo lo referente a proyectos de investigación u organización de medidas de control en cáncer gástrico.

Campo de Aplicación:

Estas normas son de cumplimiento obligatorio para todo el personal de Salud y Establecimientos de Atención Médica en los diferentes niveles de la red de Salud de las Entidades Federales seleccionadas.

Poblacion Objeto:

- Para prevención primaria toda la población.
- Para prevención secundaria la población mayor de 35 años con sintomatología digestiva alta conocida por consultas.

Cobertura:

80% de la población objeto.

Metas:

Los establecimientos de salud de segundo y tercer nivel de atención deben planificar anualmente sus metas de exámenes radiológicos y endoscópicos; en función de las estimaciones de la población objeto que corresponda a su jurisdicción. De esta manera se obtienen las metas Distritales y Regionales

Recursos:

Personal de los establecimientos de segundo y tercer nivel. Equipos de rayos x y endoscopios de vías digestivas altas.

Factores de Riesgo:

1- Infección crónica por Helicobacter Pylori. 2- Ingestión en exceso de sal y alimentos ahumados. 3- Nitritos y compuestos relacionados. 4- Ingesta frecuente de alcohol. 5- Fumar cigarrillos. 6- Dietas bajas en vegetales, frutas y leche o derivados.

Nota: La inclusión de otros posibles factores de riesgo esta sujeta a la aprobación de la División de Oncología y en función de su validación por estudios epidemiológicos.

Disposiciones o Normas Generales:

1- Difundir a través de medios de comunicación masiva, mensajes que promocionen y eduquen a la población sobre hábitos de alimentación saludables, así como la practica del ejercicio habitual y actividades de recreación, con el fin de propiciar un estado de bienestar físico y mental.

2- Se deben desarrollar en Centros Educativos y organizaciones comunitarias, acciones que propicien la participación de la población en practicas de fomento de la salud e higiene pública y difundir información sobre la importancia del diagnóstico precoz y del tratamiento oportuno en el cáncer gástrico.

3- Se debe informar y educar a la población sobre los riesgo del consumo excesivo de alimentos salados, ahumados o preservados con nitritos o nitratos, alcohol, los beneficios de consumir frutas, vegetales, leche y sus derivados.

4- Se debe capacitar al personal prestador de servicios, sobre la prevención e importancia del diagnostico temprano y oportuno del cáncer gástrico.

5- Se debe informar y educar a la población de mayores de 35 años, en las regiones de riesgo de cáncer gástrico, sobre las ventajas del examen radiológico o endoscópico, cuando presenten sintomatología digestiva alta.

6- Se debe efectuar, en las entidades federales seleccionadas, un examen radiológico o endoscópico a toda persona mayor de 35 años, que presente sintomatología digestiva alta.

7- Se debe efectuar seguimiento con endoscopia y /o biopsia a todos los casos con lesiones radiológicas identificadas.

8- Se debe efectuar tratamiento de acuerdo a las pautas a todos los casos diagnosticados.

13- Se debe efectuar el seguimiento de los casos tratados de acuerdo a las pautas establecidas, según cada caso.

10-En las Instituciones donde funcione el Registro de cáncer, cada caso diagnosticado y tratado debe ser incluido en este sistema.

Indicadores: (Anexo Nro. 14)

a- Indicadores de Promoción de Salud y Prevención Primaria.

1- Porcentaje de mensajes de promoción de salud y prevención primaria difundidos por medios de comunicación, con relación a los programados al año.

2- Porcentaje de horas anuales cumplidas en actividades de promoción de salud y prevención primaria, con relación a las programadas al año.

3- Porcentaje de actividades y número de personas capacitadas por el sistema de promoción de salud, con relación a las programadas al año.

4- Porcentaje de cursos y talleres en promoción de salud y prevención primaria dictados al personal de salud y número de personas capacitadas, con relación a los programados al año.

5- Porcentaje de horas de actividades docentes dedicadas a educación para la salud y prevención primaria, con relación a las programadas al año.

6- Porcentaje de alumnos de educación básica capacitados, con relación a lo programado al año.

b- Indicadores de Prevención Secundaria.

1- Porcentaje de cobertura de la población objeto
2- Proporción de detección endoscópica
3- Proporción de diagnóstico por biopsia
4- Proporción de casos tratados
5- Indice de correlación de diagnósticos endoscópicos, con relación a los resultados de las biopsias

6- Porcentaje de Establecimientos de Salud que en cada Distrito o Municipio cumplen las normas del programa.

c- **Indicadores de impacto.**

1- Tasa de incidencia.
2- Tasa de mortalidad
3- Proporción de casos con seguimiento

NDICADORES GENERALES DE EVALUACION DEL PROGRAMA DE CONTROL DE CANCER GASTRICO.

A.- INDICADORES DE PROMOCION DE SALUD Y PREVENCION PRIMARIA.

1.- % DE MENSAJE DE PROMOCION DE SALUD Y PREVENCION PRIMARIA DIFUNDIDO POR MEDIOS DE COMUNICACION.

$$\% MC = \frac{\text{Nro. DE MENSAJE REALIZADO}}{\text{MENSAJES PROGRAMADOS}} \times 100$$

2.- % DE HORAS ANUALES CUMPLIDAS EN ACTIVIDADES DE PROMOCION DE SALUD Y PREVENCION PRIMARIA.

$$\% HC = \frac{\text{Nro. DE HORAS CUMPLIDAS EN P.S}}{\text{TOTAL DE HORAS PROGRAMADAS}} \times 100$$

3.- % DE PERSONAS CAPACITADAS POR EL SISTEMA DE PROMOCION DE SALUD.

$$\% PC = \frac{\text{PERSONAS CAPACITADAS}}{\text{TOTAL PERSONAL DE P.S}} \times 100$$

4.- % DE CURSOS EN PROMOCION DE SALUD Y PREVENCION PRIMARIA DICTADOS AL PERSONAL DE SALUD.

$$\% CPS = \frac{\text{CURSOS REALIZADOS}}{\text{CURSOS PROGRAMADOS}} \times 100$$

5.- % DE HORAS DE ACTIVIDADES DOCENTES DEDICADAS A EDUCACION PARA LA SALUD Y PREVENCION PRIMARIA.

$$\% HD = \frac{\text{Nro. DE HORAS ACTIVIDADES DOCENTES}}{\text{HORAS PROGRAMADAS}} \times 100$$

6.- % DE ALUMNOS DE EDUCACION BASICA CAPACITADOS.

% AEBC = ALUMNOS CAPACITADOS X 100
TOTAL ALUMNOS EDUC.BAS.

B.- INDICADORES DE PREVENCION SECUNDARIA.

1.- % DE COBERTURA DE LA POBLACION OBJETO.

% CPO = POBLACION EXAMINADA MAYOR 35 AÑOS X 100
TOTAL POBLACION MAYOR 35 AÑOS

2.- PROPORCION DE DETECCION ENDOSCOPICA.

PDE = Nro. CASOS DETECTADOS X ENDOSCOPIA X 1000
Nro. DE PACIENTES EXAMINADOS

3.- PROPORCION DE DIAGNOSTICO POR BIOPSIA.

PDB = Nro. CASOS DIAGNOSTICADOS POR BIOPSIA X 1000
Nro. DE BIOPSIA

4.- PROPORCION DE CASOS TRATADOS.

PCT = CASOS TRATADOS .
CASOS DIAGNOSTICADOS

5.- INDICE DE CORRELACION DIAGNOSTICO ENDOSCOPICO / BIOPSIA.

ICD = CAS0S DIAGNOSTICADOS POR ENDOSCOPIA X 100
CASOS DIAGNOSTICADOS POR BIOPSIA

6.- NUMERO DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE EN CADA DISTRITO O MUNICIPIO CUMPLEN LAS NORMAS DEL PROGRAMA.

NEDMP = Nro. ESTABLECIMIENTOS EN DISTRITO O MUNICIPIO CUMPLEN LA NORMA
TOTAL ESTABLECIMIENTOS

C.- INDICADORES DE IMPACTO.

1.- TASA DE MORBILIDAD POR CANCER GASTRICO.

TASA DE MORBILIDAD = Nro. CASOS DIAGNOSTICADOS X 100.000
POBLACION GENERAL

2.- PROPORCION CASOS CON SEGUIMIENTOS.

$$PCS = \frac{\text{Nro. DE PACIENTES EN SEGUIMIENTOS}}{\text{Nro. DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS}}$$

3.- TASA DE MORTALIDAD POR CANCER GASTRICO.

$$TMCG = \frac{\text{Nro. DE MUERTES POR CANCER GASTRICO}}{\text{POBLACION TOTAL}} \times 100.000$$