



República Bolivariana de Venezuela
Ministerio del Poder Popular para la Salud
Instituto de Altos Estudios en Salud
"Dr. Arnoldo Gabaldón"

EVALUACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL MÉDICO
EN LAS DEPENDENCIAS DE SALUD PÚBLICA DEL
ESTADO MONAGAS. AÑO 2010

Trabajo Especial de Grado, presentado como Requisito Parcial para optar al
Título de Especialista en Gestión de Salud Pública.

Autora: Norma J. Yibirín G
Tutor: Cesar Villarroel

Monagas, Octubre del 2010



CARTA DE APROBACIÓN DEL TUTOR

Maturín ,25 de Octubre del 2010

Ciudadano
Comisión Coordinadora del Postgrado de Gestión en Salud Pública
Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios
"Dr. Arnoldo Gabaldón"

La presente es para comunicarle, que en mi carácter de tutor he leído y analizado el Trabajo Especial de Grado o Tesis Doctoral Titulado:

EVALUACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL MÉDICO EN LAS DEPENDENCIAS DE SALUD PÚBLICA DEL ESTADO MONAGAS. AÑO 2010

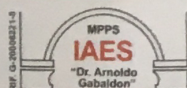
realizado por el Ciudadano (a) : **Norma Josefina Yibirin Golindano**

C.I. 8.372.684 , para optar al título de Gestión en Salud Pública

considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para su presentación, evaluación y defensa.

ATENTAMENTE,

Cesar Villarroel
C.I.:8.371.982



Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios
"Dr. Arnoldo Gabaldón"

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: **EVALUACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL MÉDICO EN LAS DEPENDENCIAS DE SALUD PÚBLICA DEL ESTADO MONAGAS. AÑO 2010**, presentado por el Ciudadano (a), **NORMA JOSEFINA YIBIRIN GOLINDANO** para optar al Título de **Especialista de Gestión en Salud Pública**, estimamos que el mismo reúne los requisitos para ser considerado como **APROBADO**.

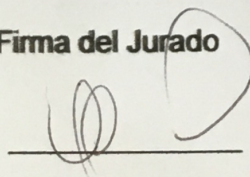
Nombres y Apellidos

C.I.

Firma del Jurado

CESAR VILLARROEL

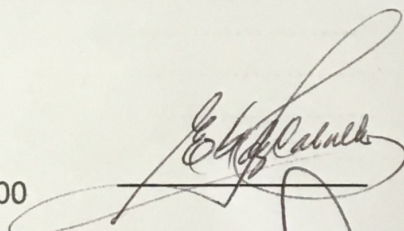
8.371.982



Presidente:

EMILIO FERNANDEZ

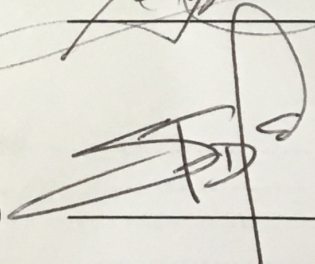
82.299.200



Miembro:

SANDRA FERNANDEZ

82.299.190



Miembro:

Maturín, 25 de Octubre del 2010

DEDICATORIA

A lo máspreciado que tengo en mi vida; mis dos hijas preciosas.

A mi esposo que poco a poco ha logrado comprender que éste también es su logro.

A mi viejita Rosita, que sin darse cuenta representa para mí un apoyo constante.

N. Yibirín

RECONOCIMIENTO

A Dios Todopoderoso, ante todas las cosas. Al personal administrativo del área de investigación de la Dirección Regional de Salud, por su valiosa colaboración.

A mis amigas Marycarmen Mouzawek, Rosa Presidia , por su apoyo incondicional.

Al los Doctores Emilio Fernández y Sandra de Fernández por su constancia y dedicación para culminar esta especialización .

N. Yibirín.

TABLA DE CONTENIDO

AVAL DEL TUTOR	i
APROBACION DEL JURADO	
DEDICATORIA	ii
RECONOCIMIENTO	iii
TABLA DE CONTENIDO	iv
RESUMEN	v
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	
EL PROBLEMA	3
Planteamiento del Problema.....	8
Justificación.....	10
Objetivo General y Específicos.....	11
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	
Antecedentes	12
Históricos.....	
Antecedentesdel Problema.....	19
Bases Teóricas.....	23
Bases Legales.....	53
Operacionalización de variables.....	61
CAPITULO III	
MARCO METODOLOGICO	
Diseño de la investigación, población muestra.....	63
Tipo de investigación.....	64
Nivel de investigación.....	65
Técnicas de investigación.....	66
Técnicas de análisis	68
CAPITULO IV	
ANALISIS DE RESULTADOS	
Árbol del problema.....	70
	78

Matriz Dofa.....	79
Árbol de los objetivos.....	82
Marco Lógico.....	83
Propuesta de estimación de la distribución del personal médico	
CAPITULO V	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	88
Conclusiones.....	89
Recomendaciones.....	
	90
	A
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	
ANEXOS...	

LISTA DE CUADROS

Tabla n° 1. Distribución de dependencias de salud pública por municipio. Estado Monagas.	26
Tabla n° 2. Distribución de los Médicos Rurales y Residentes; Necesidad por Dependencia Pública	31
Tabla n° 3. Distribución De Médicos y Médicas por Municipio en el Estado Monagas.	37
Tabla N°4. Operacionalización de las Variables.	62

LISTA DE CUADROS

Cuadro N° 1. Matriz FODA: Mala distribución del personal Médico.	80
Cuadro N° 2. Matriz del Marco Lógico	82
Cuadro N° 3. PLAN DE ACCIÓN	86
Cuadro N° 4. Estimación de la distribución del personal médico y médicas por municipios del estado Monagas	87

LISTA DE GRAFICOS

Gráfico N° 1. Distribución del personal médico en las dependencias de salud.	36
Gráfico 2. Número poblacional para la distribución del personal médico.	71
Gráfico 3. Personal médico que trabaja en instituciones públicas y privadas.	72
Gráfico 4. Influencia de las máximas autoridades regionales a la hora de distribuir o contratar el personal médico en las instituciones.	73
Gráfico 4. Influencia de las máximas autoridades regionales a la hora de distribuir o contratar el personal médico en las instituciones.	74
Grafico N° 5. Frecuencias en valores absolutos y porcentuales del Servicio donde fue atendido.	76
Grafico N° 6. Grado de satisfacción	79
Gráfico N° 8 Árbol del Problema	81



EVALUACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL MÉDICO EN LAS DEPENDENCIAS DE SALUD PÚBLICA DEL ESTADO MONAGAS. AÑO 2010

RESUMEN

AUTORA: Norma Yibirin

TUTOR: Dr. Cesar Villarroel

AÑO: 2010

El escenario venezolano con respecto a la Administración de la salud, ha dejado mucho que decir, y preocupa seriamente el que no se tomen las estrategias, acciones correctivas que favorezcan a los venezolanos que requieren de un servicio de la salud garantizado con calidad, además de que es un derecho que le corresponde y que el Gobierno debe tratar de que se cumpla. Un aspecto importante en el desarrollo de este estudio de investigación, es analizar objetivamente la distribución de los médicos y medicas en el estado Monagas, considerando cada una de las aéreas de su competencia; entre ellos, médicos y medicas rurales, residentes, especialistas, de salud pública y de medicina general integral, sin dejar a un lado la importante población que representan los medicas y medicas de la Misión Barrio Adentro.

El estudio se enmarcó en una investigación documental y de campo, vinculado a la modalidad de proyecto factible. La población y muestra objeto de estudio fue cuarenta y tres (43) personas, para ello, se utilizó el muestreo estratificado. El instrumento aplicado fue de varias alternativas; con un total de 14 ítems. El instrumento fue validado a través del juicio.

La información recogida se analizó por medio de un paquete computarizado programa Excel 2000 para Windows 2000. Con los resultados obtenidos se diseñó un plan de acción y una estimación de la distribución del personal medico y medicas del estado Monagas por municipios

Descriptores: Personal médico y médicas, distribución por dependencias y estrategias poblacional.

EVALUATION OF THE DISTRIBUTION OF THE MEDICAL PERSONNEL IN THE DEPENDENCIES OF PUBLIC HEALTH OF STATE MONAGAS.

YEAR 2010

SUMMARY

AUTHOR: Yibirin norm

TUTOR: Dr. To stop Villarroel

YEAR: 2010

The Venezuelan scene with respect to the Administration of the health, has let much say, and seriously worries the one that does not take the strategies, remedial actions that favor the Venezuelans whom they require of a service of the health guaranteed with quality, apart from which it is a right that corresponds to him and that the Government must deal with which he is fulfilled. An important aspect in the development of this study of investigation, is to analyze objectively the distribution of the doctors and doctors in the Monagas state, considering each one of the aerial of its competition; among them, medical and medical rural, resident, specialist, of public health and integral general medicine, without leaving to a side the important population that inside represent the doctors and doctors of the Mission District.

The study was framed in a documentary investigation and of field, tie to the modality of feasible project. The population and shows study object was forty and three (43) people, for it, the stratified sampling was used. The applied instrument was of several alternatives; with a total of 14 items. The instrument was validated through judgment. Collected analyzed by means of a computerized package program Excel 2000 for Windows 2000. With the obtained results design a plan of action and an estimation of the medical distribution of the medical personnel and of the Monagas state by municipalities

Descriptors: Medical personnel and medical, population distribution by dependencies and strategies.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, son irrefutables los cambios socioeconómicos que experimenta el país; los cuales repercuten directa e indirectamente en las instituciones en general y en las dependencias de salud pública en particular; por consiguiente, surge la necesidad de crear un margen de reflexión que impulse a organizaciones y a directivos a una adaptación dinámica de los cambios que se generan en el entorno.

Las nuevas políticas gubernamentales, la presencia de nuevas tecnologías, el desarrollo profesional, la diversidad de la fuerza laboral, el crecimiento poblacional, el equilibrio entre mundo institucional y la comunidad, además de la importancia de ofrecer servicios de calidad, son algunas de las realidades que se deben considerar en las gerencias de las organizaciones de salud pública, con la finalidad de continuar a pasos seguros hacia el desarrollo de estas dependencias y por ende de la nación.

Otorgarle mayor atención a las instituciones salud pública del país y a la gente que en ellas labora, representa elevar los niveles de calidad de vida de la nación; por lo tanto, se hace imperioso diseñar esquemas de trabajo enfocados en reorganizar los procesos administrativos, específicamente los relacionados con la captación de personal médico, sector que requiere especial atención.

Un adecuado proceso de captación y el diseño de políticas de permanencia del personal médico dentro de las instituciones de salud pública, deben articularse como un conjunto de actividades que conducen a la competitividad organizacional y al éxito. Las dependencias que ofrecen mejores servicios tienen una gran diferencia con las que no lo hacen; en especial, en lo relacionado con el trato y la orientación que le brindan a su

gente. Manejar políticas de progreso en una institución de salud, enfocadas en la mejora de su gente y en especial del personal médico es un tema complejo de abordar. En parte implica cambiar la cultura de la organización y, por tanto, analizar los valores y actitudes del personal; tarea difícil de desarrollar y aún más en organizaciones con la complejidad de la administración pública.

Sin embargo, mediante una adecuada gerencia del personal médico que labora en las dependencias de salud pública, es posible manejar con éxito otras situaciones en particular que se presente dentro o fuera de estas instituciones. Por lo tanto, es necesario hacer reajustes que estén enfocados a la generalización del nuevo Sistema Público Nacional de Salud, con el propósito de seguir eliminando la desorganización que aún persiste en el sector salud.

La investigación se inicia con el Capítulo I; en el mismo se presentan aspectos fundamentales para dimensionar con éxito la investigación; en el Capítulo II; se indica una importante plataforma teórica, con la finalidad de sustentar objetivamente la investigación, el Capítulo III; se presentan de forma coherente un conjunto de elementos metodológicos estructurados para alcanzar de una manera más efectiva los objetivos planteados.

En el Capítulo IV; se delinean un conjunto de razonamientos cognoscitivos, producto de la exploración e indagación del tema planteado. El Capítulo V; titulado Conclusiones y Recomendaciones, presenta de una manera clara y sencilla el desenlace de la investigación, trazando las apreciaciones finales obtenidas del análisis, y a su vez las sugerencias y exhortaciones que son prudentes realizar para mejorar la realidad social estudiada. Finalmente, se formula el plan de acción a seguir para mejorar la distribución del personal y reorganización del sistema de salud.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

En el presente capítulo, se esbozan diferentes aspectos que enmarcan la situación del problema en estudio; se consideran el planteamiento del mismo, la justificación, los objetivos, además del alcance y limitaciones de la investigación.

1.1 Planteamiento del Problema.

Los trabajadores sanitarios son personas cuyo cometido es proteger y mejorar la salud en sus respectivas comunidades. Todos ellos juntos conforman, dentro de su diversidad, la fuerza de trabajo sanitaria en el mundo. Al parecer el lograr el equilibrio juega poco a la hora de evaluar la distribución de personal de salud. La igualdad considerada como dar más al que menos tiene, implica una concentración mayor de personal de salud en los lugares más desprotegidos, débiles y por lo tanto con mayor riesgo de enfermar y morir, pero la realidad de los países no se compadece de este enunciado.

Desafortunadamente, la mala distribución de personal de salud es un problema a nivel mundial y aparece en varias distancias, la Organización Panamericana de Salud y Organización mundial de la salud Quito, Ecuador, (2004), según informe, refleja las diferentes dimensiones:

- 1. La distribución geográfica con graves diferencias entre países y al interior de los mismos.**
- 2. Una mala distribución de acuerdo a destrezas, roles o competencias. Por ejemplo, muchos países tienen más médicos que enfermeras.**
- 3. La subespecialización.**
- 4. Una mala distribución institucional y,**
- 5. La mala distribución desde la perspectiva de género. (p.5).**

A la hora de distribuir el personal de salud, uno de los problemas graves con el que se encuentran las autoridades correspondientes, es que el personal tiene problemas para trabajar en lugares apartados y no quiere ir, o lo hace pero solo esperando la menor oportunidad para ser reubicado. Pues las deficitarias condiciones de las viviendas, la pobre calidad de la educación para los hijos, la traba para el avance profesional o las pocas oportunidades de capacitación, las dificultades de comunicación, de transporte e incluso la falta de dotación de las unidades de salud de equipo y medicamentos que permitan una atención de calidad, a lo que se suma una pobre remuneración que hace que en algunos sitios los profesionales de la salud sean insuficientes o estén casi ausentes.

Los factores que influyen en la mala distribución de médicos son una cadena de inequidades sociales, económicas, el sistema de educación médica, el pago de incentivos, el desarrollo del sistema de salud público y privado, entre otros. Por tanto, el problema de la mala distribución de médicos debe ser considerado como una parte de toda la inequidad social, así como un problema de la administración del sistema de salud.

En la actualidad, Venezuela experimenta un notable crecimiento socioeconómico que exige el mejoramiento continuo de todos los sectores que hacen vida activa en el país, en especial de las instituciones de salud pública, que son fundamental y el desarrollo de una Nación. En tal sentido, es importante hacer un reajuste de los diferentes procesos organizacionales; entre ellos, los implementados para la captación de recurso humano calificado; con la finalidad de hacer adaptaciones objetivas coherentes con la realidad.

La optimización de los sistemas organizacionales de las instituciones gubernamentales en general y de las dependencias de salud en particular,

promueve una mejor calidad de los servicios prestados, lográndose alcanzar una adecuada atención a la comunidad, construyendo bases sólidas para ofrecer salud pública. En este orden de ideas, uno de los sistemas que merece considerable atención, es el proceso de captación y permanencia del recurso humano en los centros dispensadores de salud; en especial del personal médico – asistencial.

Este planteamiento se fundamenta en la realidad social que experimenta actualmente el país, al no contar con profesionales de la medicina para el ejercicio de la función pública, a una mala distribución del recurso humano, o al no lograr la permanencia de estos en las dependencias de salud pública. Por tanto, es necesario realizar una detallada evaluación, con la finalidad de instaurar mejoras que tengan durabilidad en el tiempo y en el espacio.

Al respecto, el Vicepresidente Ejecutivo de la República Bolivariana de Venezuela; Ramón Carrizalez Rengifo (2008), acotó:

Estamos en un proceso en el que tiene que haber una transición de esta anarquía que hay, de muchísimos operadores de salud a un sistema público único y todo esto tiene que ver con los tiempos de trabajo de los médicos, con la dedicación que van a tener, los sueldos que van a percibir, los especialistas que se van a formar; es decir, es un problema integral. (p.1) (www.vicepresidencia.gob.ve).

De acuerdo con lo anteriormente planteado, es conveniente que cada institución de salud pública realice una detallada revisión que le permita visualizar cómo se despliega la gerencia del personal médico. Por lo tanto, es significativo desarrollar ésta investigación en particular, que lleva por título "Evaluación de la distribución del Personal Médico en las Dependencias de Salud Pública del Estado Monagas.", en pro de realizar propuestas coherentes con el nuevo Sistema. Dentro de la categoría de Sistema Publico Nacional de Salud, la Guía Práctica para investigadores de España (2008),

lo define como:

El conjunto coordinado de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la ley, son responsabilidad de los poderes públicos.(p.4).

En Venezuela, el Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), tal como lo señala Melo Solórzano; Luisana (2010):

Es un organismo dependiente del gobierno nacional que establece las directrices de la organización y financiamiento del sistema de salud público del país y asesora el Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela. El SNPS fue ideado en la constitución de 1999^[1] y finalmente diseñado como parte de la reforma de ley de salud e integra en un solo ente la salud pública correspondiente a la Sanidad Militar, el Ministerio de Salud (orientado fundamentalmente hacia Barrio Adentro I, II, III y IV), el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, el IPASME adscrito al Ministerio del Poder Popular para la Educación y los organismos de salud dependiente de alcaldías y gobernaciones.(p.1).

El sistema como tal, agrupará a todos los hospitales, ambulatorios y centros asistenciales bajo un esquema descentralizado administrados por cada estado. La empresa privada tendrá participación en el Sistema Público Nacional de Salud proveyendo bienes e insumos que complementen los servicios de salud y la hagan más económica, pero en la actualidad no se ha podido hacer la integración del sistema, aunado a la poca participación de los sectores involucrados.

En lo que respecta al estado Monagas la situación no es diferente, la necesidad de personal médico en ambulatorios y hospitales públicos es alarmante, los esfuerzos de directores y coordinadores de salud se desvanecen ante la improductiva búsqueda y captación efectiva de médicos residentes y especialistas. Evidenciándose de manera alarmante, la desmotivación que demuestran los profesionales de la medicina por el ejercicio de cargos públicos.

Otro aspecto relevante, es la notable falta de formación académica de directivos y coordinadores; en el área de salud pública, presentándose en el estado Monagas un sector salud carente de profesionales especialistas o expertos en tan importante rama, situación que genera una inadecuada aplicación de normas y procedimientos y por ende acciones improductivas en la aplicación de sanciones.

Por consiguiente, surge la iniciativa de realizar una Evaluación de la Distribución del Personal Médico en las Dependencias de Salud Pública del estado Monagas, enfocado no sólo como trabajo de investigación, sino como herramienta fundamental para determinar debilidades y afianzar fortalezas, logrando ofrecer una gama de alternativas factibles, que permitan hacer aportes significativos en la solución del problema.

Por tanto, es necesario a lo largo del estudio, buscar respuestas ante las siguientes interrogantes, las cuales contienen un valor significativo para la investigación:

- ¿Cuál es el número de dependencias de salud pública, existentes en cada Municipio del Estado y la denominación de cada una de ellas?

- ¿Es posible demostrar a través del censo, el número de médicos activos que prestan sus servicios en las dependencias de salud pública del estado Monagas?

- ¿Cómo establecer estrategias interinstitucionales enfocadas en mejorar la captación y permanencia del personal médico en las dependencias de salud pública del estado?

- ¿Será factible proponer un plan de acción para mejorar la distribución del personal de salud en las dependencias de salud del estado Monagas?

1.2 Justificación

El crecimiento poblacional, la falta de compromiso, el deterioro de los valores y los principios, los beneficios socioeconómicos no ajustados a la realidad del ejercicio de la medicina, la falta de seguridad social y el incumplimiento de las normas para la prevención y condiciones del medio ambiente de trabajo, conllevan entre otros elementos, a la ausencia o corta permanencia del personal médico en las dependencias de salud pública.

El incremento de los índices de natalidad, aunado al embarazo precoz y la falta de planificación familiar, son algunos de los factores que intervienen en el crecimiento desmesurado de la población. Situación que ha provocado un considerable descontrol en los planes urbanísticos de las ciudades, generándose invasiones y barriadas que aumentan el crecimiento de las áreas de influencia de los centros de salud. Esto trae como consecuencia, que la capacidad de respuesta de las dependencias de salud pública, tanto en insumos como en personal médico sea insuficiente.

Actualmente, la deontología profesional en el ejercicio de la medicina está quebrantada, el compromiso de trabajar apegado a un código de ética, contemplando permanentemente valores y principios morales que antepongan la atención a la población como la mayor de las responsabilidades, está quedando sólo en teoría. Existe un alto grado de desmotivación laboral que se refleja en una asistencia médica con notables deficiencias y poco interés en solucionar los problemas.

La desmotivación que hoy en día refleja el personal médico en su desempeño laboral, mantiene una considerable relación con los pocos beneficios socioeconómicos que percibe; y que aún cuando el compromiso es hipocrático y no mercantilista, no se le debe restar importancia a los ingresos que debe recibir una persona por la prestación de un servicio, dado

que los mismos se revierten en calidad de vida para ésta y por ende para la sociedad. Un factor que puede afectar el desempeño laboral de un individuo es el ambiente de trabajo; por ello es conveniente, que las áreas destinadas para el desempeño médico – asistencial, incluyendo los sitios de descanso, reúnan las condiciones mínimas de salubridad y confort, atendiendo las normas para la prevención y condiciones del medio ambiente de trabajo; dado que dichas circunstancias influyen directamente en la calidad de atención.

Otro elemento importante que merece ser considerado en esta investigación, es la continua práctica; de muchos profesionales de la medicina, que realizan doble ejercicio de funciones en diferentes instituciones y dentro de un mismo horario de trabajo. Abandonando despreocupadamente las consultas de las dependencias de salud pública y dejando un considerable número de usuarios sin atender, o en un caso más extremo, ofreciendo una atención médica de baja calidad.

Sin embargo, debido a que nunca se han aplicado algún tipo de sanciones para las acciones referidas en el párrafo anterior, se genera otra irregularidad aún más grave, es el trato deshumanizado que la proporcionan muchos médicos a los pacientes que acuden por sus servicios a las dependencias de salud. Pero que este cambia radicalmente en la consulta privada.

En tal sentido, y después de visualizar claramente el referido panorama, es necesario hacer un diagnóstico detallado de la situación, evaluando cada uno de los elementos generadores del problema, con la finalidad de crear estrategias institucionales que brinden un escenario seguro y atractivo para ejercer con éxito el desempeño médico en las dependencia de salud pública, con lo finalidad de hacer aportes significativos para continuar mejorando la salud del pueblo venezolano.

1.3. Objetivo General

Evaluar la distribución del personal médico en las dependencias de salud pública existentes en el Estado Monagas.

1.4. Objetivos Específicos.

1. Identificar el número de dependencias de salud pública, existentes en cada Municipio del Estado y la denominación de cada una de ellas.

2. Censar el número de médicos y médicas activos que prestan sus servicios en las diferentes dependencias de salud pública del estado Monagas

3. Establecer estrategias interinstitucionales enfocadas en mejorar la captación y permanencia del personal médico en las dependencias de salud pública del Estado.

4. Proponer un plan de acción para mejorar la distribución del personal de salud en las dependencias de salud del estado Monagas.

1.5. Alcance y Limitaciones

Realizar esta investigación permite evaluar la distribución del personal médico en las dependencias de salud pública existentes en el Estado Monagas, con la finalidad de analizar una serie de realidades y hacer propuestas significativas que impulsen la reorganización de esta importante área del sistema de salud pública. Es importante destacar, el abordaje de investigación, en un período comprendido entre los meses de junio y noviembre del año 2009.

1.6. Limitaciones

Este estudio presenta relevantes limitaciones, debido a la escasa bibliografía que existe en el Estado referente al tema, además del inadecuado manejo al que se han sometido las estadísticas relacionadas con el tema.

Las informaciones recopiladas mediante la web, en la mayoría de los casos carecen de sustentación bibliográfica, situación que impide el desarrollo fluido de la investigación, debido al tiempo que hay que invertir en la verificación de las fuentes de la información. Aunado a esta situación, la accesibilidad a la información estadística es limitada, debido a las normas de confidencialidad que rigen a las instituciones involucradas.

Es importante señalar, que muchos de los funcionarios que coordinan servicios o departamentos relacionados con la Salud Pública regional, asumen que son “dueños” de los datos estadísticos que se manejan en esa determinada unidad, exagerando los límites de desconfianza y conscientemente impidiendo que se desarrolle una investigación objetiva.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

En el contexto de investigación, se presentan una serie de particularidades relacionadas con la evaluación de la distribución del personal de salud, muestran los antecedentes de estudios previos relacionados con el problema planteado, y que guardan alguna vinculación con el objetivo de estudio. Además se hace una exposición de las bases teóricas y legales que sustentan esta investigación. Iniciándose con una breve reseña histórica, algunos antecedentes del problema.

2. Antecedentes Históricos.

La historia de la humanidad permite visualizar como a lo largo del tiempo el hombre se ha empeñado en formar organizaciones y a su vez en hacer que las mismas sean eficientes y eficaces. En lo que respecta al área de la medicina la realidad no es diferente, al encontrar los significativos aportes que dejaron médicos como José Gregorio Hernández y José María Vargas. El Dr. José Gregorio Hernández comprende un acelerado paseo por una corta vida que se dividió entre la filosofía y la ciencia, emparejándolas de tal forma que logró un casamiento perfecto entre estas, disímiles disciplinas. Cursó estudios de biología en la Universidad Central de Venezuela, era filósofo, músico y poseía profusos conocimientos acerca de teología.

En el año 1891, es nombrado catedrático y director de los estudios de histología, fisiología experimental y bacteriología en la Universidad Central de Venezuela; consolidando de esta forma, la creación de la primera cátedra de Bacteriología en América. Entre los diversos aportes realizados, se encuentran el manejo y uso del microscopio; cultivó y coloreó microbios e hizo conocer la teoría de Virchow.

El Dr. Hernández realiza importantes estudios, que hoy son la base principal de otros, entre ellos destacan: la numeración globular roja, la angina de pecho de naturaleza paludosa, lesiones anatomopatológicas de la pulmonía crupal, las relaciones; que a su juicio debían existir entre el bacilo de Koch y el de Hansen y el flagelo de la bilharziasis, entre otros. De igual manera, redacta publicaciones de interés en el área de la medicina, fue uno de los 35 fundadores de la Academia Nacional de Medicina y ocupa cargos en instituciones médicas de la época, donde demuestra claramente que el profesional de la medicina puede ser, si se lo propone, un arquitecto social; un individuo con un excelente desempeño ético.

Otro médico, que realiza aportes importantes en el desarrollo social del país es, el Dr. José María Vargas; quien fue un eminente sabio del siglo XIX, venezolano de talla universal, que junto con otros compatriotas, como el Libertador Simón Bolívar, Francisco de Miranda y Antonio José de Sucre, se entregó en cuerpo y alma a trabajar por el bien y la grandeza de la Nación. (Torralbo, Henry. 2010).

La salud pública venezolana en el Siglo XIX y Principios del Siglo XX, ha experimentado una evolución permanente y dinámica a lo largo de la historia, al respecto el Plan Nacional de Salud 2009-2013/2018, hace la siguiente reseña:

El 25 de junio de 1827 el Libertador Simón Bolívar, en su condición de Presidente de la Gran Colombia emite el decreto de creación de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela. Además de otorgarle el carácter de tribunal para los asuntos profesionales y de cuerpo director de los estudios médicos universitarios, el citado decreto le confiere a la Facultad de Medicina atribuciones específicas relativas a la salubridad pública. (p.9).

Plataforma que evidencia que El Libertador se planteó, vincular la cátedra de medicina y a sus egresados con el resurgimiento del Estado

Republicano en lo que respecta a la salud pública; tal vez considerando esquemas europeos, donde el concepto de hospitales como centros de asistencia a indigentes, se redimensionó al concepto de centros de desarrollo científico de la medicina promoviendo la clínica y otras disciplinas de la salud, que transformaron la concepción de los hospitales de instituciones para albergue y atención de menesterosos en centros de desarrollo científico de la medicina que impulsaron la clínica y otras disciplinas de la salud, contemplándola como responsabilidad de Estado, dejando dicha responsabilidad en manos del Dr. José María Vargas.

El presidente Pablo Rojas Paul (1888-1890), mediante Decreto Presidencial del 16 de agosto de 1888, restablece:

El avance de la salubridad pública con la creación del Hospital Vargas de Caracas, como producto de un minucioso trabajo para impulsar el desarrollo integral de la capacidad pública para la atención de la salud, directamente relacionado con adelantos europeos.(p.12).

En tal sentido, los historiadores definen el lapso ante referido como “el periodo de renacimiento de la medicina venezolana”, escenario que propicia la formación de nuevas generaciones de jóvenes, entrenados en Europa, por decisión de estado; entre ellos: Luis Razetti, José Gregorio Hernández, Pablo Acosta Ortiz, Elías Rodríguez, Elías Toro, Santos Animal Dominici y Emilio Conde Flores, precursores que transformaron la enseñanza de la medicina y retomaron la salubridad pública como corresponsabilidad del estado. (ob.Cit).

Los referidos médicos continuaron trabajando por el progreso de la medicina venezolana y en 1893 crean la Sociedad de Médicos de Caracas, con la finalidad de ofrecer soluciones a diversos inconvenientes médicos sanitarios que presentaba la ciudad capital. Entre 1895 y 1897 instalaron el Instituto de Investigación Luis Pasteur, fundaron la cátedra de clínica médica

y obstetricia y realizaron más de 200 operaciones de alta cirugía en el Hospital Vargas.

En 1899, el gobierno de Cipriano Castro creó la Dirección de Higiene y estadística Demográfica, la cual estableció; el servicio público de aseo urbano, la continua inspección de alimentos, la vigilancia a mercados y mataderos y los envíos de muestras de alimentos al laboratorio de bacteriología del Hospital Vargas. Además de ordenar, la publicación en la Gaceta Médica de Caracas de los datos mensuales referentes a la morbilidad de esa ciudad.

En el año de 1902, se nombra al Dr. Rafael Rangel Director del laboratorio de bacteriología del Hospital Vargas, quien con el soporte del general Cipriano Castro, realiza importantes investigaciones sobre enfermedades tropicales, labor que le otorgó un gran reconocimiento, siendo este laboratorio un modelo a seguir en dicha época.

En cuanto a la Evolución de la Salud Pública Venezolana; con el surgimiento de la explotación petrolera, nace la dictadura de Juan Vicente Gómez, régimen en el que la salubridad pública se detuvo. En esta época solo se desarrollaron aquellas intervenciones sanitarias que favorecían la exploración y explotación petrolera, mediante saneamiento algunos territorios y el control de algunas enfermedades transmisibles. (Castellanos, 1980).

Con la muerte de Juan Vicente Gómez, llegan las presidencias de los Generales Eleazar López Contreras e Isaías Medina Angarita, y con ello renace la responsabilidad del estado para el desarrollo institucional de la salubridad pública, creándose el 21 de febrero de 1936 el Ministerio de Sanidad y asistencia Social (MSAS). En dicha época el Ministro Enrique Tejera establece tres grandes prioridades: control de la malaria, la

tuberculosis y la mortalidad infantil. En 1936, como una conquista del movimiento obrero, se aprueba la Ley del trabajo, en cuyo articulado se establece la creación del Seguro social Obligatorio.

En 1946 se creó la División de hospitales (posteriormente Instituto Nacional de Hospitales) hoy se retoma el compromiso de desarrollar una red pública hospitalaria. En la Carta Magna de 1947, se consagra por primera vez el derecho a la salud y la responsabilidad del Estado como mandato constitucional. (ob.Cit).

Durante el citado periodo la Salud Pública como derecho y responsabilidad de Estado, se tradujo en el progreso de una eficiente red de servicios de salud, formación del talento humano clínico y de salud pública. Se desarrollo una comunidad científica en salud y se aplicaron ideas innovadoras, con metas sociales transformadoras.

El impacto sanitario positivo de este periodo se visualiza claramente al comprobar que la esperanza de vida al nacer se elevo entre 1950 y 1962, de 58,8 a 66,4 años, un promedio superior a siete meses por año. De igual manera, la tasa de mortalidad infantil, que para el año 1950 era de 78,8; para el año 1962, fue de 48,2 por mil nacidos vivos, una reducción de 2,6 puntos por cada año.

Para 1960, ya el 67,4% de la población era urbana, se había logrado reducir a grandes rasgos los territorios malaricos y de otras endemias rurales, se habían desarrollado eficientes programas nacionales contra la tuberculosis, la lepra y otras enfermedades tradicionalmente afectaban la población rural. Los desarrollos económicos urbanos estimularon el fenómeno de las migraciones hacia las ciudades y empieza a surgir la necesidad de reestructurar el sistema público de salud para dar respuestas afectivas a las nuevas realidades demográficas y epidemiológicas.

En este sentido, el Ministerio Del Poder Popular Para la Salud, hasta 1961, con competencia en salud se llamo Ministerio de Sanidad y Asistencia a la Salud, regido bajo una concepción asistencialista y a través de la cual el estado asumía la obligación de garantizar los servicios en la medida de sus posibilidades. A partir de 1999, se cambio esta concepción y con base en el postulado constitucional que concibe a la salud como un derecho social fundamental, se creó el Ministerio de Salud y desarrollo Social.

Por tanto, para el año 1999, se fusionan el Ministerio con competencias en salud con el antiguo Ministerio de la Familia, la Comisión Nacional de la Mujer (conamu) y la Fundación Centro de Estudios Biológicos sobre el Crecimiento y desarrollo de la Población Venezolana (FUNDACREDESA), a los fines de desarrollar un enfoque integral de la salud vinculado con las políticas de desarrollo social. Sin embargo, a finales del año 2006, el Ministerio en cuestión fue nuevamente reformulado, retomando competencias en materia de salud sin el componente de desarrollo social.

Durante el referido periodo, fueron designados tres ministros: Francisco Armada, seguido por Erick Rodríguez (2007, Enero), quien posteriormente fue sustituido en mayo del 2007 por el entonces titular del IVSS, Coronel Jesús Mantilla.

Por otra parte, la Salud Pública en el estado Monagas, hasta el año 1937, no contaba con una organización médica asistencial, que brindara servicios de medicina preventiva y curativa. En 1843, se radica en Maturín; que para entonces era una pequeña aldea, el Dr. Cesar gaetano Suppini, quien pasa hacer el primer medico que tuvo esta población. En lo que respecta a las juntas de sanidad (1893), las mismas eran creadas por el Consejo Municipal y la integraban además del médico, otras personalidades como: el párroco, un concejal y uno o dos miembros de la comunidad. Las

primeras medidas sanitarias fueron tomadas por el Ayuntamiento Municipal en 1893, cuando el Consejo Municipal decreta la creación de la Junta de sanidad.

En 1896, funcionaba una Medicatura de Sanidad, desde donde se planificaba todo lo relacionado con la atención medico-sanitaria de la población, institución que posteriormente reemplaza a la Junta de sanidad. El 18 de febrero de 1901, la Cámara Municipal decreta la creación de dos nuevas medicaturas en Maturín; en las Parroquias Libertad y San simón. En el año 1908, se nombra medico de sanidad al Dr. Manuel Núñez Tovar; respetado medico investigador en el campo de la entomología y parasitología y quien luego, junto a los doctores Cesar Flamerich y Rafael Núñez Izaba, pasa a ser integrantes de la Comisión de Higiene del Estado Monagas.

Asimismo, luego de la fundación por Decreto a nivel central del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (1936), y frente a los ataques de la malaria, se crea en Monagas la División de Malariología y se funda la Unidad Sanitaria, institución que reemplaza a la Medicatura de Sanidad, encargándose de los servicios de medicina preventiva y curativa, desplegando dependencias de: Venereología, Lepra, Tisiología, Vacunación y Certificados de salud, entre otros.

El 31 de mayo de 1936, fue creado el asilo de mendigos, para atender a la población senil e indigente, anexándole un espacio para los enfermos de tuberculosis y otro para los enfermos mentales. Este asilo se organiza en 1946 y comienza a llevar el nombre del “Dr. Luis Daniel Beaperthuy”, luego en 1960, se le nombra Unidad Vecinal Luis Daniel Beaperthuy, actualmente se conoce como Unidad Geriátrica “Dr. Marcos Serres Padilla”.

Por último, la Misión Barrio Adentro fue impulsada en el año 2003, desde

la Presidencia de la República, con el apoyo del Ministerio de salud, Ministerio del trabajo, Ministerio de Energía y Minas, de la empresa nacional Petróleos de Venezuela (PDVSA) y especialmente, con el apoyo técnico cubano en el Marco del convenio de cooperación bilateral entre la República de Cuba y la República Bolivariana de Venezuela, planteado con otras misiones como una política de inclusión social.

Barrio Adentro se convirtió en el eje central del nuevo Sistema Público Nacional de Salud que se viene adelantando. Además de ser un modelo prestacional cercano a los habitantes de las comunidades necesitadas y orientadas hacia los sectores sociales más excluidos; representa los servicios de Atención Primaria de Salud ampliados y ofrecidos en forma gratuita y con especial cuidado en el trato humano. Barrio Adentro, tiene establecido como objetivo general, recatar y mantener la participación protagónica de las comunidades organizadas en actividades de prevención y promoción de salud y calidad de vida, incluidas actividades de contraloría social en salud. Donde el pueblo es participe directo y activo en la solución de los problemas de salud que le acaecen.

2.1 Antecedentes de la investigación.

Se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica sobre temas referidos a la salud pública como área de vital importancia para el desarrollo de un país.

En los propios Estados Unidos de Norteamérica se está buscando formas de que los profesionales de la salud presten servicios en áreas menos favorecidas y es así que, Brito, P., Padilla, M. y Rígoli, F. (2003), hace referencia que, para el año fiscal, Bush planteó un aumento del 32% del presupuesto para el “National Health Service Corp”, este presupuesto adicional se lo utilizaría en incentivos para médicos, odontólogos y otros profesionales de la salud que trabajen en las áreas poco atendidas.(p.14).

De igual manera, la Organización Panamericana de Salud (OPS, 1998), plantea que “...las naciones del hemisferio necesitan garantizar la prestación de servicios básicos, tanto preventivos como curativos, para los sectores más desprotegidos de la sociedad. Para lograrlo se necesita compromiso político, planificación efectiva y desarrollo de la participación comunitaria”. (p.7). Es evidente que el acopio de información sumada al correspondiente anuncio ponen en evidencia graves problemas que aquejan a muchos países como las comentadas, inequidades en la distribución geográfica de los recursos humanos, además de otro tipo de inquietudes.

En referencia a las inequidades de la distribución del recurso humano, Merino de Rojas; M. Cristina. (2004), realizó un estudio de investigación titulada, Equidad en la distribución de los recursos humanos en Salud, tomando como eje los países: Bolivia, Ecuador, El Salvador y México. Para lo cual diseñó el instrumento, considerando los elementos teóricos mencionados en el presente trabajo. Este instrumento para su correspondiente validación fue aplicado a los directores o jefes de recursos humanos de las instituciones públicas del sector salud o relacionadas con él.

La validación en el Ecuador se realizó con las autoridades mencionadas que laboran en: el Ministerio de Salud Pública, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social General y Campesino y las Fuerzas Armadas. Inicialmente se planteó la posibilidad de una guía para llevar a cabo una entrevista, pero desafortunadamente el tiempo de las autoridades imposibilitó su aplicación como tal.

Además, coincidentalmente todas las personas a las que se les solicitó la respectiva cita, una vez que conocían los pormenores de la temática se disculpaban en honor a su tiempo y responsabilidades y pedían que se les deje el instrumento para conocerlo y contestarlo en otro momento. (p.27).

La autora realizó una contextualización de la problemática de la distribución inequitativa, especialmente geográfica de los recursos humanos en salud, el cual concluye con un análisis de factibilidad:

1. Bolivia, Ecuador y México disponen de la mayoría de información a nivel municipal. La dificultad aparentemente lo tiene El Salvador pues lograr datos municipales demandaría demasiados recursos y tiempo, pero bien se podría trabajar con los datos de los SIBASI.

2. En relación a la confiabilidad de los datos esta generalmente varía entre buena y media dependiendo del dato que se requiera y del país del que se trate. Hay alguna excepción en que se la califica de mala por tratarse de estimaciones.

3. La actualización también es variable y va desde Bolivia y Ecuador que se podría conseguir datos del 2003, pasando por El Salvador que tiene datos del 2002 pero México dispone de información a nivel de municipios solo hasta 1999 en lo que se refiere al personal de salud e información socio-económica y demográfico del año 2000 en que se realiza el censo en ese país.

4. Con la información del Ecuador se puede confirmar que existe inequidad en la distribución de los recursos humanos a nivel de los cantones o municipios, pues por ejemplo, en muchos casos el número de estos profesionales se ubican de manera preferencial en donde existen menos problemas relacionados con la pobreza, por tanto, donde probablemente se requiera menos de su quehacer. (p.29).

Por consiguiente, los avances y retrocesos en estos ejes han determinado las políticas públicas predominantes sobre salud y calidad de vida en diferentes momentos de la historia, lo cual pone de manifiesto un marcado carácter de clase desposeídas, desprovista de la asistencia médica. Luego de una serie de reflexiones, en Venezuela durante muchos años los avances sociales que experimentó la referida plaza fueron muy pocos, debido al desinterés de las autoridades gubernamentales de períodos anteriores. Esta situación generó como consecuencia, una población desasistida, dependencias de salud pública en considerable deterioro y, por tanto, la exclusión social de los más necesitados.

A este respecto, D'Empaire, Gabriel (2001). En su trabajo presentado en la sesión del día 21, sobre: Aspectos éticos de la distribución de recursos escasos y el derecho a la asistencia médica. Refiere que:

En nuestro país, debe existir un sistema de atención médica público. La salud es un derecho y con las limitaciones establecidas debe garantizarse a los miembros de la sociedad que la necesiten. La asistencia médica pública se debe regir por la justicia distributiva y redistributiva, según la cual, del presupuesto general del Estado, se establece, un porcentaje para la atención sanitaria. Este presupuesto para sanidad, será sin duda limitado, y por tanto deberá ser adecuadamente administrado a fin de obtener de él el mayor beneficio.(p.22).

En efecto, el modelo predominante de justicia distributiva ha estado basado en este esquema, lo justo es dar a cada quién lo que le corresponde de acuerdo a la condición poblacional. La distribución sería una atención médica igualitaria.

Identificación del número de dependencias de salud pública, existentes en cada Municipio del Estado.

El escenario venezolano con respecto a la Administración de la salud, ha dejado mucho que decir, y preocupa seriamente el que no se tomen las estrategias, acciones correctivas que favorezcan a los venezolanos que requieren de un servicio de la salud garantizado con calidad, además de que es un derecho que le corresponde y que el Gobierno debe tratar de que se cumpla.

De acuerdo a lo planteado por Figueroa; María Gabriela, citada por Mora Venegas; Carlos (2008). En el foro sobre este tópico que la responsabilidad de la administración de la salud en Venezuela la tiene “el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, quien se encarga de la formulación de políticas y estrategias, de la elaboración de normas y la planificación general”. Y dentro de sus funciones se encuentran:

- **La evaluación y aprobación de políticas, planes y acciones en áreas de impacto en la salud y la calidad de vida de la población articulada con otros entes del Estado.**
- **La fijación de los criterios de asignación y distribución de los recursos humanos a los organismos y redes públicas de salud. (p.21).**

Al incursionar en el rol del estado venezolano con respecto a garantizar un servicio eficiente, de calidad de la salud para todos los que viven el país, se encuentra que ha sido un aspecto que muy poca importancia se le ha dado, dejando mucho que decir la garantía para el venezolano, especialmente por el poco recurso eficaz para disfrutar un buen servicio al que tiene derecho.

Es pertinente mencionar, que la responsabilidad de la administración de la salud en Venezuela recae, en su brazo ejecutor, en el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), cuya función es la formulación de políticas y estrategias, la elaboración de normas, la planificación general y la realización de actividades del Ejecutivo nacional en el ámbito de la salud y desarrollo social.

Por otra parte, cobra importancia la definición de la dependencia de salud, en este sentido el Instituto Nacional de Salud Pública de México, (INSP, 2007), la define como: “establecimientos comprometidos con el desafío que supone responder a las múltiples demandas que se le plantean desde la sociedad y desde las instancias gubernamentales, orientadas principalmente a la medicina preventiva y curativa de la población”. (p.12).

La salud pública en Venezuela y principalmente en el estado Monagas, siempre ha sido una asignatura pendiente, aun suponiendo una necesidad ineludible y un derecho básico para todo ser humano.

La transición demográfica a nivel nacional representa un promedio de la heterogeneidad de situaciones que se registran a escala subnacional, debido a que los cambios de la fecundidad, la mortalidad y la migración han ocurrido con distinta amplitud e intensidad, bajo la influencia de factores de diversa

naturaleza, contribuyendo así a la conformación del patrón actual de distribución territorial de la población.

Según la UNICEF (2005), Dice:

...más del 90% de la población se considera urbana, entre 80% y 90%, aparecen los estados Lara, Táchira, Mérida, Monagas, Yaracuy, Sucre y Cojedes. De otra parte se puede identificar un grupo de entidades donde el nivel de urbanización varía entre 66% y menos de 80% (p.45).

A su vez, considera que la población venezolana se ha caracterizado por una intensa concentración en ciudades principales (50.000 y más habitantes), donde se localiza:

...más del 70% de la población catalogada como urbana. De ese conjunto de ciudades sólo tres superan el millón de habitantes y vale destacar no sólo que ellas acogen al 22% de la población urbana nacional, sino también que registran un crecimiento promedio anual bastante más alto que el de la población urbana en su conjunto. El último censo arrojó un total de 2,67 millones de personas empadronadas en las zonas rurales, cifra que significó una disminución de casi 200.000 habitantes con relación al Censo de 1990 y que se traduce en una tasa de crecimiento negativa en el orden de 0,7%.

Por lo que esa reducción de la población rural se explica debido a varios factores, el descenso en la tasa de crecimiento vegetativo, la migración rural-urbana y la reclasificación de áreas rurales en nuevas zonas urbanas.

Hoy en día, el país cuenta con una serie de medidas que se están haciendo efectivas pero que no llegan aún a alcanzar el nivel mínimo deseado en materias de sanidad. Es un largo proceso que requiere de mucho tiempo, pero del cual se debe exigir y esperar resultados provisionales que se vayan estabilizando y que muestren un claro camino hacia un gran sistema de seguridad social sanitaria. Hasta el presente, toma importancia la Misión Barrio Adentro III en la restauración de viejos

hospitales. Esta etapa consiste en reformar y acondicionar dignamente los 300 hospitales públicos con los que cuenta el país, no sólo en lo referente a las instalaciones sino también en cuanto a la reestructuración de personal y aportación de nuevos efectivos completamente formados. Guerrero; Modesto, Emilio (2007). En su estudio la Salud en Venezuela, manifestó que:

El Presidente Hugo Rafael Chávez Frías, se ha comprometido especialmente con la salud y con fortalecer los aspectos que menos han avanzado al respecto, el objetivo propuesto, en principio, es llevar a cabo tales mejoras en los 44 centros hospitalarios más importantes y que además cuentan con más del 50% de quirófanos y más del 60% de las camas totales del servicio sanitario público. (p.23).

En este punto, es pertinente destacar que las ventajas en caso de conseguir tales objetivos, serían más que sobresalientes. Pero se tendría que seguir optimistas, porque aún hay un avance muy escaso en esta etapa de la Misión Barrio Adentro. En esa perspectiva, el nuevo sistema de salud creado por la “Revolución bolivariana” contiene dos riesgos ingénitos. El principal peligro está en el peso ganado desde 1959 por los sistemas de salud privados, cuyos criterios éticos, económicos y políticos tienen como único fin el lucro individual, no la asistencia sanitaria de la población. Nace en el negocio privado y termina en el funcionario, no al revés. Se perfila como el principal factor de distorsión y peligro para el sistema sanitario que está creando la “revolución bolivariana”.

Se han conseguido grandes logros en Venezuela, en cuanto a materia de salud para las clases más necesitadas principalmente, aunque también han experimentado mejoras a todos los venezolanos sin excepción, pero aún queda mucho por hacer y la gran asignatura pendiente sigue siendo, la deficiencia en las instalaciones hospitalarias, tanto a nivel de equipo como de personal. En todo caso los resultados anteriores, se visualiza al observar las dependencias presentadas por la Oficina de Gerencia Medica

de la Dirección Regional de Salud del estado Monagas (Cuadro N° 1), donde se indica el número de establecimiento de salud con que cuenta cada municipio.

En lo que respecta a salud, Monagas se divide por distritos sanitarios, que a su vez comprenden los municipios, por lo que, en cada sitio se encuentra ubicado un ambulatorio, hospital, consultorio popular, así como los CDI. Los cuales deben prestar atención todos los servicios médicos. En relación a estos datos obtenidos a través de la gerencia médica del estado Monagas, se presenta la distribución del número de dependencia de salud pública.

Tabla n° 1. Distribución de dependencias de salud pública por municipio. Estado Monagas. Año 2009.

DEPENDENCIAS	Dirección Regional de Salud	Barrio Adentro	PDVSA	IVSS	IPASME	INAGER	SANIDAD MILITAR
MUNICIPIOS							
MATURIN	78	95	1	1	1	1	1
BOLIVAR	11	13	1		1		
CARIPE	17	8			1		
EZEQUIEL ZAMORA	6	19	1		1		
AGUASAY	18	4					
SANTA BARBARA	2	6					
SOTILLO	13	7					
URACOA	14	1					
PIAR	27	9					
ACOSTA	20	5					
LIBERTADOR	17	12	1				
CEDEÑO	21	13					
PUNCERES	13	7	1				
TOTAL	257	199	5	1	4	1	1

Fuente: Oficina de Gerencia Médica de la Dirección Regional de Salud del Estado Monagas, (2009).

Oficina de Recursos Humanos de la Fundación Misión Barrio adentro, IPASME, PDVSA, INAGER, IVSS, (2009).

Colegio de Médicos del estado Monagas, (2009).

Cabe considerar y a través de un proceso de recolección de información, se evidencia que el Estado Monagas cuenta con una amplia gama de dependencias de salud pública, tal como lo refleja el cuadro n° 1, que bien organizadas pueden asistir adecuadamente a toda la población monaguense, sin ser afectadas por un supuesto déficit del recurso humano y de establecimiento dispensadores de salud.

Censar el número de médicos y médicas activos que prestan sus servicios en las diferentes dependencias de salud pública del estado Monagas.

Dentro de este marco de la salud pública, es necesario visualizar las estadísticas presentadas por la Dirección Regional de salud (DRS), publicada en la prensa regional, El Periódico, (2009), donde se indica el número de profesionales de la medicina, con el que cuenta cada dependencia de salud pública, es insuficiente, revelando además los números a que asciende la necesidad.

El déficit de profesionales de la medicina es uno de los mayores desafíos que enfrenta el sector salud a nivel nacional, en el caso del estado Monagas se han establecido incentivos y convenios para lograr cubrir el 70% aproximadamente el territorio, con la prestación de los servicios de los referidos profesionales. (3).

En tal sentido, en Monagas, de acuerdo a cifras ofrecidas por la Dirección Regional de Salud (DRS), se necesitan 109 médicos entre residentes y rurales; área donde la carencia es más acentuada. Cuando solo el Hospital Universitario Dr. "Manuel Núñez Tovar", requiere de 33 residentes y en otras dependencias se estima necesario; como paliativo más inmediato, reforzar los servicios con 23 médicos especialistas.

Debido a la realidad antes planteada, el ejecutivo nacional

conjuntamente con la DRS del estado Monagas, ha establecido un convenio con el Batallón 51, dependiente del despacho de la Presidencia de la República, que contrata 14 médicos que prestaran atención primaria en los ambulatorios de los Barrancos, Cachipo, El Zamuro, Las Alhuacas, Bocas de Uracoa, Aguasay y Potrerito. Situación que mejora el escenario en estas distantes zonas. (ob.Cit).

Con esta perspectivas, es necesario hacer énfasis de la definición del médico, Arca González; José Miguel (2006), (2010), define a los médicos y medicas como “una persona que se encuentra legalmente autorizada para ejercer la medicina”. (p.2). La práctica de la medicina implica una relación entre el médico (el agente activo del proceso sanitario), el enfermo (el paciente o agente pasivo que requiere de una acción del médico.). Por lo tanto, el médico ejerce la medicina, que es una de las ciencias de la salud. Este grupo incluye a todas las ciencias que se encargan del estudio de la vida, la salud, las enfermedades y la muerte y que permite realizar diagnósticos, tratamientos y prevenir afecciones.

Entre las dimensiones de la actuación médica, se abarcan las dos caras de la medicina admitidas desde siempre y que constituyen su esencia y le dan su especificidad, la faz humanística y la científico técnica. En la jerarquía prima la dimensión humanística sobre la técnica y ambas descansan en la plataforma procesal. Es por ello, que se agrupan bajo esta denominación un conjunto de tareas afines.

A cada dimensión se le asigna una tríada funcional. Así, la dimensión humanística tiene un componente ético (función ética) y uno psicosocial desdoblado a su vez en la relación médico-paciente (vincular) y la relación del médico con el equipo asistencial (grupal). La dimensión técnica comprende una función preventiva (se refiere a los niveles primario y

secundario de prevención), la función central clínica que ocupa el eje del cuadro y los tareas relativas a las destrezas (instrumental). (ob.cit. p. 48).

Haciendo una reflexión respecto a las dimensiones del médico, llama la atención que algunos de los galenos terminan sus tareas más rápido que otros para compensar el tiempo perdido o para atender otras consultas en sitios de mayor relevancia, donde puedan compensar el salario y lograr tener una vida acorde a sus expectativas y metas trazadas. También el acortamiento de las tareas, pueden deberse a las interrupciones para recuperar el tiempo perdido, lo que puede tener implicaciones significativas para la seguridad del paciente.

En una reunión efectuada con su tren ejecutivo, el Presidente de la República, Hugo Chávez Frías, (21 febrero de 2008), negó que la salud en Venezuela estuviera "en coma", en alusión a un titular publicado en primera plana por el diario Últimas Noticias. Es importante mencionar algunos datos que recordó el Jefe de estado en cuanto a la salud en Venezuela se refiere. Precisó:

...que hace nueve ó 10 años, en Venezuela había 20 médicos por cada 100 mil habitantes, mientras que hoy hay 60 médicos por cada 100 mil habitantes; la red de atención primaria en el país hace 10 años tenía cerca de 5 mil ambulatorios, la mayoría de ellos abandonados, pero actualmente hay más de 11 mil ambulatorios, "instalaciones de la red de atención primaria que en salud es lo más importante, ya que hace nueve años atendía menos de 20% de la población y hoy atiende a más de 90% de la población".(p.4).

Además el Presidente Hugo Chávez, precisó que la mortalidad infantil, que estaba por encima de 20 por cada mil niños nacidos vivos, ha llegado a 13 por cada mil niños nacidos vivos; la mortalidad materno infantil igualmente ha descendido; se ha incrementado el índice de desarrollo humano y la esperanza de vida. La recomendación de Chávez Frías a los medios es, que cuando se hable de salud lo hagan de manera integral, "ya que la salud tiene

que ver también con el deporte, con la red de atención primaria, con las campañas de vacunación, no sólo son los hospitales; estos constituyen el último eslabón".

Asimismo, recalcó que el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), ha inaugurado recientemente, salas de diálisis para garantizar atención a 100% de los enfermos que necesitan diálisis, además, "aquí antes no se atendían a los enfermos del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida), pero ahora se garantiza atención gratuita a 100% de los casos registrados". (p.10). En relación a la distribución de médicos en las dependencias de salud, es desigual, ya que la mayoría optan por preferir plazas en las zonas urbanas, dejando las zonas rurales desprotegidas, argumentando el difícil acceso del transporte público y la alta delincuencia y de perder la oportunidad de incursionar con prontitud a las especializaciones.

Evidentemente el análisis evaluativo de la distribución de los médicos y medicas rurales y residentes por dependencias de salud pública., actualmente cobra mayor importancia, aún cuando las políticas de gobierno del Presidente Hugo Chávez, se han enfocado en atacar fuertemente la situación antes descrita, existen irregularidades que ameritan especial atención, como es el caso de la distribución del personal médico que aparentemente existe en las dependencias de salud pública del país y, en este caso en el Estado Monagas.

Este planteamiento, se visualiza al observar las estadísticas presentadas por la Oficina de Gerencia Médica de la Dirección Regional de Salud del estado Monagas (Cuadro N°2), donde se indica que el número de profesionales de la medicina, con el que cuenta cada dependencia de salud pública, es insuficiente, revelando además los números a que asciende la necesidad. Por consiguiente, se hace necesario la especificación de

médicos en cada dependencia de salud.

A continuación se especifica la distribución de médicos y medicas residentes y rurales en ejercicio del Artículo 8, por dependencias de salud. Según datos generados por la Dirección Regional de Salud del Estado Monagas. Año 2009.

Tabla N°2

Distribución de los Médicos Rurales y Residentes; Necesidad por Dependencia Pública

Nombres	N° Residentes	N° Rurales	Necesidad de Residentes	Necesidad de Rurales
H.U.M.N.T.	40	0	13	5
Centro Cardiovascular	6	1	3	2
Simón Bolívar	10	1	1	1
Amb. Serres	8	3	2	0
Amb. Vargas	9	6	1	0
Amb. Urbanos	5	8	5	2
Amb. Rurales	10	0	2	0
Caripito	4	8	4	0
Caripe	2	7	3	2
Punta de Mata	7	10	2	1
Barrancas	5	6	0	0
Uracoa	2	8	4	0
Aragua	4	8	2	0
San Antonio	4	3	3	4
Temblador	6	8	3	0
Caicara	3	6	3	3
Quiriquire	4	6	3	1
Total:	129	89	54	21

Fuente: Oficina de Gerencia Médica de la Dirección Regional de Salud del Estado Monagas. (2009).

Un aspecto importante en el desarrollo de este estudio de investigación, es analizar objetivamente la distribución de los médicos y medicas en el estado Monagas, considerando cada una de las aéreas de su competencia; entre ellos, médicos y medicas rurales, residentes, especialistas, de salud pública y de medicina general integral, sin dejar a un lado la importante población que representan los medicas y medicas de la Misión Barrio Adentro.

Resulta interesante mencionar, que de acuerdo a los datos planteados en el cuadro 2, se evidencia que algunas de las dependencias que presentan un aparente déficit de profesionales de la medicina, son el Hospital Universitario Dr. “Manuel Núñez Tovar” y los Ambulatorios Urbanos, siendo estos los que atienden mayor número de usuarios de la población de bajos recursos; realidad que puede generar un desequilibrio significativo y desmejoras en la calidad de atención en los servicios de emergencia y triaje de los referidos centros de salud.

No obstante, en aras a continuar ofreciendo mejoras a esta evidente realidad, algunas Alcaldías, como la de los municipios Acosta, Piar, Bolívar, Cedeño, Punceres y Uracoa, ofrecen mejoras salariales, vivienda y transporte tanto a los médicos rurales como a los residentes , y en el mejor de los casos se considera al especialista. Que aun cuando históricamente se ha comprobado que esta no es la solución más acertada en tan arraigado problema, sirve como incentivo y motivación para muchos jóvenes profesionales, que están dispuestos a brindar ayuda a las comunidades más alejadas.

Otra estructura generada en pro de establecer mejoras coyunturales no solo en el problema de la distribución del personal médico, sino en la transformación social e institucional valiosa para la construcción del nuevo

Sistema Público Nacional de Salud; es la Misión Barrio Adentro, la cual representa el logro más importante del actual gobierno. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos para el desarrollo de esta nueva organización, existe una marcada debilidad, específicamente en lo que respecta a la unificación con el régimen tradicional de salud.

La fragmentación no solo ha sido tradicional sino también financiera, Barrio Adentro ha percibido asignaciones extraordinarias muy superiores al presupuesto ordinario del ministerio. Por ejemplo, para el año 2005 recibió, por vía de presupuesto extraordinario; 2.43 billones de bolívares, lo que representó la mitad del presupuesto ordinario del Ministerio del Poder Popular para la Salud (4,86 billones de bolívares). Adicionalmente, para el año 2007 el presupuesto del ministerio (4,42 billones de bolívares) reveló un decrecimiento con respecto al 2006, cuando se contó con 5,01 billones de bolívares. (Informe Anual PROVEA). (p.32).

En consecuencia, el sistema sigue fragmentado y desarticulado, con algunas fallas estructurales de funcionamiento que no han podido ser revertidas, afectándose las garantías de acceso universal y calidad de los servicios prestados por las redes tradicionales de asistencia a la salud. Situación que acentúa la necesidad de crear un nuevo Sistema Público Nacional de Salud que termine con el paralelismo y la disparidad entre las dependencias e instituciones responsables de ofrecer atención médica y asistencial al pueblo venezolano.

Actualmente, aun cuando ha disminuido las denuncias por irregularidades, como el cobro indirecto a los usuarios para ser atendidos y las fallas en el suministro regular de medicamentos e insumos quirúrgicos, camas de hospitalización insuficientes, déficit de personal médico y de enfermería, falta de equipos médicos, fallas en las edificaciones, condiciones de insalubridad como inseguridad; siguen persistiendo anomalías que generan situaciones de vinculación al derecho a la salud por falta de acceso a una atención oportuna y de calidad.

En tal sentido, es prioridad continuar estableciendo estrategias enfocadas en políticas y planes de salud, teniendo como base los términos pautados en la Constitución Bolivariana de 1999, para suprimir al máximo las fallas que presenta el actual sistema de salud venezolano, que afectan directamente la calidad de servicio. Es evidente que el trabajo en equipo mejora el logro de los objetivos, motivo por el cual se facilita el desarrollo de estrategias para avivar las fortalezas y atender efectivamente las debilidades.

Por tal motivo el sistema de salud pública debe unificarse con la única y clara intención de distribuir mejor los recursos económicos y humanos, reimpulsando un esquema de trabajo basado en altos niveles de calidad y equidad.

La distribución equitativa de los recursos en el sistema de salud pública, permitiría una mejor planificación y por ende la reorganización de todos los servicios, concatenando toda una red de atención que no deje sin respuestas a un pueblo necesitado. Donde las oportunidades ofrecidas por el gobierno central se puedan aprovechar al máximo para atacar contundentemente cualquier amenaza.

Esta situación de estadía del personal médico en las dependencias de salud, no escapa de la realidad antes planteada, el Estado Monagas cuenta con 1.456 profesionales de la medicina de diferentes aéreas y especialidades (cuadro nº 3), solo que los mismos están distribuidos en las diferentes dependencias del estado. Estas cifras son muy acertadas si se analizan considerando el número de habitantes, que para el año 2009, era de 819.197.

Ahora bien, al hacer una comparación con la norma planteada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006), la cual establece que toda

población debe contar con un profesional de la medicina por cada 1.250 habitantes, surge una importante interrogante para este estudio investigativo, a saber ¿existe en realidad una mala distribución o déficit de medico en el estado Monagas?

En este sentido es paritorio realizar un cuadro demostrativo que en sí, demuestre las deficiencias de inequidades en cuanto a la distribución del personal médico y médicas especialista, residentes y rurales por Municipio del Estado Monagas. A continuación cuadro n° 3.

Tabla N° 3.
Distribución de Médicos y Médicas por Municipio en el Estado Monagas. Año 2009.

DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS Y MÉDICAS								
DEPENDENCIAS	Dirección Regional de Salud	Barrio Adentro	PDVSA	IVSS	IPASME	INAGER	SANIDAD MILITAR	Médicos Especialistas
MUNICIPIOS								
MATURIN	653	259	33	24	48	3	18	784
BOLIVAR	15	52	12		3			10
CARIPE	10	37			1			3
EZEQUIEL ZAMORA	17	47	13		8			8
AGUASAY		10	2					2
SANTA BARBARA		6	2					0
SOTILLO	12	20						4
URACOA	11	4						2
PIAR	17	8						6
ACOSTA	12	10						5
LIBERTADOR	11	15	8					8
CEDEÑO	16	10						8
PUNCERES	13	8	8					8
TOTAL	787	486	78	24	60	3	18	Esp. 848

Fuente: Oficina de Gerencia Medica de la Dirección Regional de Salud del Estado Monagas, (2009).

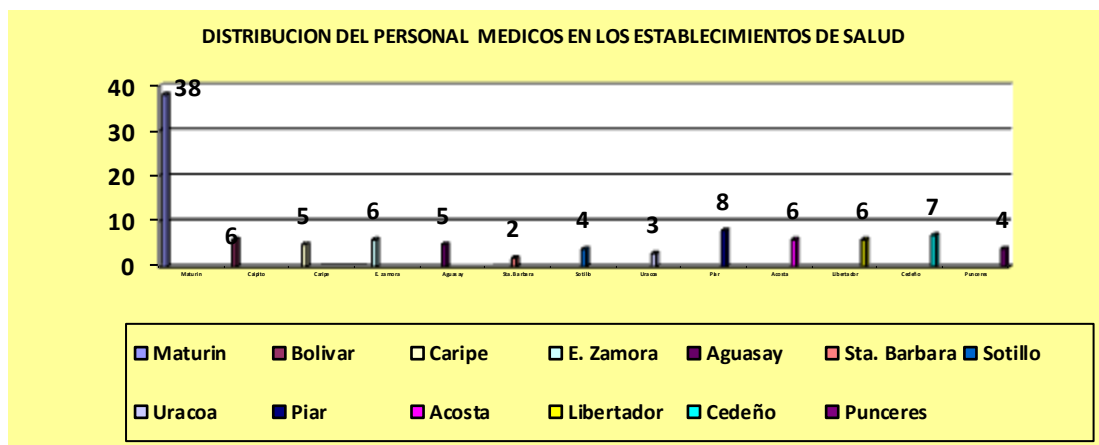
Oficina de Recursos Humanos de la Fundación Misión Barrio Adentro, IPASME, PDVSA, INAGER, IVSS, (2009).

Colegio de Médicos del estado Monagas, (2009).

En relación a lo observado, es pertinente mencionar la gran ventaja que tienen los especialistas de toda la rama de la medicina, en cuanto a la distribución de trabajo, en la cual, la mayoría se encuentran laborando en instituciones de salud dependientes del INVSS, IPASME, INAGER, además de ocupar plazas en la red de clínicas privadas, llegándose al cabalgamiento de horario, aproximadamente según, data suministrada por la gerencia medica de la Dirección Regional de Salud (DRS), un 20% se encuentran en proceso de jubilación aun cuando siguen ejerciendo la medicina, ya que en el MPPS no se ha tomado en cuenta para la desincorporación de la nómina y por consiguiente, el derecho a prestaciones sociales.

Cabe destacar, que el 92% de los Especialistas se ubican en el municipio Maturín, ocupando cargos en las diferentes instituciones públicas y privadas del estado y un 8% ocupan cargos en otros municipios, siendo Santa Barbará el municipio más sentido y excluido de contar con especialistas, un 14% pertenecen a Barrio Adentro (MGI), todos ubicados en el municipio Maturín. Es necesario mencionar que el 70% pertenecen a nómina de la Dirección Regional de salud.

Gráfico N° 1



Fuente: MPPS, Dirección Regional de Epidemiología.

Procesamiento: INE. Gerencia Estatal Monagas.

Los datos suministrados en el cuadro 1, revelan que el 38% de los médicos, están distribuidos en el municipio Maturín, Piar ocupa el segundo con un 8% y el tercer lugar el municipio Cedeño con un 7%. Los demás municipios como Libertador, Cedeño, Ezequiel Zamora y Bolívar se ubican en el cuarto lugar con un 6%, seguido de Caripe y Aragua con 5%. Punceres y Sotillo representan un 4%, mientras que Urococha un 3%. Es de acotar que el municipio que menos médicos tiene es Santa Bárbara en este caso con un 2%.

Los municipios que menos habitantes tienen, según lo refleja el cuadro de proyección poblacional, son los más desprotegidos de contar con los servicios de atención médica. El análisis precedente, llama a la reflexión del trabajo mancomunado realizado en el Estado Zulia, referente a la distribución de Médicos y Medicas designados en los diferentes Ambulatorios que conforman la Red Primaria en Salud; el Dr. Hernández, Augusto (2009), jefe de la División de Salud Colectiva y Redes de Corposalud; dijo:

..Se está haciendo la distribución de los médicos que van a ir a nuestros principales hospitales distritales y ambulatorios, son profesionales egresados de la Ula Táchira y Ula Mérida y Univ. Del Zulia, Univ. Central y Univ. De Carabobo, los cuales han venido solicitando la realización del artículo ocho de la nueva ley del ejercicio de la medicina, solventado 85% del déficit de médicos en la red ambulatoria el estado. (p.1).

Además acotó, que desde hace varios años se puede ver como tenemos distribuido, no solamente en los hospitales distritales tipo I y II, sino en los ambulatorios, la presencia de más de 60 médicos en todo el estado, sin embargo, nos quedan algunos ambulatorios que por razones de que no ha llegado el recurso humano, no se le han podido asignar médicos, pero a partir del lunes 16 de noviembre se incorpora la gran mayoría, aunque hay algunos que fueron asignados desde el pasado primero de noviembre. (ob. Cit).

En lo referente al estado Monagas, se observa una coordinación de la atención médica debilitada, incapaz de sobrellevar los desafíos que le son impuestos por la sociedad, no existe criterio de convenios con los médicos para cumplir su artículo 8, los mismos son distribuidos desigualmente, no se toma en cuenta las zonas desprotegidas y desasistidas para su efectiva distribución, es decir las inequidades e igualdad de oportunidad y condiciones son escasas, aunque se cuenta con infraestructura acorde para la estadía, estos por lo general son ubicados por amiguismo o compañerismo. Debe haber una orientación de criterios para la ubicación del personal en cuanto a la capacidad resolutive de cada dependencia de salud y la zona de ubicación.

Establecer estrategias interinstitucionales enfocadas en mejorar la captación y permanencia del personal médico en las dependencias de salud pública del Estado.

El desarrollo de estrategias interinstitucionales enfocadas a mejorar la permanencia o distribución del recurso humano, es responsabilidad del estado venezolano y por ende la dependencia regional a través de la Gerencia de Atención Médica. Los médicos que están asignados van a cumplir el artículo ocho (8) de la Ley de la carrera de la medicina vigente, la cual establece que todo médico egresado de nuestras universidades tiene que pasar por lo menos un año en el área rural.

Ellos son médicos que van a recibir los beneficios que establece la contratación como sueldo, cesta ticket y además en el estado Monagas se tiene el bono a través de la gobernación de 500 bolívares fuertes mensuales.

Lo que se pretende es promover la atención médica, en por lo menos un 85% dentro del primer nivel con la atención comunitaria, es decir en los

ambulatorios rurales, urbanos, lo que no se resuelve allí debe ir a los hospitales tipo II y tipo III y en última instancia sólo el 5% de lo que no se pueda solventar en esta fase es lo que remitiría al Hospital Central. Mientras se logre fortalecer el primer nivel, se verá a mediano plazo como cambia la situación del sistema de salud.

Por lo planteado, la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, Presentada por los Ministros de Salud de las Américas, donde se plasmaron tratados, acuerdos, declaraciones y estrategias internacionales relacionados con la seguridad alimentaria y nutricional, en la cual se hace mención de la estrategias sobre: Fortalecer la gestión y desarrollo de los trabajadores de la salud; la misma se va a gestionar:

A través de políticas basadas en evidencia y de estrategias para eliminar las inequidades en la distribución del personal de salud, asignando más personal a las poblaciones con mayor necesidad; así como estrategias para retener, capacitar y comprometer al personal con las políticas institucionales y con un enfoque multidisciplinario de la salud pública. Esto llevará a mejorar la salud de la población y por consiguiente mejorar el consumo de alimentos nutritivos y su aprovechamiento biológico adecuado, a través de acciones clínicas y educativas en salud.(p.3).

Las estrategias pueden tener lugar a diferentes niveles, desde el macro (social o institucional), hasta el individual, que es el más específico, incluido el mesonivel, que es un gradiente intermedio.

La operatividad de las estrategias institucionales en las instituciones de salud, está dada por la potencialidad de los trabajadores, llámense médicos, empleados u obreros para proyectar de una manera innovadora, las múltiples variantes que van a permitir la transformación, consolidación y desarrollo de las dependencias y cambios sobre los cuales ejercen su influencia, a través de la puesta en práctica de las estrategias equitativas y con igualdad pertinentes.

En este sentido, Sierra; Regla Alicia. (2007), define la estrategia como:

El término de estrategias alude al empleo consciente, reflexivo y regulativo de acciones y procedimientos (de dirección, educación, enseñanza o aprendizaje, según el caso), en condiciones específicas. Estas acciones y operaciones son esencialmente heurísticas (más que algorítmicas) y esencialmente interdisciplinarias y sirven para resolver un problema o tarea, o para dar respuesta a un objetivo. (p.8).

La importancia de usar el término canal de distribución como estrategias, radica en que permite darse cuenta de que a través de ese canal sucede un flujo en el sentido de equidad, igualdad, pertinencia, servicios, información, promoción y control de riesgo en la población. La complejidad de un recurso integral, la velocidad del cambio tecnológico, los riesgos de un mercado abierto y los recursos limitados de una empresa llevan a buscar alianzas que se traduzcan en ventajas competitivas. Entonces, los elementos de la Serie de valor son aquellos relacionados con el proceso de efectividad operacional y la buena coordinación interinstitucional.

Es por ello, que se hace necesario el engranaje de las instituciones dispensadoras de salud, donde deben participar activamente los responsables, en consideración con otras instituciones de otros ministerios, así como las organizaciones comunitarias, de modo sistematizado con un equipo multifuncional que llene las expectativas en el nuevo sistema de salud. Por consiguiente, se debe hacer hincapié en las siguientes estrategias:

- Organizar un equipo multidisciplinario acorde con las expectativas poblacionales.

- Alianzas estratégicas con las demás instituciones públicas.

- Mejorar el ambiente laboral.

- Integrar los consejos comunales con el equipo médico y formar mesas de trabajo en pro del beneficio de la población.

Es posible considerar, la caracterización de alternativos sistemas institucionales a partir de las relaciones de delegación de poder y decisión establecidas entre los distintos agentes y actores que integran el sistema. En este sentido, cada opción o escenario institucional puede distinguirse en función de la naturaleza de los actores, y los mecanismos diseñados para garantizar la adecuación de la estructura de decisiones con las necesidades e intereses de los actores que producen u originan la correspondiente delegación.

La integración de los Consejos Comunales con el equipo médico, cobra vital importancia en estos tiempos de cambios. Es por ello que, la organización comunitaria, es un proceso social mediante el cual los miembros de un grupo heterogéneo, por medio del trabajo colectivo, se identifican paulatinamente, valoran sus posibilidades, se percatan de que el esfuerzo compartido es un medio para satisfacer sus necesidades y tomar conciencia de que pertenecen a un grupo, que a su vez, forman parte de una nación.

Son formas de participación que existen o pueden existir en las comunidades y que agrupan a un conjunto de ciudadanos y ciudadanas en base a objetivos e intereses comunes. En este sentido, Linarez, Ramón. (2009), dice que la organización comunitaria no es más que:

El hecho de crear una estructura dentro de las comunidades dirigida a satisfacer las demandas y exigencias de dicha comunidad, integrada por los miembros de la comunidad. En Venezuela este proceso es ejercido a través de una figura llamada los Concejos Comunales, que son entes de participación ciudadana orientados a solventar las necesidades de la comunidad que los forma e integra, en general este proceso fortalece el Poder Popular y el desarrollo y defensa de una nación. (p.3).

La intervención comunitaria busca la integración de un ente externo o

ajeno a la comunidad con el fin de solventar una necesidad o problema que aqueja o afecta a la misma, pero hoy día, gracias a los cambios de paradigmas se busca que sea la propia comunidad quien resuelva sus problemas y necesidades a través de la organización comunitaria teniendo como herramienta las instituciones o entes del estado, ya sea de carácter nacional, regional y/o local.

Tal es el caso de los Consejos Comunales, como marco de la democracia participativa y protagónica, son instancias de participación, articulación e integración entre las diversas organizaciones comunitarias, grupos sociales y los ciudadanos y ciudadanas, que permiten al pueblo organizado ejercer directamente la gestión de las políticas públicas y proyectos, orientados a responder a las necesidades y aspiraciones de las comunidades en la construcción de una sociedad de equidad y justicia social.

Por otro lado, el trabajador en su integración con los grupos organizados, puede utilizar la mediación comunitaria (solo se interviene una comunidad) o la intervención colectiva (son intervenidas varias comunidades al mismo tiempo de un determinado espacio geográfico, por ejemplo un municipio), para organizar a las comunidades o para formarlas de modo que las mismas puedan solventar sus necesidades, demandas, problemas y exigencias en beneficio de la comunidad y de la colectividad, de tratarse de una intervención masiva como lo es la colectiva.

Lo cierto es que los paradigmas están cambiando constantemente, por ende el trabajador social comunitario se ve obligado hoy día a cambiar su forma de actuar y rediseñar sus estrategias de trabajo, de forma tal que pueda aportar sus conocimientos para fortalecer tanto la participación ciudadana activa y protagónica como la organización comunitaria, logrando una espléndida simbiosis en beneficio de ambas partes.

2.3 Bases Teóricas

Crecimiento Poblacional; Factor Relevante en la Distribución del Personal Médico.

El crecimiento poblacional que ha experimentado el país en los últimos cinco años, es uno de los elementos que deben considerarse al realizar un análisis detallado del proceso de captación y selección de los profesionales de la medicina, que ejercerán sus funciones en diferentes dependencias de salud pública. Tal planteamiento se fundamenta, en la relación que debe existir entre la cantidad de habitantes de una entidad y la denominación que se le debe otorgar a cada dependencia de salud pública; que allí se encuentre o que a futuro se estime edificar. Contemplando además, que para tal hecho, también existen parámetros formales acerca del número de médicos con que dicha dependencia debe contar.

Al respecto, organismos especializados como el Instituto Nacional de Estadísticas, realizan estimaciones que son de interés para el presente estudio, debido a que las mismas son un factor importante para la evaluación de la distribución de médicos en las dependencias de salud pública. En el Estado Monagas, conformado por trece Municipio, se observan las proyecciones que reflejan las **Cuadros N°1 y N°3 (A y C)**.

Dentro de las características de la Formación Actual de los Profesionales de la Salud. Al respecto Valera y Flores (2005) comentan que:

...en el lapso comprendido entre el año 2000 y el 2004, once universidades venezolanas graduaron profesionales de las Ciencias de la Salud, siendo que el 81,8% de estas instituciones educativas son públicas, distribuidas en 41 núcleos y en 16 ciudades del país. Las carreras fueron Medicina (12 escuelas), Bioanálisis (7 escuelas), Farmacia (4 escuelas), Nutrición y Dietética (3 escuelas) Odontología (7 escuelas) y Enfermería (7 Escuelas). [Política de Formación Profesionales y Técnicos en Salud del Ministerio de Salud]

En Venezuela, se gradúan un promedio aproximado de 5.283 profesionales por año, de los cuales 33,34 % son profesionales de la enfermería; 30,75 % médicos; 21,50 % odontólogos y 7,31 % bioanalistas. En lo que respecta al nivel de especialización entre los años 2000 y 2004 se han dado 167 cursos: 121 en medicina, 14 en salud pública, 11 en odontología, 2 en enfermería, 9 en farmacia, 3 en bioquímica, 2 en psicología, 4 en nutrición y 1 en foniatría. (Caracterización del Recurso Humano en Salud en Venezuela, ET&T C.A., 2004).

Las cifras planteadas en los párrafos anteriores, indican que en el país existe una formación continua de profesionales de la salud, incluyendo personal médico. Escenario que llama a la reflexión, específicamente cuando se tratan de hilar las bases de un problema como el déficit de personal médico. Motivo por el cual es necesario seguir profundizando en la materia, para corroborar el tipo de relación que existe entre los profesionales de la salud que se forman actualmente en las universidades y las necesidades de recurso humano que experimenta el sistema de salud.

Necesidades en la Formación de Profesionales y Técnicos para el Sistema Público Nacional de Salud.

Anteriormente en el país, se concebía la organización de la administración y de la atención del sistema público de la salud como una estructura rígida, vertical, burocratizada y clientelar, desarrollándose una serie de elementos que alteraron lo que realmente debía ser una gestión en salud, entre ellos un ejercicio del poder no para defender al pueblo en general sino para beneficios personales y partidistas, sin posibilidades al trabajo en equipo y con poca capacidad de respuestas hacia el colectivo.

Por consiguiente, se conformó un sistema de salud totalmente jerárquico,

organizándose el trabajo con criterios de especialización, instituido por niveles de atención que responden a esta estructura organizacional quedando excluidos de los servicios los usuarios más desposeídos y por ende desprovistos de una atención de calidad.

Actualmente, la meta es romper este paradigma vertical para transitar hacia un sistema de salud de estructura horizontal; donde todos los usuarios alcancen tanto el nivel inicial o primario como todos los siguientes y siempre tengan las puertas abiertas de cualquier dependencia de salud en cualquiera de las áreas, sin necesidad de andar realizando fatigosos trámites que en la mayoría de los casos no les arrojan los resultados esperados.

Por tanto, es necesario establecer una nueva estructura, y es allí donde se fundamenta el Sistema Público Nacional de Salud, donde la primera puerta de entrada es el consultorio popular, cuya estrategia es la red que se vincula con los diferentes centros de salud de acuerdo a las complejidades. La diferencia estriba que el ciudadano y la ciudadana que entra al sistema salen por la puerta de entrada.

Esto significa que el SPNS se responsabiliza de la trayectoria de la persona que ingresa, resolviendo sus problemas de salud, mediante un sistema de control y regulación. Se trata de establecer redes que se encuentran y se potencian con la comunidad, la cual es el centro, es el punto de partida y de llegada.

Por lo expuesto, Valera, Luis (2005), Refiere lo siguiente:

1. Definición clara y explícita de la necesidad y pertinencia de la formación por parte de los órganos rectores. El Estado avala propuestas del sector privado para la formación de recursos sin ninguna vinculación con el Ministerio de Salud quien ha perdido su liderazgo y su capacidad rectora.

2. **No existe una planificación para determinar cuantos profesionales y técnicos son necesarios, cual es su perfil y que competencia requiere para desempeñarse en el sistema. Por consiguiente, la oferta laboral desde el sector público se encuentra desfasada y desarticulada (p.1).**

Para enfrentar este extraordinario desafío de "producir más y mejor" se requiere formar una nueva generación de profesionales que sean verdaderos líderes con nuevos conocimientos, aptitudes, destrezas y sobre todo con nuevas actitudes de autoconfianza anímica y convicción de que son ellos mismos quienes deberán asumir este desafío. Son estos profesionales quienes deberán poseer y ejercer tal liderazgo, sencillamente porque debido a la naturaleza eminentemente profesional.

La Salud y El Plan Simón Bolívar

El Plan de Desarrollo Económico y Social Simón Bolívar 2007–2013, del Estado venezolano plantea siete directrices de desarrollo en la transición al socialismo, que marcan una pauta importante para trazar nuevas políticas sociales, en tal sentido plantea:

- ❖ **La Nueva Ética Socialista.** La refundación de la nación venezolana, cimentada sobre la fusión de los valores y principios más avanzados de las corrientes humanistas del socialismo y de la herencia histórica del pensamiento de Simón Bolívar.

- ❖ **La Suprema Felicidad Social.** La construcción de una estructura social incluyente, un nuevo modelo social, productivo, humanista y endógeno.

- ❖ **Democracia Protagónica Revolucionaria.** Consolidar la organización social (...), la fuerza colectiva, reforzando la independencia, la libertad y el poder originario...

- ❖ **Modelo Productivo Socialista.** Trabajo con significado (...); eliminación de la división social, de la estructura jerárquica y de la disyuntiva entre la satisfacción de las necesidades humanas y la producción de riqueza subordinada a la reproducción del capital.

- ❖ **Nueva Geopolítica Nacional.** ...Modificación de la estructura socio-territorial de Venezuela (...), articulación interna del modelo productivo (...), modelo de desarrollo territorial desconcentrado, definido por ejes integradores, regiones programa, un sistema de ciudades interconectadas y un ambiente sustentable.

- ❖ **Venezuela: Potencia Energética Mundial.** ...Estrategia que combina el uso soberano del recurso con la integración regional y mundial....

❖ **Nueva Geopolítica Internacional. ...Construcción de un mundo multipolar (...), nuevos polos de poder (...) que quiebren la hegemonía unipolar, en la búsqueda de la justicia social, la solidaridad y la garantía de la paz, bajo la profundización del diálogo fraterno entre los pueblos, su autodeterminación y el respeto a las libertades de pensamiento. (ob. Cit.).**

Entre los parámetros encaminados hacia la Suprema Felicidad Social, se encuentra: “Profundizar la atención integral en salud de forma universal”, motivo por el cual plantea objetivos como:

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

Aspectos fundamentales en el desarrollo de nuevas políticas de salud pública, enmarcadas en brindar al pueblo servicios integrales que le permitan alcanzar una seguridad social basada en la calidad, mejorando un conjunto de servicios e impulsando la preservación de los mismos en el tiempo, con la finalidad de alcanzar elevados niveles de longevidad y salud en la población venezolana.

Otros elementos para la Suprema Felicidad Social son: garantizar una vivienda digna; profundizar la educación bolivariana; universalizar una cultura que fortalezca la identidad nacional, latinoamericana y caribeña; garantizar la administración de la biosfera para beneficios sustentables; y, fomentar la

participación organizada del pueblo en la planificación de la producción y socialización de los excedentes.

Nuevo Sistema Público Nacional de Salud

En la República Bolivariana de Venezuela conviven simultáneamente dos modelos de salud: el privado orientado por la lógica del mercado, donde la salud y el paciente, es considerado una mercancía y, el modelo público en desarrollo, orientado hacia la salud como un derecho social fundamental, bajo los principios de universalidad, solidaridad, gratuidad, equidad y justicia.

El modelo público en desarrollo está conformado por cinco entes, el primero corresponde a Sanidad Militar, el segundo dependiente del Ministerio del Poder Popular para la Salud (actualmente orientándose hacia Barrio Adentro I, II, III y IV.), el tercero correspondiente al Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, el cuarto asumido por el IPASME adscrito al Ministerio del Poder Popular para la Educación y el último dependiente de alcaldías y gobernaciones. Estos cinco entes deben integrarse en un solo Sistema Público Nacional de Salud (SPNS).

En este sentido Villegas Peñaloza; José Luis (2007), define al SPNS como “el conjunto de entidades, institucionales y organizaciones públicas que prestan servicios de salud, reguladas todas, incluyendo las del sector privado, por el ministerio de salud y desarrollo social”.(p.15). Además menciona sus ámbitos de gestión de acuerdo a sus características y son:

Nacional: corresponde al ministerio de salud y desarrollo social = msds.
Regional: correspondiente a la dirección regional de SPNS-DRSPNS, dependiente de la respectiva gobernación en los estados descentralizados y del MSDS en los estados aun centralizados.
Municipal: correspondiente a la dirección municipal del SPNS-DMSPNS.
Local: correspondiente al establecimiento de salud en su área de influencia y unidades operativas de apoyo al primer nivel de atención. (p.20).

El SPNS, es un modelo de integración en desarrollo, es una tarea que debe liderar y asumir el Ministerio del Poder Popular para la Salud conjuntamente con el poder popular, con la finalidad de acatar el mandato expresado en la Constitución Bolivariana de Venezuela Artículo 84.- donde reza; "...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 instituciones públicas de salud".

El SPNS se diseña con el fin de garantizar el derecho a la salud a todos los venezolanos, está sustentado en el principio de corresponsabilidad Estado - Comunidad Organizada (Consejos Comunales, Comités de Salud), donde colectivamente se trazan políticas públicas para la promoción de la salud con altos niveles de calidad de vida.

El SPNS impacta sobre elementos sociales precisos para resolver en conjunto problemas estructurales como: creación de viviendas dignas, acceso al agua potable, adecuada disposición de las aguas terminales, educación, cultura, trabajo, seguridad alimentaria, promoción, protección y conservación del ambiente, y un adecuado esparcimiento.

Sectores que prioritariamente deben ser atendidos con cultura de eficacia, considerando que el buen funcionamiento de los mismos se traduce en el incremento de los niveles de calidad de vida del pueblo.

Respecto a lo anteriormente planteado, Keiler J. (2008), expresa lo siguiente:

En el Socialismo participativo y protagónico, la construcción del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), debe ser producto de un gran debate nacional con amplia participación popular, tal que permita desmontar por completo el modelo neoliberal, desde donde se concibió y desarrolló un

esquema de salud orientado a crear las condiciones para su privatización.
(<http://www.aporrea.org>).

Planteamiento que refleja la importancia que actualmente el Estado le otorga a la Salud Pública de la Nación, orientando mediante el SPNS nuevas políticas de desarrollo social que permitan la participación popular organizada y el mejoramiento continuo e integrado de diversos sectores.

Estructura del Sistema Público Nacional de Salud

El Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) se inicia con la concreción de la atención primaria como prioridad de esta nueva política de salud, ofreciendo respuestas a las necesidades sociales de la población, especialmente la excluida, bajo los principios de equidad, universalidad, accesibilidad, gratuidad, intersectorial, pertenencia cultural, participación, justicia y corresponsabilidad social.

En relación, a la clasificación de establecimientos de la red ambulatoria y hospitalaria vigente, según la Gaceta Oficial de la República de Venezuela Nº 32.650, del 21 de enero de 1.983, se mantienen aun los parámetros de categorización que regularon en su momento estas disposiciones. Según este documento de 25 años de vigencia, los establecimientos destinados a la prestación de servicios de atención médica del sector público deben ajustarse a las características que le correspondan de acuerdo a la clasificación.

Esta clasificación funcional, realizada en su momento con el fin de organizar las redes de salud, no logro el objetivo para lo cual fue creada, el cual no fue otro que el de articular redes complementarias de salud, pero además, limito las posibilidades de adecuación de las respuestas de salud a los perfiles epidemiológicos regionales, obligando a los usuarios a consultar

en establecimientos de mayor nivel de complejidad en la búsqueda de la solución de sus problemas de salud, lo que trajo como consecuencia la congestión del modelo hospitalario y el abandono de las redes de ambulatorios.

En referencia a lo antes planteado, nace la Misión Barrio Adentro, Marcano, Carlos (2008), lo define como: “es la concreción de la Atención Primaria como prioridad de su política de salud, para dar respuestas a las necesidades sociales de la población, especialmente la excluida, contribuyendo a mejorar la calidad de salud y vida”.(p.56).

En la continuidad de la construcción del SPNS, surge Barrio Adentro I, la cual, está presente en todo el país con una atención aproximada de 17 millones de personas; con el apoyo de 13.000 médicos y médicas que brindan atención en 8.500 puntos de consulta, la mayoría de los cuales están ubicados en infraestructuras adaptadas.

Sin dejar a un lado, el valioso trabajo de 4.600 odontólogos y 8.500 auxiliares de enfermería (defensores de la salud), que trabajan bajo la misma visión, mejorar la salud de los venezolanos. Barrio Adentro I tiene como objetivo principal la atención integral de las personas cerca de su casa, con la clara intención de ofrecer a las comunidades no solo atención curativa, sino preventiva, además de insertarlos como parte esencial en la solución de problemas de salud pública, promoviendo la participación de comunitaria.

Posteriormente, continúa Barrio Adentro II, bajo el lema "Lo Bueno Repite". Con este importante avance, a nivel nacional se inauguraron 30 Centros de Diagnóstico Integral (CDI) e igual número de Salas de Rehabilitación Integral (SRI). Para el 2006 se fijó como meta la construcción de 600 CDI, 600 SRI y 35 Centros de Atención Total, de los cuales han sido

instalados: 175 Centros de Diagnóstico Integral, 183 Salas de Rehabilitación Integral y 6 Centros de Atención Total. (Marcano, C (2008).

Barrio Adentro II es la etapa de la misión que brinda respuestas enfocadas en las necesidades de diagnóstico de las personas. Cuenta con un conjunto de equipos de alta tecnología en las áreas de laboratorio, ecosonograma, radiografía y electrocardiograma, con la finalidad de realizar exámenes especializados al paciente, para luego referirlos a Barrio Adentro I, donde el médico que sugirió el estudio señala el diagnóstico.

Barrio Adentro III es la red hospitalaria, donde el objetivo fundamental es atender al paciente para que sea tratado quirúrgicamente, debido a que así se determinó en diagnóstico señalado en Barrio Adentro I o el mismo fue referido de otra dependencia de salud. Todo depende de la complejidad de la patología que presente la persona.

El surgimiento de Barrio Adentro III bajo el lema "Sigue lo Bueno", es una respuesta efectiva a la población de que al Sistema Público Nacional de Salud se le ha dado continuidad. Este esquema de trabajo se enfoca como un proyecto de modernización de equipos médicos y electro mecánicos y tiene como objetivos:

- Modernizar y actualizar los equipos médicos y electromecánicos que garanticen el funcionamiento de los hospitales.
- Remodelar, reparar y/o ampliar la infraestructura para adecuarla a las necesidades de la renovación y actualización tecnológica de los equipos médicos y no médicos.
- Coadyuvar al desarrollo del Sistema Público Nacional de Salud, único descentralizado, intergubernamental, intersectorial y participativo.
- Promover la salud privilegiando la calidad de vida y superando las inequidades. (ob. Cit. P.52).

El inicio de esta importante misión se fundamenta en la modernización de equipos médicos y electromecánicos, como herramienta para lograr la incorporación de muchos trabajadores al proceso de cambio que se espera dentro del servicio cotidiano de las dependencias de salud públicas, al contar con equipos e instrumental que les permitan prestar una atención médica de calidad.

La creación de Clínicas Populares es otra de las fases en el desarrollo del Sistema Público Nacional de Salud. Las mismas son centros integrales de salud pública dependientes de la Coordinación Nacional de la Red de Clínicas Populares, adscrita al Ministerio del Poder Popular para la Salud y Protección Social. La función de estos centros es fomentar, proteger y restituir la salud con atención médica de segundo nivel, con interface en la red de atención médica en los niveles I y III.

Bases Legales

La investigación se enmarca dentro del siguiente contexto legal. Con el nacimiento de la **Constitución de la República Bolivariana de Venezuela**, la Salud pasa a ser un Derecho Social Fundamental y el Estado recupera su papel rector en la construcción del Sistema Público Nacional de Salud de carácter “intersectorial, descentralizado y participativo”.

La Constitución hace hincapié en los principios de corresponsabilidad, solidaridad, protagonismo y participación que implican una nueva relación Estado-Sociedad, en la que las comunidades recuperan su papel en la “formación, ejecución y control de la gestión pública”. Asamblea Nacional Constituyente de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial 5.453 del 24 de marzo del 2000.

La Constitución es una norma suprema y el fundamento del

ordenamiento jurídico venezolano. Todas las personas y los órganos del poder público y privado están sujetos a esta Constitución. En la sección de los Derechos Sociales y de las Familias, la carta Magna hace referencia a la materia de salud, manifestando las obligaciones que tienen el Estado y sus Instituciones de garantizar salud y bienestar social al pueblo.

En tal sentido, la Constitución expone:

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

Al observar lo pautado en el Artículo anteriormente citado, es evidente que existe una responsabilidad de Estado que está siendo atendida, en lo que concierne al área de salud. Motivo por el cual este Gobierno continúa, a pasos agigantando trazando políticas de salud enmarcadas en lo que plantea la Constitución de la República Bolivariana. Una muestra palpable de ello, es la creación de un nuevo Sistema Público Nacional de Salud.

Al respecto la Constitución expresa:

Artículo 83.- 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...

Ley Orgánica del Trabajo. Congreso de la República de Venezuela. Gaceta Oficial Extraordinaria 5.152 del 19 de junio de 1997. Artículo 1.- Esta

Ley regirá las situaciones y las relaciones jurídicas derivadas del trabajo como hecho social. Al igual que la Constitución de la República, esta Ley también hace referencia al hecho de que los funcionarios públicos se rigen por las normas fijadas en la Ley del Estatuto de la Función Pública.

Artículo 8.- Los funcionarios o empleados públicos Nacionales, Estadales o Municipales se regirán por las normas sobre Carrera Administrativa Nacionales, Estadales o Municipales, según el caso, en todo lo relativo a su ingreso, ascenso, traslado, suspensión, retiro, sistemas de remuneración, estabilidad y régimen jurisdiccional; y gozarán de los beneficios acordados por esta Ley en todo lo no previsto en aquellos ordenamientos...

Ley del Estatuto de la Función Pública. Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial 37.522 del 06 de septiembre del 2002. Tal como lo indican la Constitución y la Ley Orgánica del Trabajo, esta Ley en su artículo 1.- expresa lo siguiente: La presente Ley regirá las relaciones de empleo público entre los funcionarios y funcionarias públicos y las administraciones públicas nacionales, estadales, municipales, lo que comprende:

1. **El sistema de dirección y de gestión de la función pública y la articulación de las carreras públicas.**
2. **El sistema de administración de personal, el cual incluye la planificación de recursos humanos, procesos de reclutamiento, selección ingreso, ingreso, inducción, capacitación y desarrollo, planificación de las carreras, evaluación de méritos, ascensos, traslados, transferencia, valoración y clasificación de cargos, escalas de sueldos, permisos y licencias, régimen disciplinario y normas para el retiro...**

De acuerdo a lo anteriormente citado, claramente se visualiza el importante papel que tiene la Ley del Estatuto de la Función Pública, al establecer las disposiciones legales que guían la gestión de personal dentro de los organismos públicos del país.

Ley que Regula el Subsistema de Salud. Asamblea Nacional

Constituyente de la República Bolivariana de Venezuela Gaceta Oficial N° 37.125. Del 23 de enero del 2001. Mediante esta Ley se regula el Subsistema de Salud previsto en la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social Integral. En tal sentido esta Ley expresa:

Artículo 8.- Conformación. El Subsistema de Salud estará conformado por:

1. **El Ministerio del Trabajo y la Seguridad Social;**
2. **El Ministerio de la Salud;**
3. **Las Comisiones Estadales;**
4. **La Superintendencia del Subsistema de Salud;**
5. **El Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laboral;**
6. **El Fondo Solidario de Salud;**
7. **El Fondo Especial a la Atención de Enfermedades de Alto Costo, riesgo y largo plazo;**
8. **Los Fondos Complementarios;**
9. **Las Administradoras de Fondos de Salud;**
10. **Las Administradoras de Riesgos de Trabajo;**
11. **Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud;**
12. **Las Instituciones encargadas de la atención y prevención de riesgos de trabajo.**
13. **Los Profesionales de la Salud que actúan por cuenta propia; y,**
14. **Los Afiliados.**

Respecto a las atribuciones del Ministerio de Salud sobre el cumplimiento de esta Ley, en el Capítulo II de la misma indica:

Artículo 10.- Atribuciones. El Ministerio de la Salud para el cumplimiento de esta Ley tendrá las siguientes atribuciones:

1. **Acreditar, certificar y supervisar a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, privadas o mixtas, y a los profesionales de la salud que actúen por cuenta propia a fin de garantizar la calidad en la prestación del servicio;...**
5. **Orientar dentro de los sectores públicos y privados la formulación y ejecución de los planes de dotación de infraestructura y demás insumos necesarios a fin de que las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud cumplan con las funciones establecidas en esta Ley;**
6. **Promover y coordinar la participación armónica del sector privado y subsectores públicos, nacionales e internacionales, para el desarrollo y consolidación del Subsistema;...**

Al revisar las imposiciones legales pautadas en la referida Ley, se visualiza claramente que en la misma se mantiene el precepto constitucional de mantener un servicio nacional de salud basado en continuar mejorando la calidad de vida y en alcanzar la máxima participación de todos los sectores sociales del Estado.

Ley del Ejercicio de la Medicina. Palacio Federal Legislativo. Gaceta Oficial N° 3.002 Extraordinario de 23 de agosto de 1982, N°32.707 del 18 de abril de 1983. Esta Ley establece las disposiciones del ejercicio de la medicina, entre ellas los Deberes Generales de los Médicos, plasmados en el Capítulo IV, entre los que se encuentra lo siguiente:

Artículo 24.- La conducta del médico se regirá siempre por las normas de probidad, justicia y dignidad. El respeto a la vida y a la persona humana constituirá, en toda circunstancia, el deber principal del médico: por tanto, asistirá a sus pacientes atendiendo sólo a las exigencias de su salud, cualesquiera que sean las ideas religiosas o políticas y la situación social y económica de ellos.

Al contemplar algunos de los aspectos señalados en la referida Ley, es importante resaltar la importancia que se le otorga a valores esenciales para la vida en sociedad, como lo son la honestidad, la justicia y la dignidad; más aún, cuando el ejercicio de una profesión se traduce en vida y salud para un determinado grupo de individuos. Cabe destacar, que aún cuando la Ley del Ejercicio de la Medicina se mantiene en vigencia; a pesar de la data en que fue aprobada, en la misma se enfatiza la obligación que tiene el profesional médico, de trabajar observando un conjunto de valores morales, que actualmente se han rescatado en las nuevas políticas sociales del gobierno nacional.

Ley de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo. Congreso de la República de Venezuela. Gaceta Oficial 3.850 del 18 de julio de 1986.

El objeto de dicha Ley es garantizar a los trabajadores, permanentes y ocasionales, condiciones de seguridad, salud y bienestar, en un medio ambiente de trabajo adecuado y propicio para el ejercicio de sus facultades físicas y mentales.

Por consiguiente, resulta prudente incluir esta Ley dentro de las bases legales, porque cuando se tiene como objetivo evaluar el déficit de un determinado grupo de trabajadores, como en este caso es el personal médico, es necesario considerar diferentes aspectos relacionados con el tema, entre ellos los riesgos en el trabajo, la seguridad y la higiene conjuntamente con todas las bases jurídicas necesarias.

Ley de los Consejos Comunales. Asamblea Nacional Constituyente de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial N° 5.806 (extraordinaria) del 10 de abril del 2006.

Esta Ley establece su finalidad en el Capítulo I, denominado Disposiciones Generales, cuando expresa en el Artículo 1, lo siguiente: “La presente ley tiene por objeto crear, desarrollar y regular la conformación, integración, organización y funcionamiento de los consejos comunales; y su relación con los órganos del Estado, para la formulación, ejecución, control y evaluación de las políticas públicas”.

Entendiéndose por consejos comunales, las instancias de participación, articulación e integración entre las diversas organizaciones comunitarias, grupos sociales de ciudadanos y ciudadanas, que permiten al pueblo organizado ejercer directamente la gestión de las políticas públicas y proyectos orientados a responder a las necesidades y aspiraciones de las comunidades en la construcción de una sociedad de equidad y justicia social.

Los nuevos esquemas de trabajo del Estado venezolano, permiten la organización y funcionamiento de los consejos comunales para que la colectividad participe directamente en el establecimiento de estrategias de desarrollo social, que permitan impulsar nuevas políticas públicas para fortalecer todos los pilares de desarrollo. Este diseño se visualiza en el Artículo 9 de la referida Ley, cuando establece:

La Asamblea de ciudadanos y ciudadanas determina y elige el número de voceros o voceras de acuerdo a la cantidad de comités de trabajo que se conformen en la comunidad, tales como:

- 1. Comité de Salud;**
- 2. Comité de Educación;**
- 3. Comité de Tierra Urbana o Rural;**
- 4. Comité de Vivienda y Hábitat;**
- 5. Comité de Protección e Igualdad Social;**
- 6. Comité de Economía Popular;**
- 7. Comité de Cultura;**
- 8. Comité de Seguridad Integral;**
- 9. Comité de Medios Comunicación e Información;**
- 10. Comité de Recreación y Deportes;**
- 11. Comité de Alimentación;**
- 12. Mesa Técnica de Agua;**
- 13. Mesa Técnica de Energía y Gas;**
- 14. Comité de Servicios;**
- 15. Cualquier otro que considere la comunidad de acuerdo a sus necesidades.**

Realmente, plantear todas las bases legales que de una u otra forma impactan o están relacionadas con el tema objeto de estudio, resulta un trabajo bastante extenso, tanto que hasta se puede dar paso a otra investigación. Es así como además de las Leyes mencionadas existen Reglamentos y otras Leyes que en puntos muy específicos sirven como pilares jurídicos, entre ellos se encuentran:

El Reglamento de la Ley Orgánica del Trabajo, el Reglamento de la Ley del Estatuto de la Función Pública, La Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos, la Ley del Seguro Social, la Ley de Jubilados y Pensionados y la Ley Orgánica de la Administración Pública entre otros. La salud es un derecho a la vida, donde el estado garantizara y crea este sistema público de

la salud que no será privatizada y que nos ayudará a prevenir enfermedades y garantizar tratamientos oportunos, según la lesión u enfermedad. El estado garantizará todo lo respecto a lo económico para un buen funcionamiento y una buena prevención de salud y la comunidad podrá participar a la toma de decisiones como lo establece la constitución.

Artículo 175. La función legislativa del municipio que corresponde el consejo integrado por concejales legislados o concejales elegidos en la forma establecida en esta constitución, en el número y condiciones de elegibilidad que determine la ley.

2.4 Variable

Variable única Independiente: Evaluación de la distribución del personal de salud.

V/Dependiente: Medicas y médicos en las dependencias de salud.

Los elementos resaltados como variables están de manera transversal, los cuales al ser analizados, se obtiene la visión precisa de la exploración, la cual está sujeta a observación, recolección de datos, evaluaciones y mediciones que permitieron la operacionalización de la información, creando los indicadores apropiados al problema en solución.

La identificación de las variables, se decidió con la información minuciosa del problema, coadyuvado con la investigación de campo, así como, con la documentación teórica, lo que orientó a descifrar las posibles soluciones para el desarrollo viable del trabajo.

Definición Conceptual. La evaluación del personal es un método, una herramienta, y no un fin en sí misma. Es un medio para obtener datos e información que puedan registrarse, procesarse y canalizarse para mejorar el desempeño humano en las organizaciones. (Quintero, E. 1997, p.134).

Operacionalización de las Variables.

En este aspecto, es conveniente disponer de un buen sistema de variables en el proceso de investigación, ya que facilita todo un diseño, desarrollo y posterior análisis estadístico de los resultados. Según Arias, F (2004) "este tecnicismo se emplea en la investigación científica para al proceso mediante el cual se transforma una variable de conceptos abstractos a términos concretos, observables y medibles" (p.63).

El tecnicismo en las variables funciona como un marco del cual se desprenderán las estrategias técnicas a ser empleadas en función de los objetivos planteados. De igual manera Arias (2006) citado por Contreras, Félix (2008). Define:

Variable: "es una característica o cualidad; magnitud o cantidad, que puede sufrir cambios, y que es objeto de análisis, medición, manipulación o control en una investigación" (pág.57)

Dimensión: "Elemento integrante de una variable compleja, que resulta de su análisis o descomposición". (pág.61)

Indicador: "Un indicio, señal unidad de medida que permite estudiar o cuantificar una variable o sus dimensiones". (p.62).

En este sentido, la variable, la dimensión y los indicadores se unen para que, efectivamente, puedan dar cuenta de la concentración o democratización de la distribución médica, los servicios, la información, el conocimiento, o los canales de participación. La cual recoge y relaciona distintos elementos de la investigación a partir de su propósito general.

A continuación el cuadro de operacionalización de variable.

Tabla N°4
Operacionalización de las Variables

Objetivos	Variable	Dimensi ón	Indicadores
Identificar el número de dependencias de salud pública, existentes en cada Municipio del Estado y la denominación de cada una de ellas.	*Número de dependencias de salud pública.	*Clasificación	* Clasificación de dependencia de salud
Demostrar el número de médicos y médicas activos que prestan sus servicios en las diferentes dependencias de salud pública del estado Monagas	*Médicos y médicas activos en las dependencias de salud.	*Cargos direccionales	*Cargo directivo dentro del sistema *Municipios que atiende. *Numero poblacional *Desempeño del médico. *Factores de intervención.
		* Servicio	* Servicio que acude para ser atendido. * Atención buscada. *Fue atendido. *No fue atendido.
Establecer estrategias interinstitucionales enfocadas en mejorar la captación y permanencia del personal médico en las dependencias de salud pública del Estado.	Estrategias interinstitucionales.	*Influencias	*Influencias de las autoridades. *Criterios. *Aumento del número de medico.
Proponer un plan de acción para mejorar la distribución del personal de salud en las dependencias de salud del estado Monagas	*Propuesta permanencia del personal médico	*Crear mesas de trabajo.	*Población. *Numero de dependencias. *Mecanismo de mejoras en el Sistema Publico del estado Monagas.

Fuente: Elaborado por la autora (2010)

CAPITULO III METODOLOGÍA

Este capítulo, plantea en forma detallada cada uno de los pasos metodológicos a seguir en la investigación, identificándose de forma precisa, aspectos vitales para el desarrollo de este estudio, a saber: la población, el tipo de investigación, las técnicas para la recolección de información y para el análisis de datos. Este fragmento, de la investigación juega un papel muy valioso dentro de la misma, debido que permite trazar los pasos a seguir para alcanzar los objetivos planteados y determinar de una manera más sencilla la realidad de la situación que se analiza.

Población

"Las poblaciones deben situarse claramente en torno a sus características de contenido, lugar y en el tiempo" (Hernández y Otros, 2001 p. 206). Los criterios que maneje el investigador para delimitar la población dependen de los objetivos del estudio, por lo tanto es importante establecerlos claramente. En base a lo anteriormente citado, la población sujeta a estudio en esta investigación está representada por el personal directivo de hospitales, coordinadores de programas, jefes distrital y gerencia médica de la dirección regional de salud, así como el director regional de salud.

Muestra.

Tamayo (2004) expresa: "La muestra descansa en el principio de que las partes representan al todo y por tal refleja las características que definen la población de la cual fue extraída, lo cual nos indica que es representativa" (P.115). La muestra se estructura por 40 personas del tren directivo,

encuestadas sobre la problemática de la distribución del personal médico en las dependencias de salud del estado Monagas, de manera que la muestra será la totalidad de la población.

Por lo expuesto y tomando en cuenta la representatividad de la muestra poblacional, se hace hincapié en las especificaciones del personal directivo, el cual estuvo conformado por: Catorce (14) directores de hospitales, Diez (10) Jefes Distritales, un (1) Gerente de atención médica, un (1) Coordinador de programa y un (1) Director del sistema regional de salud.

El otro grupo involucrado, está integrado por catorce (10) empleados profesionales administrativos; responsables de diversas actividades relacionadas con la gestión de recursos humanos. Una entrevista personalizada conformada por seis (6) pacientes para evaluar la satisfacción de servicio de atención prestada, por lo que suma una población total de 43 personas.

En lo que respecta a esta investigación no fue necesario hacer un proceso de muestreo, debido a que la población tomada para el estudio es menor a cien (100) individuos, situación que facilita el desempeño de la investigadora; de allí que se toma la población total referida.

3.1 Tipo de Investigación

Existen diferentes tipos de investigación, cada una con características propias, dependientes del contexto que se está estudiando, de las estrategias que se apliquen y de las perspectivas que se plantean. En tal sentido, la elaboración del presente estudio está enmarcada dentro de la modalidad de investigación documental y de campo, enfocado en el contacto directo con la población y la aplicación de instrumentos de recolección de

información; debidamente diseñados y validados, para obtener datos importantes en la evaluación de la distribución del personal médico en las dependencias de salud pública del estado Monagas.

3.2 Nivel de la Investigación

El nivel de la investigación también puede clasificarse de diversas maneras, referente a este punto Dankhe (1986), citado por Hernández, Fernández y Baptista (2003), hace la siguiente clasificación: exploratorios, descriptivos, correlacionales y explicativos.

- **Exploratorios:** se efectúan cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes.
- **Descriptivos:** se describen situaciones y eventos. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis.
- **Correlacionales:** miden las dos o más variables que se pretenden ver si están o no relacionadas en los mismos sujetos y después se analiza la correlación.
- **Explicativos:** van más allá de la descripción de conceptos o del establecimiento de relaciones entre conceptos; están dirigidos a responder a las causas de los eventos físicos y sociales. Su interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se da éste, o por qué dos o más variables están relacionadas. (p. 58)

De acuerdo a lo anteriormente señalado, se puede concluir que el estudio planteado tiene un nivel descriptivo; caracterizándose por describir, registrar e interpretar la realidad de los hechos tal como se presentan, contando con modelos ya definidos teóricamente. Estructura que permite, conocer los factores que actualmente inciden directa e indirectamente en el déficit de personal médico en las dependencias de salud pública del estado Monagas. Para determinar los requerimientos y hacer un análisis del comportamiento de las principales variables, con el objeto de elaborar una propuesta de solución a la mala distribución de médicos y médicas.

Por consiguiente, la investigación tiene la modalidad de proyecto factible, considerando que es un estudio aplicable a una realidad social que amerita ser escudriñada objetivamente, para poder diseñar lineamientos y estrategias que permitan ofrecer soluciones reales. Por tal razón, Balestrini, A. M. (2000) lo define como “una proposición sustentada en un modelo operativo factible, orientado a resolver un problema planteado o a satisfacer necesidades en una institución o campo de interés nacional” (p.35). Es por ello, que el trabajo se vincula a la distribución del personal médico en las diferentes dependencias de salud por parte de los directivos.

3.3 Técnica de Investigación

Los datos e información que se analizaron para desarrollar la investigación fueron recopilados mediante las técnicas siguientes:

La observación directa

La observación consiste en el registro sistemático, válido y confiable de comportamiento o conducta manifiesta. Puede utilizarse como instrumento de medición en muy diversas circunstancias. (Hernández y otros, 2001 p. 309)

De acuerdo a lo anteriormente planteado, durante la investigación se observarán diversos procesos y procedimientos inherentes a la gestión del talento humano; así como también técnicas de trabajo y actividades desarrolladas por la población objeto de estudio, lo que ayudará en la conformación de un registro confiable de datos.

La revisión documental y bibliográfica

También llamada revisión de la literatura, y consiste en detectar, obtener y consultar la bibliografía y otros materiales que pueden ser útiles para los propósitos del estudio, de donde se debe extraer y recopilar la información relevante y necesaria concerniente al tema de investigación. (ob. Cit. p. 23)

La revisión documental debe ser selectiva, se debe seleccionar la literatura más importante y reciente. Al respecto Dankhe (1986), citado por Hernández y otros, hace referencia a tres tipos de fuentes de información, a saber:

- **Fuentes primarias (directas):** Constituye el objetivo de la investigación bibliográfica o revisión de la literatura y proporcionan datos de primera mano. Ejemplo: libros, artículos periodísticos, tesis, monografías y trabajos presentados en conferencias entre otros.
- **Fuentes secundarias:** Son compilaciones, resúmenes y listados de referencias publicadas en áreas de conocimiento en particular (son listados de fuentes primarias). Es decir, reprocessan información de primera mano.
- **Fuentes Terciarias:** son documentos que resumen nombres y títulos de otras publicaciones, así como nombres de boletines, conferencias y simposios. (pp. 23,24)

En lo que respecta a la presente investigación, se examinaron fuentes secundarias, como: textos, revistas, folletos y documentos relacionados con el tema de estudio. Además, de otras fuentes primarias como tesis, monografías y publicaciones periodísticas; todo esto con el objeto de obtener información bibliográfica relevante y actualizada.

La entrevista

Se trabajó con una entrevista libre, manejada entre el director, el administrador y el jefe de personal del hospital, promoviendo absoluta libertad de disertación con respecto al tema, pero manteniendo una orientación lógica hacia el logro de los objetivos de la investigación, con la

finalidad de recabar información fidedigna que sirva como base fundamental para el diseño de la propuesta.

El cuestionario

Se elaboró un cuestionario, conformado por un conjunto de interrogantes basadas en los indicadores del sistema de variables. El mismo se aplicó a: el director del sistema regional de salud, el gerente de atención médica del sistema regional de salud, los diferentes jefe de personal de los principales centros de salud, un (1) coordinador de programa del sistema regional de salud, los diez (10) jefes distritales, cabecera de los municipios y el grupo de los catorce (10) empleados profesionales administrativos; responsables de diversas actividades relacionadas con la gestión de recursos humanos. Una entrevista a seis (6) pacientes.

La aplicación del referido instrumento tiene como propósito fundamental la recolección objetiva de información, sustentando los objetivos planteados y manteniendo coherencia con el marco teórico desarrollado en la investigación, para obtener datos acertados de la realidad y ofrecer conclusiones y recomendaciones favorables, que sirvan de mejoras en el contexto estudiado. Méndez (2001), expone “...el cuestionario supone su aplicación a una población bastante homogénea, con niveles similares y problemática semejante.”(p.156). Así mismo el autor sostiene que “...la elaboración del cuestionario es un proceso muy importante en la investigación. Construir las preguntas es fundamental para la calidad de la información que el investigador espera obtener.” (ob. Cit., p.196).

3.4 Procedimiento para la validez y confiabilidad del instrumento

Un instrumento de recolección de datos debe ser sometido a las

pruebas que demuestren su validez y confiabilidad.

Con respecto a la validez, Rodríguez (2001), cita lo expresado por Andar Egg (2001), donde expresa: “La validación de un instrumento consiste en captar de manera significativa y en un grado de exactitud suficiente y satisfactorio, aquello que es objeto de la investigación” (P.87), este autor comenta que: “El instrumento es válido si los datos obtenidos con él se ajustan a la realidad sin modificar los hechos “(P.87). Los instrumentos serán validados por expertos: Un especialista en el área de proyecto de investigación y un Tutor: Especialista en Salud Publica.

Confiabilidad del instrumento

Canales; F. (2005) la define como:”La capacidad del instrumento para arrojar datos o mediciones que correspondan a la realidad que se pretende conocer, o sea, la exactitud de la medición, así como la consistencia o estabilidad de la medición en diferentes momentos” (P.171). En este caso el cuestionario dirigido a la muestra se le aplicó el coeficiente de Kuder y Richarzon (KR20/21), que permitió evaluar la confiabilidad del instrumento, a partir de su consistencia interna, el mismo esta formulado espacialmente para ítems de respuestas dicotómicas, multicotómicas y de selección simple.

Dentro de este orden de ideas refiere Ruiz Bolívar (2002) que: “Kuder y Richarzon (1937), desarrollaron varios modelos para estimar la confiabilidad de consistencia interna de una prueba, siendo uno de los más conocidos la denominada fórmula 20“, (P.63). El autor antes citado, representa este coeficiente a través de la siguiente formula.

Para la ejecución del procedimiento metodológico se aplicó la prueba piloto ya validada, a cinco (5) representantes del área de la salud que no formaban parte de la muestra, pero que presentaban las mismas características de los sujetos muestrales.

Para hallar el coeficiente de confiabilidad se procedió de la siguiente manera:

a) Aplicación de la prueba piloto a un grupo de 5 sujetos perteneciente a la muestra. La confiabilidad del instrumento se hizo por medio de la prueba estadística Kuder - Richardson (KR20)

Para calcular la confiabilidad por el método K-R 20/21, se propone así: en primer lugar, para cada ítems se computa **p**, que es la proporción de sujetos que pasaron un ítems sobre el total de sujetos; luego se computa **q**, que es igual a **1-p**; se multiplica **p q**; y finalmente se suman todos los valores de **p q**. El resultado obtenido en la sumatoria de la varianza individual de los ítems, o sea en segundo lugar, se calcula la varianza total de la distribución de calificaciones (**v**); y, en tercer lugar, se aplica la familia correspondiente.

La fórmula es:

$$r_u = \frac{N}{N-1} * 1 \left[\frac{S^2 - \sum S^2 p.q}{S^2} \right]$$

En donde:

r_u = Coeficiente de confiabilidad

N = Numero de ítems

S^2 = Varianza total de la prueba

$\sum S^2$ = Sumatoria de la varianza individual de los ítems.

$$r_u = (K-R20) \frac{14}{14-1} * 1 \times \frac{57-10}{57} = 1 \times 0,8245 = 0.80$$

En el caso del presente estudio, se obtuvo un coeficiente de confiabilidad de 0,80.

3.5 Técnicas de Análisis. Se realizó una revisión documental basada en la búsqueda bibliográfica de datos e información relacionados con el tema, así como una observación directa de un conjunto de factores y procedimientos que se generan en una gestión de recursos humanos. Se empleó la entrevista libre y el cuestionario como medios de recolección de datos; manteniendo siempre presente que su desarrollo y aplicación no interrumpiera la ejecución efectiva de las actividades del Departamento de Recursos Humanos y del hospital en general.

Una vez recopilada toda la información recaudada, se organizó y tabuló en una matriz de datos, analizando cada una de las preguntas planteadas en los instrumentos y organizando los resultados de acuerdo al comportamiento de las variables estudiadas. Con la finalidad, de facilitar la interpretación de los datos obtenidos y poder expresarlos resumidamente en gráficos que muestren claramente el análisis de la información.

3.5 Alcances de la Investigación

- **Objeto:**

Proponer un plan de acción de gestión del talento humano, tomando en cuenta la base poblacional para su distribución por municipios y dependencias de salud, con la finalidad de hacer aportes significativos para el buen funcionamiento de la Gerencia de Recursos Humanos y por ende de este centro de salud.

- **Espacio:** Es una investigación que se realizó a nivel estado Monagas.

- **Tiempo:** El estudio se realizará en el período comprendido entre los meses de enero a octubre del año 2010.

CAPITULO IV

ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos mediante la observación directa, la entrevista no estructurada, el cuestionario aplicado a una muestra representativa de usuarios y usuarias de los servicios de las dependencias de salud pública del estado Monagas, el cuestionario aplicado a los directivos de tales dependencias y la revisión bibliográfica especializada en el tema en sus diferentes presentaciones.

En relación, a los cargos de dirección de las dependencias de salud en el estado Monagas, se tiene un (1) director regional, cinco (5) directivos de dependencias, un (1) coordinador regional de salud, un (1) gerente de atención medica, dos (1) coordinador de programa, trece (13) jefes distritales y veintiún (21) directores de hospitales.

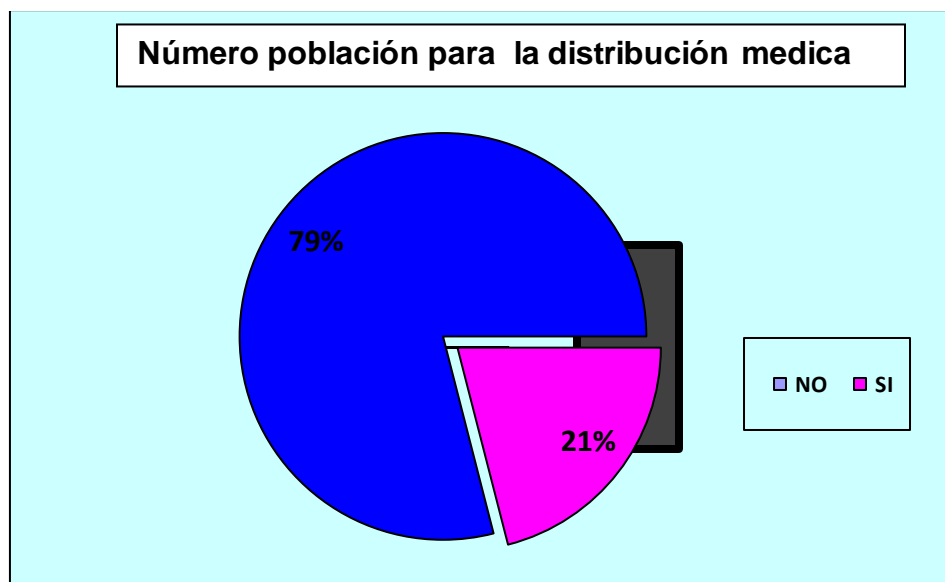
Se puede apreciar, que la mayor concentración del personal directivo se encuentra en los hospitales de cabecera de los municipios representado por el 49%, haciendo la salvedad, que en el hospital Tipo I Temblador, se encuentra dirigido por una Licenciada en Enfermería, y el Hospital de Uracoa por una Licenciada en Educación, seguido de un 30% los jefes distritales.

A pesar de contar con un 79% de gerentes calificado en las dependencias de salud, se visualiza la mala distribución del personal médico, ya que en muchos municipios no se encuentra presente la figura del médico, siendo la población atendida por otros profesionales, refiriendo a los usuarios al Hospital Central “Dr. Manuel N. Tovar”, colapsando dicha institución.

Al analizar los datos, se evidencia que el 100% de los gerentes entrevistados conocen la clasificación de las Dependencias de Salud del

estado Monagas, lo que llama a la reflexión, que no toman en cuenta la red primaria en cuanto a la distribución de los médicos, sino los hospitales de cabecera de cada municipio, dejando en total abandono la Red Primaria de Salud.

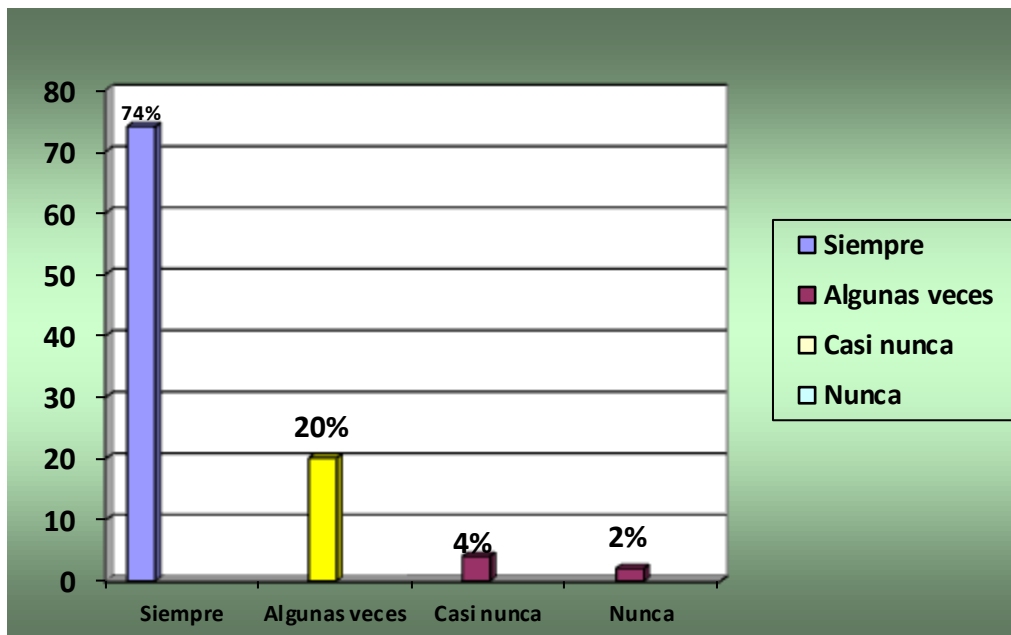
Gráfico 2. Número poblacional para la distribución del personal médico.



Fuente: Instrumento aplicado por la autora (2010).

Se observa que el 79% de los gerentes entrevistados, no toman en cuenta a la población en el momento de realizar la distribución médica. Cabe destacar el alto grado de desmotivación del médico, para laboral en el área rural, ya que no cuenta con el recurso económico para satisfacer sus necesidades básicas, por lo que prefieren laboral cerca de su domicilio, preferiblemente en zonas urbanas, para poder ejercer su profesión en instituciones privadas, otro punto que llama la atención es la dotación e infraestructura de estas dependencias y la distancia de los centros con las instituciones privadas, cooptando el crecimiento del profesional, notándose el total abandono del área rural.

Gráfico 3. Personal médico que trabaja en instituciones públicas y privadas.



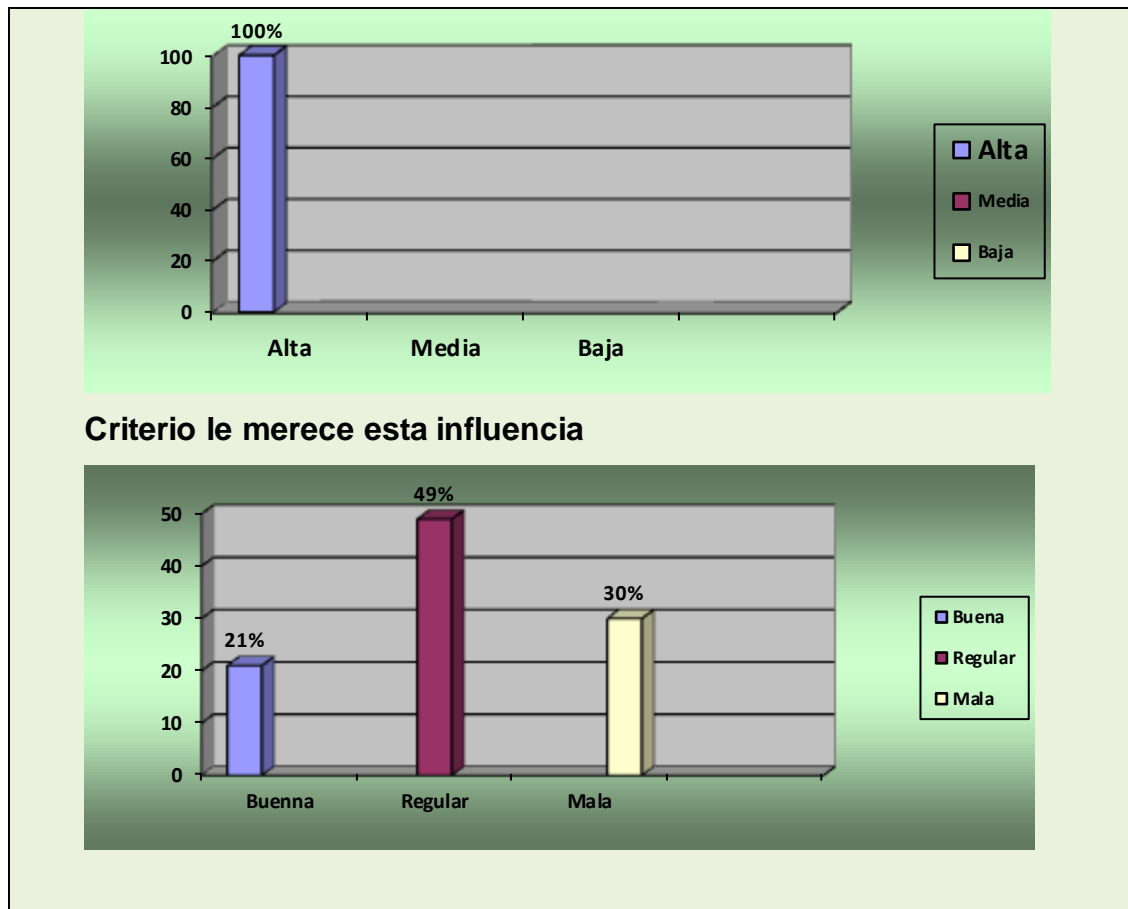
Fuente: Instrumento aplicado por la autora (2010).

Es evidente que el 74% de los médicos ejercen el ejercicio privado, por esta razón prefieren realizar el ejercicio público dentro de los hospitales de cabecera para poder cumplir con las dos actividades, desprotegiendo a la mayor parte de la población (la zona rural).

Es por ello, que se ve la decadencia de algunas instituciones públicas, también es aunado a que no cumplen sus horas de contratos, algunos sólo cubren 2 o 3 horas. Los responsable que el sistema de salud, se encuentre desasistido, son los gerentes, ya que no han sabido ejercer la autoridad con el personal médicos, bien sea por amiguismo, por razones políticas (palanca), o de índole familiar.

Los médicos sólo logran cubrir 4 o 6 meses del artículo 8, inmediatamente son trasladado al hospital central, dejando la red primaria abandonada.

Gráfico 4. Influencia de las máximas autoridades regionales a la hora de distribuir o contratar el personal médico en las instituciones.



Fuente: Instrumento aplicado por la autora (2010).

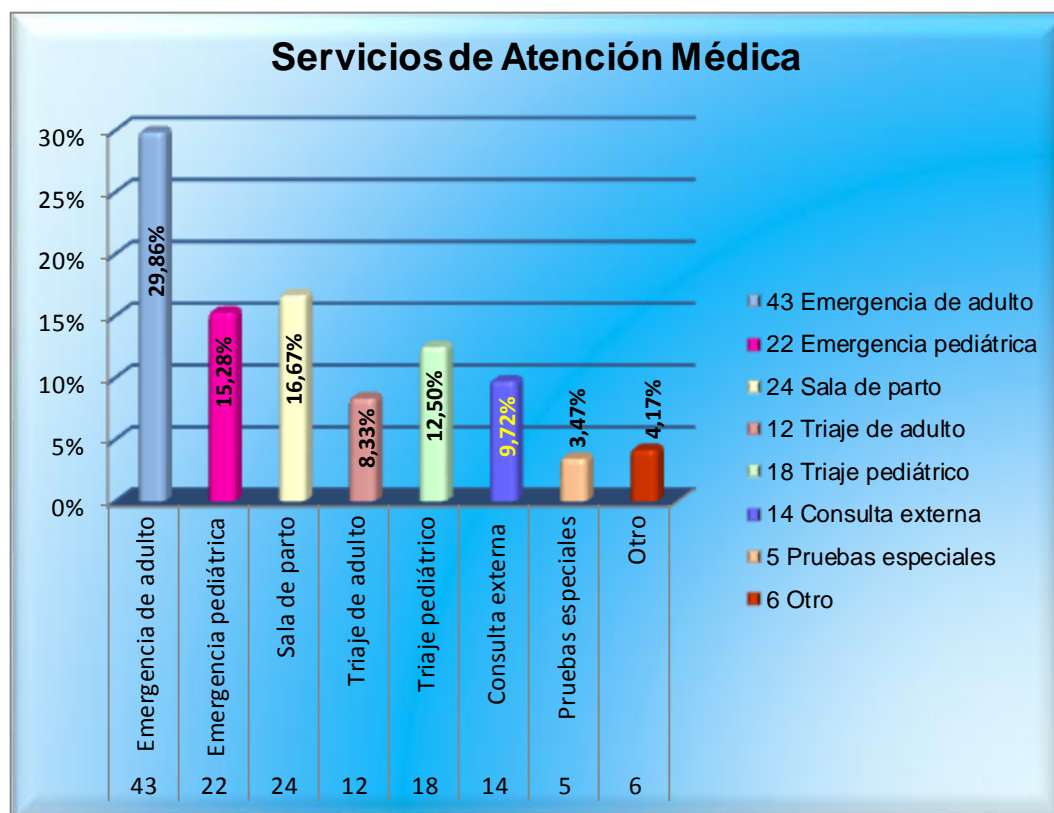
El 100% respondió que las autoridades regionales, son las que tienen competencia a la hora de contratar personal médico, observándose un porcentaje muy alto con relación a la influencia política y amiguismo a la hora de la distribución de los mismos y no la necesidad del colectivo. Fuente: Instrumento aplicado por la autora (2010).

Un 49% respondió, que esta influencia es regular, el que toma las decisiones al momento de distribuir el personal es el gerente de salud del estado, el 30% dijo que esta influencia es mala y tan solo un 21% dijo que

era buena. De allí se induce que no hay criterios reales al momento de la distribución del personal médico, hacen caso omiso a la norma estandarizada por la Organización de la Salud.

Algunos directivos no están de acuerdo que la comunidad organizada participe en la toma de decisiones al momento de la distribución de los médicos. Se evidencia que no todos los gerentes están comprometidos con el nuevo sistema organizacional de salud; pero si dar continuidad a las políticas operativas que tiene como finalidad la privatización de la salud.

Grafico N° 5. Frecuencias en valores absolutos y porcentuales del Servicio donde fue atendido.



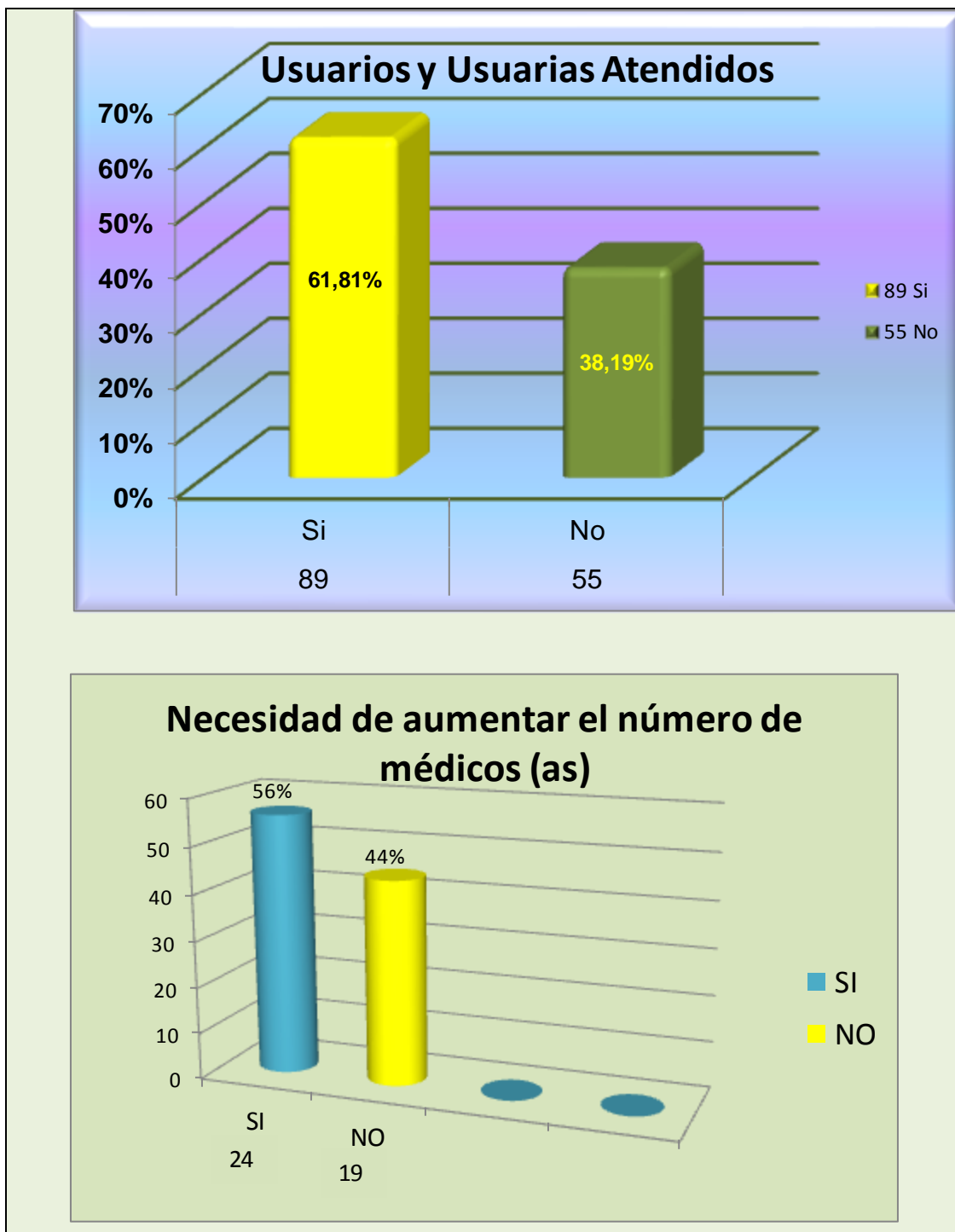
Fuente: Cuestionario aplicado a una muestra representativa de usuarios y usuarias de los servicios prestados en las dependencias de salud Pública del Estado Monagas. Año 2009.

En el gráfico 4, se refleja que el 29,8% se atendieron en la Emergencia de Adulto, un 15% Emergencia pediátrica, El 16,6% en Sala de Parto, El 9,72% en la Consulta Externa, el 8,33% en Triage de Adulto y 12,50 Triage pediátrico, otros con 7, 64%. Llama la atención que estos usuarios fueron atendidos en el HMNT”, algunos con afecciones minoritarias y otros que realmente ameritaban su atención. Cabe destacar que se observó según los EPI, la gran mayoría son procedentes de los municipios foráneos. Es decir no acuden a la red primaria.

El papel de los profesionales y de sus organizaciones ha sido clave para alcanzar un sistema sanitario de gran calidad y prestigio, que ha conseguido un alto grado de satisfacción de los pacientes y de la población.

Los profesionales deben seguir siendo protagonistas en la defensa de un sistema sanitario público eficaz, solidario, equitativo, universal, y eficiente. Para ello, la gestión directa, integrada y pública de los servicios se ha demostrado como la mejor fórmula, por la que seguimos apostando. Es preciso actualizar las organizaciones y mejorar la gestión de los centros, en un proceso de mejora continua. Ahora bien, cualquier cambio que se base en la privatización de la gestión debe ser monitorizado con rigor y transparencia.

En este sentido, se debería hacer un trabajo de auditoría, se debe realizar de acuerdo al análisis crítico y sistemático de la calidad del acto médico, horas de contratos, incluyendo métodos de diagnósticos y tratamientos, utilizando recursos que den mejor calidad de atención, lo que redundará en una mejor calidad de vida a los pacientes. Se debe procurar minimizar la percepción de que la auditoria es algo amenazante y señalar sus beneficios

Grafico N° 6. Grado de satisfacción

Fuente: Cuestionario aplicado a una muestra representativa de usuarios y usuarias de los servicios prestados en las dependencias de salud Pública del Estado Monagas. Año 200

Aquí se refleja el grado de satisfacción del usuario. El 62 % respondió que sí fueron atendidos y muy bien, mientras que el 38% dijo no. Por lo visto, la demanda de consulta en el hospital Central es bastante grande, por los que los médicos no se pueden cubrir o atender todo el conglomerado que allí asiste, bien sea por el cabalgamiento de horario, ya que tienen múltiples actividades a realizar en otros centros o porque realmente la demanda es muy grande.

En función a las respuestas, se obtuvo que un 56% de la población afirmara que se requiere la presencia del médico en las zonas rurales. Cabe acotar que esta situación se presenta en vista de la decadencia de las dependencias de salud por la falta de médico, la población se informa a través de los medios impresos que se requieren contratar personal, no sabiendo que para ello, existe una norma estandarizada a la hora de ubicar los galenos, solo dicen lo que leen y ven.

En este sentido de acuerdo al INE (2009), la población del estado Monagas, es de 819.197. Por lo que se estima que por cada municipio debe de haber el número de médicos disponible para atender a la población. Por consiguiente, se estima la distribución en el siguiente cuadro:

Árbol del Problema

Técnica empleada para identificar una situación negativa, la cual se intenta solucionar mediante la intervención del proyecto utilizando una relación de tipo causa-efecto. Una vez definido el problema, utilización de las TIC a nivel comunitario, se procederá a identificar las causas directas e indirectas que lo generan, algunos sucesos externos que pueden estar presentes. Los efectos son todos aquellos sucesos que se derivan del problema y permanecerán en caso de no ejecutarse el proyecto. En forma

similar, se tiene que identificar los efectos directos e indirectos según su relación con el problema.

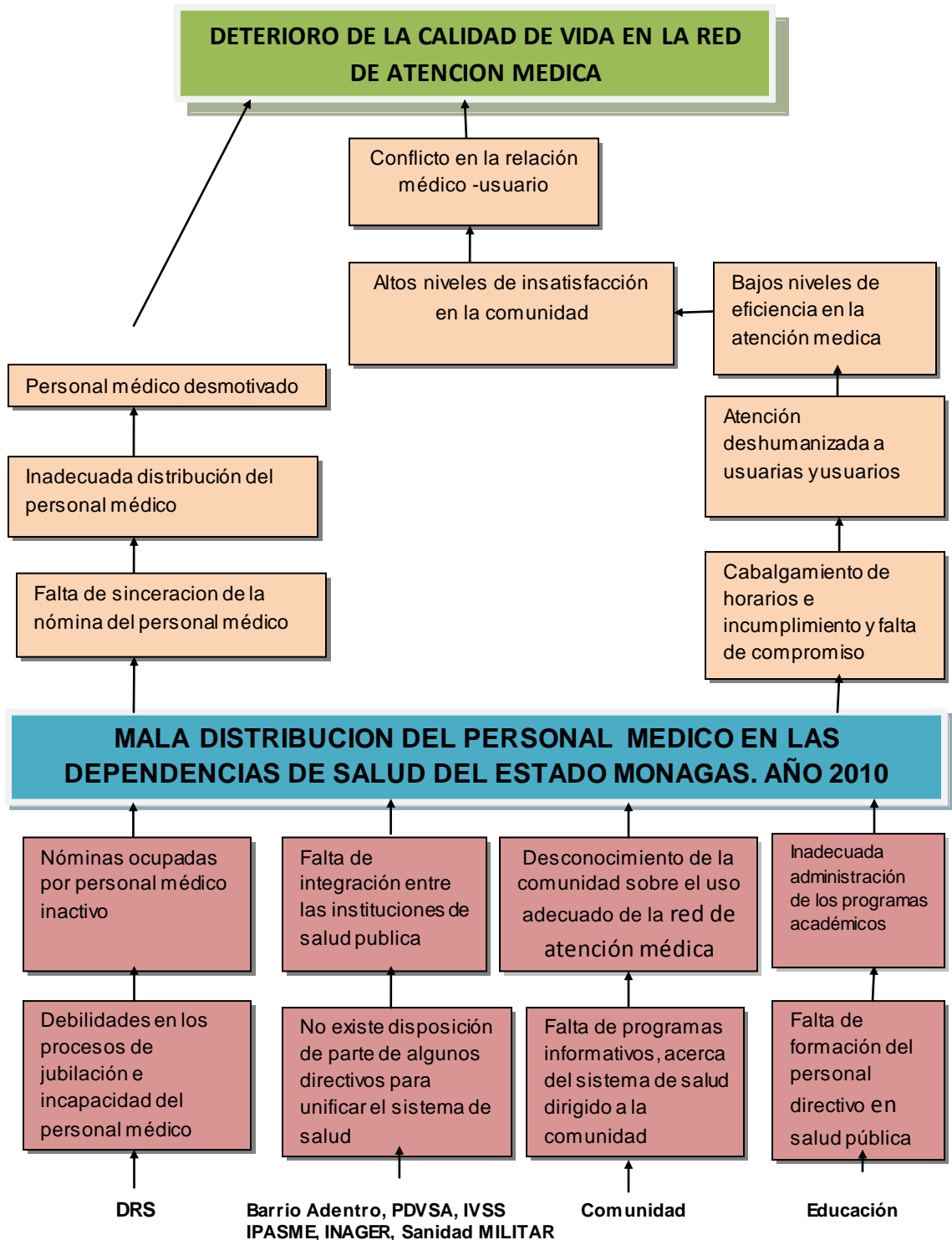
Las pocas capacidades para acceder a los conocimientos, adaptarlos y difundirlos producen desplazamientos reducidos de empoderamiento de las comunidades pobres, en particular las más carenciadas para participar activamente de la sociedad de la información, de la economía basada en el conocimiento, aprendizaje y uso adecuado de la tecnología. El árbol de objetivos es un procedimiento metodológico que permite:

- Describir la situación futura que prevalecerá una vez resuelto los problema

Las instituciones de salud, deberán cuidar y mantener su papel relevante en la formación de recursos humanos para la salud, propiciando el campo necesario para un entrenamiento de excelencia; así como promover la formación para el desempeño en y para la comunidad, asignación de los recursos humanos para la salud, deberá responder a las necesidades de la población y dar prioridad a la atención primaria de salud.

Una de las problemáticas sobre Recursos Humanos es que no existe una relación real entre empleadores y formadores de acuerdo a las necesidades de la población monaguense, además, se continua operando bajo la vieja agenda a nivel de los departamentos de Recursos Humanos (RRHH), por lo que no existe una verdadera gestión del desarrollo del RRHH; la poca importancia que recibe el RRHH también se ve reflejado en las propuestas de reforma de salud donde este rubro ha quedado fuera, lo cual no es cierto, pues los Recursos Humanos son el motor que echa a andar todas las acciones de una empresa y por lo tanto debe de dársele la importancia que se merece este componente.

Gráfico N° 8 Árbol del Problema



Fuente: Elaboración propia (2010)

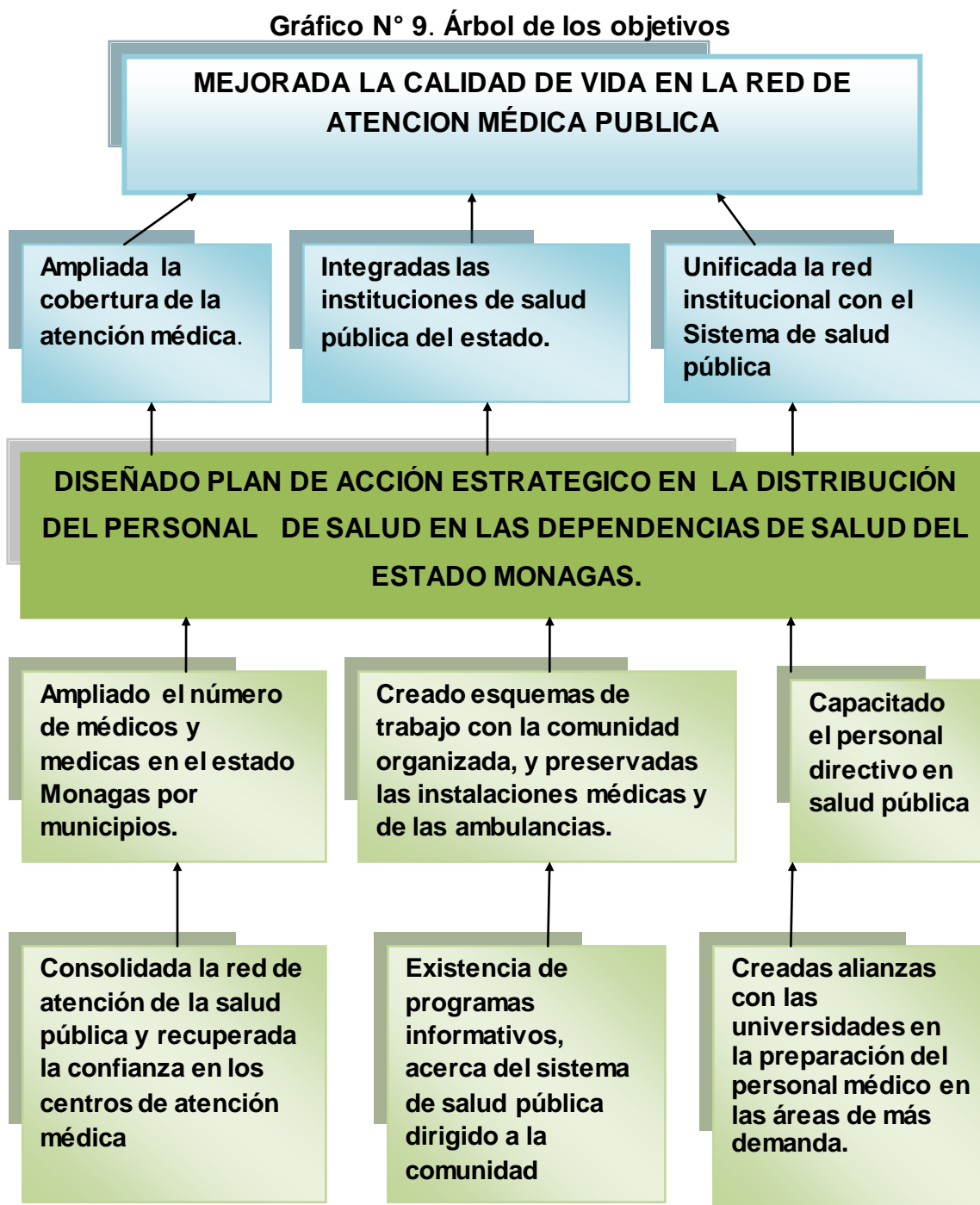
Cuadro N° 1. Matriz FODA: Mala distribución del personal Médico en las Dependencias de Salud Pública del Estado Monagas.

Fuente: Elaborado por la autora (2010).

<p align="center">FUERZAS INTERNAS</p> <p align="center">Fuerzas Externas</p>	<p>FORTALEZAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Comunidad organizada dispuesta a colaborar. -Alta disposición de parte del Ministerio del Poder Popular para la Salud para la aceleración de Jubilaciones. -Nuevos esquemas de trabajo a nivel de la Dirección regional de Salud para sincerar los reposos del Personal Médico. -Nuevos profesionales de la medicina dispuestos a laborar en el estado Monagas. 	<p>DEBILIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Espacios de consulta y áreas de descanso del personal médico presentan deficiencias. -Falta de insumos, equipos médicos y ambulancias. -Falta de alianzas estratégicas entre las Universidades y la Dirección Regional de Salud; para el manejo de necesidades de recurso humano y para la organización de estudios de postgrados. -Falta de sinceración de las nóminas del personal médico, respecto a reposos médicos y jubilaciones.
<ul style="list-style-type: none"> -Disposición del gobierno regional para ayudar con incentivos económicos al personal médico dispuesto a laborar en zonas alejadas. -Disposición del gobierno central para la consolidación del Sistema Público Nacional de Salud. -Homologación de sueldos del personal médico a nivel Nacional. 	<p align="center">ALTERNATIVAS "FO":</p> <ul style="list-style-type: none"> -Coordinar con la comunidad organizada, esquemas de trabajo para la preservación de las instalaciones médicas y de las ambulancias. -Elevar al Ministerio de Salud los números reales del personal médico activo y del que posee los requisitos para la jubilación. 	<p align="center">ALTERNATIVAS "DO":</p> <ul style="list-style-type: none"> -Diseñar esquemas de trabajo Dirección Regional de Salud-Barrio Adentro para redistribuir al personal médico realmente activo. -Crear alianzas estratégicas Dirección Regional de Salud-IVSS para acelerar las incapacidades por enfermedad que sean necesarias dentro del personal médico.
<ul style="list-style-type: none"> -Considerable número de profesionales de la medicina de reposo médico. -Importante número de médicos y médicas en espera de su jubilación y por ende de sus prestaciones sociales. -Cabalgamiento de horarios del personal médico, -Trato deshumanizado del personal médico hacia usuarios y usuarias, actitud que cambia en el ejercicio privado. -Mejorar los esquemas de planificación de la edificación de nuevas dependencias de salud. 	<p align="center">ALTERNATIVAS "FA":</p> <ul style="list-style-type: none"> -Aplicar las disposiciones legales existentes para eliminar el cabalgamiento de horarios. -Desarrollar jornadas periódicas de sensibilización y desarrollo humano para el personal médico. -Brindar apoyo psiquiátrico continuo a los profesionales de la medicina. - Evaluar detalladamente cada uno de los proyectos a ejecutar para la edificación de nuevas dependencias de salud 	<p align="center">ALTERNATIVAS "DA":</p> <ul style="list-style-type: none"> -Crear alianzas con las universidades para fomentar la preparación del personal médico en las áreas de más demanda.

Fuente: Elaborado por la autora (2010).

El árbol de los objetivos es una manera metodológico para representar la realidad futura que predominará una vez resuelto el problema.



Fuente: Elaborado por la autora (2010)

Por lo expuesto en el árbol de los objetivos, se afirma una vez mas, la necesidad de la redistribución del personal médico en las dependencias de salud del estado, donde se afianzas alianzas con las universidades en función de la capacitación para ofrecer una calidad de atención a la población excluidas y necesitadas este recurso humano. Integradas las instituciones de salud, consolida la red de salud pública del estado Monagas.

Matriz del Marco Lógico (MML)

El Marco Lógico es una herramienta de análisis estructurado, que facilita el proceso de identificación, diseño, ejecución y evaluación de políticas, programas, proyectos y diseños organizacionales, pudiendo aplicarse en cualquier fase de los respectivos procesos de planificación

Cuadro N° 2. Matriz del Marco Lógico

Resumen Narrativo	Indicadores verificables	Medios de verificación	Factores externos
Fin del Trabajo: Solucionar el problema de déficit de médicos en le Estado Monagas.	Correcta distribución y colocación del personal médico.	Dependencias de salud pública con el número de médicos necesarios.	Falta de recursos económicos y humano calificado.
Propósito del Trabajo: La distribución del personal médico en las dependencias de salud pública existentes en el Estado Monagas.	Número de médicos acorde con las necesidades de cada dependencia.	Dependencias de salud pública del Estado y Dirección Regional de Salud y.	Falta de recursos económicos y de información estadística.
1.-Identificar el número de médicos activos que prestan sus servicios en las dependencias de salud pública del Estado Monagas.	Número de médicos efectivamente activos en las dependencias de salud pública.	*Estadísticas de Salud.	Falta de apoyo de los Departamentos de Estadísticas de Salud Pública.
2.-Confirmar el número de dependencias de salud pública, existentes en cada Municipio del Estado y la denominación de cada una de ellas.	Número de dependencias de salud pública existentes en cada Municipio	*Datos aportados por el INE.	Apoyo de la Dirección Regional de Salud y de la Coordinación de "Barrio Adentro".
3.-Analizar los números reales de los médicos que se requieren en	Números reales de médicos necesarios en cada Municipio.	*La comunidad afectada. *Datos	*Comunidad dispuesta a colaborar.

cada Municipio.		estadísticos obtenidos de las Oficinas de Estadísticas de Salud de cada Municipio.	*Apoyo de las Oficinas de Estadísticas de Salud de las dependencias de cada Municipio.
4-Evaluar las horas de trabajo efectivo de los médicos.	*Número de horas efectivamente laboradas por los médicos.	*La comunidad afectada. *Datos estadísticos.	*Comunidad dispuesta a colaborar. *Apoyo de las Oficinas de Estadísticas de Salud de las dependencias de cada Municipio.
5-Establecer estrategias interinstitucionales enfocadas en mejorar la captación y permanencia del personal médico en las dependencias de salud pública del Estado.	*Estrategias de captación y permanencia del personal médico.	*Programas de captación y motivación al personal médico.	Personal médico desmotivado y carente de sentido de pertenencia.
6-Elaborar la propuesta de solución al déficit de médicos	*Propuesta para solucionar el déficit de médicos.	*Adecuada captación y distribución del personal médico.	Disposición de parte de la Dirección Regional de Salud para la ejecución de la Propuesta.

Fuente: Elaboración de la autora.

Los resultados obtenidos mediante la aplicación de las técnicas de investigación, fueron analizadas las causas y consecuencias del problema, lo que permitió a la investigadora profundizar en la búsqueda de soluciones viables identificando las estrategias con la intención de elaborar un plan de acción para mejorar la distribución de médicos en las dependencias de salud en el estado Monagas.

Asimismo, se crea la propuesta de estimación del personal médico y médicas tomando en cuenta la población del estado por municipios, esto con la finalidad de mantener una población con los servicios de atención médica necesaria y la permanencia del médico en las dependencias de salud pública.

Propuesta estrategias en la distribución del personal medico

El Ministerio de Salud será responsable de formular las políticas nacionales de salud y las normas técnico- administrativas, que deben ser acatadas obligatoriamente por todas las instituciones del Sector.

En cuanto a las instituciones formadoras de recursos humanos en salud, dichas instituciones, serán responsables de formar profesionales de la salud en concordancia con las necesidades de la población y la situación de salud del país y la capacidad del sistema para afrontar la problemática. Para cumplir esta función, es necesario coordinar esfuerzos para adecuar los currículos de las entidades formadoras de recursos humanos, con las necesidades de las instituciones empleadoras y proveedoras de servicios de salud.

Para fortalecer el modelo de atención integral a aplicar, es indispensable la introducción de programas de investigación en el campo científico, técnico y social, de las diferentes disciplinas o profesiones de la salud, de manera que en forma permanente estén produciendo insumos para la innovación programática y técnica del sistema de salud, en función de las necesidades de la población.

Dentro de las estrategias propuestas para los RRHH, se hace referencia a:

La implementación de una política de personal que corresponda a las naturales necesidades y demandas inherentes al tratamiento y desarrollo de sus recursos humanos a través de la elaboración de los siguientes manuales:

- Manual de descripción de puestos.
- Diseño de la evaluación al desempeño, en el nivel individual, de equipos de trabajo, y planes de acción. (Escala de salarios).

También es importante proponer, el estímulo a la responsabilidad, los esfuerzos, la capacitación, la formación académica de los trabajadores que la realicen por cuenta propia, la creación de un verdadero sistema estratégico de de salud y que las instituciones colaboren a través de compromisos acorde a las necesidades sentida por la población.

Mesa 1

Establecer una política de Recursos Humanos en Salud, producto de la concertación intersectorial e intersectorial, sustentado en el compromiso solidario de todos los actores involucrados; dando un lugar prioritario en la planificación de los RRHH a la participación social y a las distintas formas de organización de la sociedad civil.

Además, es imperativo la realización de un censo nacional de recursos humanos en salud y el estudio de sus tendencias, a fin de orientar el desarrollo de la fuerza laboral en salud y desarrollar un sistema nacional de información sobre recursos humanos en salud que sirva de base a la planificación estratégica de dicho personal.

La calidad de la atención y educación en salud exige la certificación de los profesionales y técnico de la salud. Asimismo, deben garantizarse la responsabilidad estatal en la formación de personal de salud y en los procesos de capacitación y educación permanente.

La calidad del proceso formativo debe descansar en una adecuada integración docente asistencial investigativa y en un compromiso social al servicio de la sociedad. Las bases de la política de Recursos Humanos, tendrá que estar fundamentada en las realidades y necesidades de la población monaguense y las necesidades de los Recursos Humanos para poder lograr la misión, visión, objetivos y metas de las instituciones en pro de los clientes.

Objetivo General del Plan Operativo

Garantizar la adecuada, justa y equitativa distribución del personal médico, en todo el territorio del estado Monagas.

.Cuadro N° 3. PLAN DE ACCIÓN

Objetivos Específicos	Metas	Estrategias	Tiempo	Responsables
Cooperar en el desarrollo de las estrategias para mejorar la distribución del personal médico en los municipios.	Conocer los factores determinantes que inciden en la distribución del personal médico en las dependencias de salud.	Participar e intervenir en la generación de técnicas para atacar la mala distribución	24 horas divididas en jornadas de 4	Instituciones de salud Gerencia Medica Grupo conformado por un representante de cada poder Consejos Comunales
Fortalecer la coordinación de red la red primaria Promover cursos y seminarios	Promover políticas públicas en el sector salud	Motivar a los ciudadanos y ciudadanas Elaborar contenidos sobre la buena gerencia	24 horas divididas en jornadas de 4	Grupo conformado por un representante de cada poder municipal y regional. Consejos Comunales
Difundir información en relación del abordaje multidisciplinario para lograr un sistema de salud acorde a las expectativas de la población.	Mayor promoción de salud Mayor compromiso con la población.	Motivar a los ciudadanos y ciudadanas Promover cursos y seminarios	24 horas divididas en jornadas de 4	Grupo conformado por un representante de cada poder Consejos Comunales

Fuente: Elaboración propia (2010)

Cuadro N° 4. Estimación de la distribución del personal médico y médicas por municipios del estado Monagas.

DISTRIBUCION DEL PERSONAL MEDICO POR NUMERO DE POBLACION. 2010		
POBLACION	HABITANTES	NUMERO DE MEDICOS
MATURIN	457.882	367
BOLIVAR	41.780	34
CARIPE	34.999	28
EZEQUIEL ZAMORA	60.928	49
AGUASAY	12.385	10
SANTA BARBARA	9.292	8
SOTILLO	24.443	20
URACOA	9.692	8
PIAR	45.076	37
ACOSTA	18.180	15
LIBERTADOR	43.581	35
CEDEÑO	33.048	27
PUNCERES	27.911	23
TOTAL	819.197	661

Fuente: Elaboración propia (2010).

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Las nuevas políticas gubernamentales y la diversidad de la fuerza laboral, son algunas de las realidades que se deben considerar en las gerencias organizacionales. Se concluye que:

El 74% de los médicos ejercen el ejercicio privado, por esta razón prefieren realizar el ejercicio público dentro de los hospitales de cabecera para poder cumplir con las dos actividades, desprotegiendo a la mayor parte de la población (la zona rural). El 92% de los Especialistas se ubican en el municipio Maturín, ocupando cargos en las diferentes instituciones públicas y privadas del estado y un 8% ocupan cargos en otros municipios, siendo Santa Barbará el municipio más sentido y excluido de contar con especialistas. Es necesario mencionar que el 70% pertenecen a nómina de la Dirección Regional de salud. Es evidente que existe una disminución de la calidad de vida relacionada a la atención médica prestada.

El 79% de los gerentes entrevistados, no toman en cuenta a la población en el momento de realizar la distribución médica. Cabe destacar, el alto grado de desmotivación del médico, para laboral en el área rural, ya que no cuenta con el recurso económico para satisfacer sus necesidades básicas.

El 100% de los directivos respondió que las autoridades regionales, son las que tienen competencia a la hora de contratar personal médico, observándose un porcentaje muy alto con relación a la influencia política y amiguismo a la hora de la distribución de los mismos y no la necesidad del colectivo.

RECOMENDACIONES:

- ❖ Formar especialistas en salud pública.
- ❖ Participación de las comunidades organizadas.
- ❖ Redactar manual de normas y procedimientos en cada institución.
- ❖ Mejorar el equipamiento e infraestructura de las dependencias de salud.
- ❖ Hacer cumplir la norma estandarizada por la OMS.
- ❖ Tomar en cuenta la población para asignar el personal médico.
- ❖ Implementar una red de comunicación entre todas las dependencias de salud regional.
- ❖ Incentivar a la población para el uso de las dependencias de salud de acuerdo a su ubicación.
- ❖ Fomentar la cultura de atención medica humanizando la salud.
- ❖ Dotación de insumos a las dependencias de salud.
- ❖ Acelerar los procedimientos para la jubilación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Arca González; José Miguel (2006).Expectativa de los internos de Medicina Humana de 5 Hospital Generales. Ejercicio Profesional y su Inclinação por la Atención Primaria de Salud. Tesis de grado, para optar al título de Especialista en Salud Publica. Perú. Disponible en: cybertesis.edu.pe.
- Ayala, Villegas 2006 La evaluación del personal. Métodos de evaluación de colaboradores. Disponible en la Word Wide Web: <http://webcache.googleusercontent.com>
- Merino de Rojas; M. Cristina. (2004). Equidad en la distribución de los recursos humanos en Salud Bolivia, Ecuador, El Salvador y México. *newpaho.org*
- Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. (Internet). Tratados, Acuerdos, Declaraciones y Estrategias Internacionales relacionados con la seguridad alimentaria y nutricional: cómo responden al modelo conceptual de SAN. Presentada por los Ministros de Salud de las Américas. Panamá. Junio de 2007. (Consulta el 19 de junio de 2010). Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/D/Congreso_CuencaEcuador_Apr07.htm
- Brito, P., Padilla, M. y Rígoli, F. (2003). Las Reformas del Sector Salud y la Planificación de Recursos Humanos. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud. Washington. www.revecap.com
- Carbajal, Arriaga; Luis E. (2002). Las Competencias del médico general. Definiciones preliminares para el cambio curricular. Profesor Director del Departamento de Educación Médica. Montevideo.
- Chávez Frías; Hugo Rafael, (21 febrero de 2008). Presidente de la República Bolivariana de Venezuela. En 10 años, Venezuela triplicó cantidad de médicos por habitante. Noticias ABN. Disponible en la Word Wide Web: <http://www.radiolaprimerisima.com/noticias/alba>.
- D'Empaire, Gabriel (2001). Aspectos éticos de la distribución de recursos escasos y el derecho a la asistencia médica. Gac Méd Caracas, oct. 2001, vol.109, no.4, p.455-467. ISSN 0367-4762.
- Guerrero; Modesto Emilio (2007). La salud pública en Venezuela hoy. www.monografias.com
- González, Augusto (2009).Se están asignando galenos para cumplir artículo 8.

- San Cristóbal, Estado Táchira. Disponible en la: www.recolecta.net
- Guerrero Modesto Emilio (2005). La Salud en la Revolución Bolivariana. Conquistas y Riesgos. Fecha de publicación: 09/02/05. Disponible en la Word Wide web: <http://www.aporrea.org>. Consultada el 20/09/2010.
- Organización Panamericana de Salud (1998). Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud.
- Merino de Rojas; M. Cristina. (2004). Equidad en la distribución de los recursos humanos en Salud Bolivia, Ecuador, El Salvador y México. *newpaho.org*
- Melo Solórzano; Luisana (2009). Sistema Público Nacional de Salud: un camino hacia el socialismo. Disponible en la Word Wide Web: <http://www.psuv.org.ve/temas/noticias/El-Sistema-Publico-Nacional-de-Salud-un-camino-hacia-el-Socialismo/>
- Mora Venegas; Carlos (2008). Tópicos gerenciales - Administración de la salud en Venezuela. www.monografias.com
- Organización Panamericana de Salud (1998). Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud.
- Plan Nacional de Salud 2009-2013/2018 Ministerios que coordinaron la elaboración del Plan Nacional de Salud: Ministerio del Poder Popular para la Salud y Ministerio del Poder Popular para la Planificación y Desarrollo.
- Serrano, Arturo (2008). Médico Rural. Ex Fundador y Presidente Santafesino de la Asociación de Medicina Generalista y Familiar. Director del Samco de Santo Domingo. Promotor de la Primera jornada en la provincia de Santa Fe. Médicos Rurales: “un problema para nada menor” www.elsantafesino.com
- Servicio Social de Medicina en América Latina. Situación Actual y Perspectivas. (Informe de un Taller Regional, Washington, D.C., 9-11 de Abril de 1997). www.scielo.sa
- Sierra; Regla Alicia. (2007) El término de estrategias. www.wikilearning.com
- UNICEF (2005). Caracterización General de la Población Venezolana. www.acnur.org/biblioteca.
- Valera, Luis (2005). *Política de Formación Profesionales y Técnicos en Salud del Ministerio de Salud Venezolano*. Consultores y Asesores Gestión En Salud C.A. Dr. Maiqui Flores (OFICINA VIRTUAL). Disponible en la Word Wide Web: maiquiflores.over-blog.es/article-politica-de-formacion-profesionales-y-

tecnicos-en-salud-del-ministerio-de-salud-venezolano-2005.

Villegas Peñaloza; José Luis (2007). Formación ciudadana y Construcción del nuevo sistema público de salud. Núcleo – U.N.E.F.A. 1er año de M.I.C. Maracay, Estado Aragua. Disponible en la Word Wide Web: <http://www.portalesmedicos.com>

Clasificación de Ambulatorios rurales, urbanos y hospitales

I. Ambulatorios

1. Ambulatorios Rurales.

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

2. Ambulatorios Urbanos.

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

II. Hospitales.

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

Los Ambulatorios Rurales Tipo I tienen las siguientes características: Se encuentran ubicados en áreas rurales de población dispersa menor de un mil (1.000) habitantes. Son atendidos por un auxiliar de "Medicina simplificada" bajo supervisión médica y de enfermería. Dependen de la Dirección del Distrito Sanitario.

Los Ambulatorios Rurales Tipo II tienen las siguientes características:

- Se encuentran ubicados en áreas rurales de población concentrada o dispersa de más de mil (1.000) habitantes. Son atendidos por médicos generales.
- Dentro de su organización pueden contar con camas de observación servicio de odontología.
- Dependen técnica y administrativamente de la Dirección del Distrito Sanitario.

Los Ambulatorios Urbano" "Tipo I tienen las siguientes características:

- Prestan atención médico integral de nivel primario. Son atendidos por médicos generales y familiares
- Dentro de su organización pueden contar con servicio odontológico y psico-social.
- Dependen administrativa y técnicamente del Distrito Sanitario correspondiente. (p.52).

Los Ambulatorios Urbanos Tipo II tienen las siguientes características:

- Prestan atención médica integral de nivel primario. Son atendidos por un médico general con: experiencia en administración de salud pública, quien podrá realizar funciones docentes de pre y post-grado.
- Pueden contar con los servicios de obstetricia y pediatría y de los servicios básicos de laboratorio, radiología y emergencia permanente, además de los servicios del Ambulatorio Tipo I.
- Dependen técnica y administrativamente del Hospital de su jurisdicción.(p.53)

Los Ambulatorios Urbanos Tipo III tienen las siguientes características:

- Prestan atención médica integral de nivel primario secundaria o ambos. Son dirigidos por un médico con curso medio de clínicas sanitarias.
- Son organizados para prestar, además de atención médica general, servicios de: medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia y pediatría, servicios de dermato-venereología, cardiología y emergencia.
- Dependen técnica y administrativamente del Hospital de su jurisdicción.(54).

Los Ambulatorios Urbanos Tipo III tienen las siguientes características:

- Prestan atención médica integral de nivel primario secundaria o ambos. Son dirigidos por un médico con curso medio de clínicas sanitarias.
- Son organizados para prestar, además de atención médica general, servicios de: medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia y pediatría, servicios de dermato-venereología, cardiología y emergencia.
- Dependen técnica y administrativamente del Hospital de su jurisdicción.

Los Hospitales tienen las siguientes características:

- Prestan atención médica integral de nivel primario, secundario y terciario según su categoría
- Dentro de su organización contarán con camas de observación y de hospitalización.

Los Hospitales Tipo I tienen las siguientes características:

- Prestan atención ambulatoria de nivel primario y secundario tanto médica como odontológica.
- Sirven de centro de referencia de nivel ambulatorio.
- Se encuentran ubicados en poblaciones hasta de veinte mil (20000) habitantes y con un área de influencia demográfica hasta de sesenta mil (60.000) habitantes.
- Tienen entre 20 y 60 camas.
- Están organizados para prestar los siguientes servicios básicos: medicina, cirugía, gineco-obstetricia y pediatría.
- Cuentan con los siguientes servicios de colaboración: laboratorio, radiodiagnóstico, farmacia, anestesia, hemoterapia y emergencia.

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

Los Hospitales Tipo II tienen las siguientes características:

- Prestan atención de nivel primario, secundario y algunas de nivel terciario.
- Se encuentran ubicados en poblaciones mayores de veinte mil (20.000) habitantes y con un área de influencia hasta de 100.000 habitantes.
- Tienen entre 60 y 150 camas de hospitalización.
- Podrán desarrollar actividades docentes asistenciales de nivel pre y post-grado, paramédicos y de investigación.

Los Hospitales Tipo II prestarán los siguientes servicios:

- Servicios clínicos básicos de: Medicina, Servicios de Cardiología, Psiquiatría, Dermato-venereología y Neumonología; Cirugía:

Traumatología, Oftalmología y Otorrinolaringología; Gineco-Obstetricia; Pediatría.

- Servicios de colaboración y diagnóstico.
- Servicios diferenciados de enfermería, trabajo social y dietética.
- Pueden contar con una sección de Fisioterapia.

Su estructura organizativa es así: La Dirección la cual estará a cargo de un médico especialista en Salud Pública y un médico adjunto con curso medio diversificado en Epidemiología. Los servicios clínicos básicos con los Jefes de Servicios; sus adjuntos y las sub-especialidades. Deben contar como mínimo con dos Nutricionistas, una Lic. En Enfermería en la Jefatura del Departamento, un Intendente para las actividades administrativas y de logística y un Jefe de la Oficina de Personal.

Los Hospitales Tipo III tienen las siguientes características:

- Prestan servicios de atención médica integral a la salud en los tres niveles clínicos.
- Se encuentran ubicados en poblaciones mayores de sesenta mil (60.000) habitantes, con áreas de influencia hasta de cuatrocientos mil (400.000) habitantes.
- Dentro de su organización contarán con una capacidad que oscilará entre 150 y 300 camas.

Su estructura organizativa es así: Dirección.

- Departamentos de: Medicina: Nefrología, Reumatología, Neurología, Gastroenterología, Medicina Física y Rehabilitación, Cirugía: Urología, Otorrinolaringología, Oftalmología y Traumatología, Gineco-Obstetricia. y Pediatría.
- Cada Departamento está formado por el Jefe de Departamento y los respectivos Jefes de Servicio.

Servicio de colaboración.

- Dispone por lo menos de cuatro Nutricionistas, dos Licenciados en Enfermería.
- Su estructura jerárquica y técnico-administrativa es así:

- La Dirección a cargo de un médico con maestría de salud pública y contará con:
 - Un médico adjunto de atención médica, con maestría en Salud Pública.
 - Un médico adjunto Epidemiólogo con su correspondiente especialidad.
 - Un adjunto administrativo de nivel universitario con título preferiblemente de economista, Administrador Comercial o de profesiones afines.
- Contará además con el siguiente personal:
 - Un Ingeniero Electro-Mecánico o de Electromedicina para la Jefatura del Departamento de Ingeniería y Mantenimiento.
 - Un farmacéutico.
 - Un Licenciado Bioanálisis.
 - Un Jefe de Oficina de Personal para el área de recursos humanos.

Cumple funciones de docencia a nivel de pregrado de medicina, así como, a nivel tecnológico, es sede de residencias programadas de postgrado en las especialidades básicas y cumple con funciones de investigación.

Los Hospitales Tipo IV tienen las siguientes características:

- Prestan atención médica de los tres niveles con proyección hacia un área regional.
- Se encontrarán ubicados en poblaciones mayores de cien mil (100.000) habitantes y con un área de influencia superior al millón (1.000.000) de habitantes.
- Tienen más de 300 camas.
- Cuentan con unidades de larga estadía y albergue de pacientes.



SOLICITUD DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO

Ciudadano:

Prof. Gladys Luna

Presente.-

Me dirijo a usted en la oportunidad de solicitar su juicio como experto en la validación del instrumento, el cual se aplicará con la finalidad de realizar un estudio que tiene como título: **EVALUACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL MÉDICO EN LAS DEPENDENCIAS DE SALUD PÚBLICA DEL ESTADO MONAGAS. AÑO 2010.**

Anexo le remito el instrumento para validación del mismo.

Sin más que hacer referencia, esperando su valiosa colaboración, se despide de usted.

Atentamente,

Norma Yibirin

C.I.



Hoja de validación del instrumento dirigida a Evaluación de la distribución del personal médico en las dependencias de salud pública del estado Monagas. Año 2010.

En esta matriz una escala de evaluación que va desde 5 hasta 1, donde 5: Excelente, 4: Bueno, 3: Regular, 2: Deficiente y 1: Muy deficiente.

ITEMS	Pertinencia				Redacción				Relevancia				
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
Observaciones:													

Datos del Experto:

Nombre y Apellido: Gladys Luna

C.I:

Profesión: Estadístico

Experiencia Laboral: UPEL, UGM.

Fecha:

Firma: _____



**REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
SERVICIO AUTONOMO
INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS
“DR. ARNOLDO GABALDON”**

Cuestionario aplicado a los directivos del sistema regional de salud con la finalidad de sustentar con datos reales la investigación académica, titulada: “Evaluación del Déficit de Personal Médico en las Dependencias de Salud Pública del Estado Monagas. Año 2010”.

Autora: Norma Yibirin

Maturín, mayo 2010

Cuestionario de opinión sobre el déficit de personal médico en las dependencias de salud pública del estado Monagas

Por medio de esta herramienta, usted puede expresar su opinión acerca del déficit de personal médico que presentan las dependencias de salud pública del estado Monagas, al responderlo estará apoyando una evaluación de dicho fenómeno. Este es un instrumento sólo para fines académicos, que garantiza la confidencialidad y el anonimato. Por favor, marque con una X las alternativas que considere factible y/o escriba las cifras pertinentes.

1. ¿Qué cargo directivo ocupa usted dentro del sistema regional de salud?

- Director Regional de Salud.
- Gerente Médico de la DRS.
- Coordinador de Programas de la DRS.
- Director de Barrio Adentro
- Director Médico de PDVSA
- Director del IVSS del estado Monagas
- Director del IPASME del estado Monagas
- Director de INAGER del estado Monagas
- Director de Sanidad Militar del estado Monagas

2. ¿Qué municipio (s) atiende usted a través de su gestión?

- Todos.
- Algunos
- Solo me dedico a la institución que dirijo.
- Ninguno.

3. ¿Dentro de qué clasificación entra(n) la(s) dependencia(s) de salud pública que usted coordina?

- Primer Nivel: Ambulatorios Tipo I ____, II ____, III ____,
- Segundo Nivel: Hospital Tipo I ____, II ____, III ____,
- Tercer Nivel: Hospital Tipo IV _____

4. ¿Se toma en cuenta el número poblacional a la hora de la distribución de personal médico?

Si

No

5. ¿El personal médico que se desempeña actualmente en la(s) dependencia(s) de salud pública que usted coordina, hace ejercicio privado?

Siempre

Algunas veces

No puede

6. ¿Qué factores cree usted, que intervienen para que el personal médico se desmotive y hasta abandonen el ejercicio público?

Infraestructura de las dependencias en mal estado

Falta de equipos médico-quirúrgicos

Inseguridad en el área de trabajo

Escasos beneficios socioeconómicos

Limitaciones para hacer carrera profesional

Necesidad de emprender nuevos estudios

7. ¿cuáles de estos mecanismos considera usted se deben aplicar o reforzar para continuar implantando mejoras en el sistema de salud pública del estado?

Continuar las alianzas estratégicas con la banca, la empresa privada y PDVSA para mejorar la infraestructura de las dependencias de salud pública.

Promover la discusión y aprobación de un nuevo y mejor contrato colectivo para el gremio médico.

Trazar estrategias para fortalecer el Nuevo Sistema Público Nacional de Salud.

Sincerar las nóminas, en lo que respecta a jubilaciones y reposos del personal médico.

Ofrecer un esquema de postgrado enfocado principalmente a las necesidades de la comunidad.

Establecer sanciones y hacerlas cumplir, para aquellos profesionales de la medicina que “cabalgan horario”.

Sancionar al personal médico que demuestre trato deshumanizado hacia los usuarios.

8. ¿Qué clasificación le merece la influencia de las máximas autoridades regionales a la hora de distribuir o contratar el personal médico en las instituciones?

a) Alta _____

b) Media _____

c) Baja _____

9. ¿Qué criterio le merece esta influencia?

10. ¿Cómo influye la población o las autoridades locales cuando asignan los médicos a su correspondiente zona?

Gracias por su colaboración



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
SERVICIO AUTONOMO
INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS
"DR. ARNOLDO GABALDON"

Cuestionario aplicado a los usuarios de las diferentes dependencias de salud pública del estado Monagas, con la finalidad de sustentar con datos reales la investigación académica, titulada: "Evaluación del Déficit de Personal Médico en las Dependencias de Salud Pública del Estado Monagas. Año 2010".

Autora: Norma Yibirin

Maturín, mayo 2010

Encuesta de opinión sobre el déficit de personal médico en las dependencias de salud pública del estado Monagas

Por medio de esta herramienta, usted puede expresar su opinión acerca de la atención médica recibida en este centro de salud. Este es un instrumento sólo para fines académicos, que garantiza la confidencialidad y el anonimato. Por favor, marque con una X las alternativas que considere factible y/o escriba las cifras pertinentes.

1. ¿En qué servicio fue atendido usted?

- Emergencia de adulto
- Emergencia pediátrica
- Sala de parto
- Triage de adulto
- Triage pediátrico
- Consulta de orientación
- Consulta externa (Cita previa)
- Hospitalización
- Rayos X
- Laboratorio
- Certificados de Salud
- Odontología
- Diálisis
- Holter
- Prueba de esfuerzo
- Tomógrafo
- Central de citas e historias médicas
- Otro. ¿Cuál? _____

2. ¿Recibió la atención que buscaba?

- Si
- No

3. ¿Cree usted qué es necesario aumentar el número de médicos(as)?

- Si
- No

4. ¿Cree usted qué es necesario aumentar el número de dependencias de salud en el municipio?

_____ Si
_____ No

Gracias por su colaboración

CONFIABILIDAD
Kuder Richardson 20

Ítems Uni	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Total	(X- X) ²
1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	11	2
2	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	11	2
3	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	12	2
4	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	12	2
5	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	11	2
Total FREC	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	5	57	10
P	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.6	1	11.2	5
q	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0	2.6	
P.q	0.16	0.16	0.16	0.16	0.16	0.16	0.16	0.16	0.16	0.16	0.16	0.16	0.12	0	2.04	

