

UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
AREA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO DE LA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN:  
MEDICINA INTERNA

PROPUESTA DE UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL  
DE LA SALUD PARA TRABAJADORES Y FAMILIARES  
DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
DESDE LA PERSPECTIVA DEL DERECHO  
HUMANO A LA SALUD

AUTOR: ZULLY MARINA VILCHEZ GONZALEZ

BÁRBULA, NOVIEMBRE DEL 2.005

UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
AREA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO DE LA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROPUESTA DE UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL  
DE LA SALUD PARA TRABAJADORES Y FAMILIARES  
DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
DESDE LA PERSPECTIVA DEL DERECHO  
HUMANO A LA SALUD

ASESOR: PROF. DEYANIRA CHACIN

TRABAJO DE ESPECIALIZACIÓN PRESENTADO ANTE EL AREA DE  
ESTUDIOS DE POSTGRADO DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO PARA  
OPTAR AL TITULO DE ESPECIALISTA EN:  
MEDICINA INTERNA

BÁRBULA, NOVIEMBRE DEL 2.005

UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
AREA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO DE LA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN:  
MEDICINA INTERNA

PROPUESTA DE UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL  
DE LA SALUD PARA TRABAJADORES Y FAMILIARES  
DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
DESDE LA PERSPECTIVA DEL DERECHO  
HUMANO A LA SALUD

AUTOR: ZULLY MARINA VILCHEZ GONZALEZ

APROBADO EN EL AREA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO DE LA  
UNIVERSIDAD DE CARABOBO

POR: \_\_\_\_\_

BÁRBULA, NOVIEMBRE DEL 2.005

UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
AREA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO DE LA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN:  
MEDICINA INTERNA

VEREDICTO

Nosotros, miembros del jurado designado para la evaluación final del Trabajo de Especialización titulado: PROPUESTA DE UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD PARA TRABAJADORES Y FAMILIARES DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO DESDE LA PERSPECTIVA DEL DERECHO HUMANO A LA SALUD, presentado por la ciudadana Zully Vílchez, para optar al Título de Especialista en Medicina Interna, estimamos que el mismo reúne los requisitos para ser considerado como: APROBADO.

NOMBRE Y APELLIDO

C.I.

FIRMA DEL JURADO

---

---

---

BÁRBULA, NOVIEMBRE DEL 2.005

*Agradecimiento especial*  
*A los Profesores del Departamento de*  
*Medicina Interna del H.U.A.L por su paciencia*  
*Y por sus estímulos para la conclusión de esta Tesis.*  
*Y a mi Familia por apoyarme y aceptar amorosamente el tiempo*

*Que les quito con estas otras inquietudes de mi vida y que compartan mis roles de madre, hija, médica, estudiante, ahora incursionando en el camino de los derechos humanos.*

## INDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	7
JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	8
LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	10
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	11
MARCO TEÓRICO:	
LA SALUD COMO DERECHO HUMANO.....	12
DERECHOS DEL ENFERMO.....	22
MARCO LEGAL Y POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD EN VENEZUELA..	28
GLOSARIO.....	37
MARCO METODOLÓGICO:	
TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	40
IDENTIFICACIÓN DE LA COMUNIDAD EN ESTUDIO.....	40
DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.....	43
ANÁLISIS DE LA GESTIÓN DE SALUD.....	48
CONCLUSIONES DIAGNÓSTICAS.....	68
PROPUESTA DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD:	
MISIÓN - VISIÓN.....	74
PRINCIPIOS RECTORES.....	75
MATRIZ F.O.D.A.....	77
OBJETIVOS GLOBALES.....	79
PROYECTOS ESTRATÉGICOS.....	80
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	88

## INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

Nº 1	Trabajadores del Centro de Atención Médica distribuidos según tipo de personal y gasto en remuneración anual.....	48
Nº 2	Personal del Centro de Atención Médica distribuidos por cargo desempeñado.....	50
Nº 3	Costo Neto del centro de Atención Médica.....	51
Nº 4	Registro de Afiliación al Centro de Atención Médica.....	52
Nº 5	Relación ingresos/costos por servicios del Centro de Atención Médica.....	53
Nº 6	Asignación Presupuestaria del Centro de Atención Médica para gastos de funcionamiento.....	55
Nº 7	Rendimiento global del servicio médico.....	56
Nº 8	Rendimiento Global del Servicio Médico Intrainstitucional.....	57
Nº 9	Total de pacientes atendidos en todos los servicios del Centro de Atención Médica según tipo de personal.....	58

<b>Nº 10</b> Rendimiento y Capacidad Ociosa de Trabajo en las en las consultas médicas intra y extrainstitucionales del Centro de Atención Médica.....	59
<b>Nº 11</b> Pacientes atendidos en diferentes servicios del Centro de Atención Médica de acuerdo al tipo de personal.....	61
<b>Nº 12</b> Total de Pacientes atendidos y exámenes de laboratorio practicados.....	62
<b>Nº 13</b> Rendimiento del Servicio de Odontología del Centro de Atención médica de acuerdo a pacientes y actividades cumplidas.....	63
<b>Nº 14</b> Presupuesto asignado y ejecutado para beneficio de farmacia por tipo de personal.....	64
<b>Nº 15</b> Presupuesto asignado y ejecutado para gastos de HCM por tipo de personal.....	66
<b>Nº 16</b> Costos de Servicios de Salud, Farmacia y exámenes especiales.....	67



## RESUMEN

### PROPUESTA DE UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD PARA TRABAJADORES Y FAMILIARES DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO DESDE LA PERSPECTIVA DEL DERECHO HUMANO A LA SALUD

La salud es un derecho humano universal fundamental, expresión de calidad de vida y bienestar, consagrado como tal en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1.945. El nuevo concepto de salud, como "construcción social en relación con determinantes sociales subyacentes" aunado a lo contemplado en la nueva Constitución Venezolana de 1.999, en la que se reafirmó el papel del Estado como garante del Derecho a la salud y a un Sistema de Seguridad Social para todas y todos, ratificado con la promulgación de la **Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (2002)** en la que se propone la creación del **Sistema Público Nacional de Salud (SPNS)**, genera la necesidad de transformar los regímenes especiales de salud, como los existentes en la Universidad de Carabobo, para adecuarlos a las exigencias del SPNS, por lo que el objetivo de este trabajo es elaborar una Propuesta de **Modelo De Atención Integral De La Salud** adecuado a las exigencias del nuevo marco legal de seguridad social, partiendo del **análisis diagnóstico de los servicios de salud** concertados por la Universidad de Carabobo para el año 2002 - 2003 y por medio de la aplicación de la **Planificación Estratégica**, desde la **perspectiva** de lo contenido en los **Tratados Internacionales** suscritos por el Estado Venezolano en relación a los **Derechos Humanos**.

**Palabras Claves:** Atención Integral de la Salud, Derecho Humano a la Salud, Modelo de Atención Sanitaria.

## INTRODUCCIÓN

La salud es un derecho humano social fundamental que debe ser garantizado por todos los gobiernos del mundo. Más allá del concepto de salud como bienestar y ausencia de enfermedad, la salud es calidad de vida de donde no puede haber salud si no hay condiciones favorables de vida: vivienda con servicios básicos, alimentación adecuada en calidad y cantidad, empleo digno, educación, cultura, desarrollo espiritual, conservación del medioambiente, alternativas de recreación y uso adecuado del tiempo libre, un gobierno democrático que garantice el estado de derecho y la justicia social con equidad, estableciéndose así bases sólidas para la Paz. El Neoliberalismo, como doctrina económica, ha disminuido el papel del Estado como garante de los derechos humanos sociales y en el caso de salud como enfermedad lo ha transformado en un "bien de mercado" profundizando las desigualdades sociales y favoreciendo la situación de crisis que atraviesa el sector salud a nivel nacional.

La aprobación de la nueva Constitución Venezolana, de la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social, con la próxima creación del Sistema Público Nacional de Salud han abierto un espacio que garantizará el derecho universal a la salud y calidad de vida, que priorizará la promoción de la salud y una atención integral de la salud en instituciones accesibles a todos, sin distinciones de género, raza, creencia religiosa, o condición socio-económica, una atención de calidad técnica y humanitaria, con participación de la comunidad que transformará así a la salud en un escenario para el desarrollo de la Ciudadanía que nos permita la lucha por nuestros derechos a la salud y a la vida en un clima de tolerancia, solidaridad, servicio, negociación y paz.

En el caso del Centro de Atención Médica de la Universidad de Carabobo como institución pública, objeto de este estudio, se aprecian problemas en relación a los servicios de salud que priorizan la atención curativa muy costosa, relegándose a un segundo plano la promoción de la salud y su papel facilitador del recurso humano y tecnológico necesario para crear entornos propicios a la salud tanto de los trabajadores universitarios como de las comunidades regionales. Así, desde mi experiencia como médica internista en el Centro de Atención Médica de la Universidad de Carabobo he sido receptora de las quejas diarias de los pacientes en relación a lo que ellos demandan como servicio de salud: atención de calidad, comportamiento ético del trabajador de la salud, solidaridad vocación de servicio, atención oportuna, etc.

Desde este punto de vista planteamos en este estudio una propuesta de atención de la salud de los trabajadores de esta Universidad y de sus familiares desde la perspectiva del derecho humano a la salud.

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

Desde la década de los noventa existe en la mayoría de países de Latinoamérica una creciente preocupación por el desempeño de las instituciones públicas en progresivo deterioro y con costos cada vez mayores. En Venezuela con el inicio de los procesos de descentralización y la elección directa de gobernadores y alcaldes en 1989 se dio inicio a la transferencia de competencias relacionadas con los servicios de salud a los estados lo cual condujo a una pérdida de la

función reguladora del Estado, de su función rectora, aumentando así la ingobernabilidad del sistema sanitario<sup>1</sup>. De acuerdo a la OMS. para el año dos mil en nuestro país el 33 por ciento del gasto total en salud es realizado a través del pago directo de los pacientes lo cual es alarmante si se considera que el 80 por ciento de la población vive en situación de pobreza, que el 35 por ciento vive en pobreza crítica, que el desempleo alcanza a más del 20 por ciento y que entre el 50 y el 55 por ciento de la fuerza laboral corresponde al sector informal, quiere decir que la capacidad financiera de las personas limita francamente el acceso a los servicios de salud (OCEI, BCV). Para 1997 solo el 23 por ciento del gasto en salud de Venezuela corresponde al gasto público, a diferencia de lo observado en países desarrollados donde el gasto público es lo predominante logrando un buen desempeño del sector salud reflejado en sus indicadores de salud. En nuestro país en cambio tenemos un sistema de salud caracterizado por su baja capacidad resolutoria, atención fragmentada de los servicios, visión parcelada de los problemas de salud, recursos financieros insuficientes con un aumento progresivo del sector privado que ha encontrado un espacio de acción en este sector por la baja calidad de los servicios y deshumanización de la atención médica<sup>2</sup>.

Los factores que han influido en la crisis sanitaria de Venezuela son fundamentalmente:

-El predominio de una concepción biologicista y medicalizada de la asistencia sanitaria que centra su atención en la enfermedad, marginando la promoción de la salud y prevención de enfermedades y tomando como espacio de acción el hospitalario, de costo elevado, con menoscabo de la atención primaria.

-Un modelo de atención asistencialista y fragmentado, con múltiples servicios curativos y preventivos actuando separados e incoordinadamente, con diversos programas que crean obstáculos para la atención integral, transformados en espacios para la enfermedad y no para la salud.

-Político-Organizativos: Se paso del modelo sanitario dual existente en el país en la década de los cuarenta constituido por el MSAS y el IVSS al fraccionamiento de la asistencia y del financiamiento en más de cien organizaciones que con financiamiento público ofrecen servicios de salud a sectores privilegiados como alcaldías, ministerios, gobernaciones, gremios, superponiéndose en la prestación de los servicios y profundizando las desigualdades e ineficiencias del mismo. Se atiende a la población dependiendo de su afiliación: asegurados (IVSS), maestros (IPASME), militares (Sanidad Militar), PDVSA (Servicios Médicos de PDVSA), etc. los indigentes o no afiliados a determinados privilegios dependen de la "asistencia social", de la "beneficencia" del Estado, esta organización de salud es cara y denigrante.

-El financiamiento del sector se encuentra afectado por el desfinanciamiento progresivo y la ineficiencia en el manejo de los recursos, para 1997 solo el 2.1 por ciento del PBI fue gasto público para la salud lo cual ha conducido a la obsolescencia tecnológica, deterioro progresivo de infraestructuras, deficiencia de insumos, condiciones de trabajo inadecuadas y bajos salarios para trabajadores del sector, inaccesibilidad de la población a los grandes avances científicos y tecnológicos. Agravado por el colapso de la gestión pública de la salud: centralista, autócrata, atrasada, partidizada, corrupta, con vicios como cobro de comisiones, prebendas sindicales, y formas de organización

del trabajo que han llevado a la deshumanización de la asistencia y mercantilización<sup>3</sup>.

-A los factores mencionados se suman otros agravantes como: aumento del crecimiento poblacional, migraciones no controladas, aumento en índices de pobreza, desnutrición, mortalidad infantil, mortalidad neonatal, mortalidad materna, aumento de índices de enfermedades prevenibles y resurgimiento de otras ya controladas, exclusión de las personas mayores de cualquier tipo de beneficio social, aumento del desempleo, subempleo y economía informal, disminución del salario real, disminución de la renta petrolera, precarias condiciones de trabajo con cifras crecientes de accidentes y enfermedades laborales, déficit de viviendas, factores que hablan de un deterioro marcado de la Calidad de Vida del ochenta por ciento de la población que vive en estado de pobreza con otras deficiencias asociadas como educación, vestido, recreación, cultura, etc. Constituyendo grandes masas de población excluidas de cualquier forma de seguridad social.

A nivel local se reproducen las mismas estructuras, y vicios del Estado, así se puede apreciar un ejemplo de la fragmentación de los servicios de salud, en la Universidad de Carabobo, Institución de Educación Superior, pública, autónoma, en la que se han consolidado múltiples arreglos en materia de atención de la salud de trabajadores y familiares en parte como logros de convenios colectivos de trabajo pero también como una forma de compensar la ineficiencia de los servicios públicos de salud.

Se puede apreciar que, en la misma institución, coexisten: -Servicio ambulatorio de salud para trabajadores

obreros y administrativos y sus familiares (CAMUC); -Servicio ambulatorio de salud para docentes y sus familiares (APUC); - Servicio ambulatorio de salud y otros beneficios sociales para estudiantes (DDE); en todos ellos se dispensa un servicio medico-odontológico y de laboratorio predominantemente curativo; -Fondo colectivo de aseguramiento auto administrado para cubrir diversas contingencias de salud como realización ambulatoria de exámenes de laboratorio e Imagen contratados con clínicas privadas, evaluación por especialistas privados concertados por honorarios, atención de contingencias de hospitalización, maternidad y cirugía concertadas con clínicas privadas; -Beneficio contractual por el cual se subsidia el cincuenta por ciento del costo de los medicamentos en farmacias concertadas.

Existen otros arreglos: complementos de coberturas para HCM y chequeos médicos ambulatorios preventivos contratadas por los trabajadores a través de las cajas de ahorro, los obreros cuentan también con la asistencia del IVSS producto de la cotización de empleador y trabajadores pero que se encuentra en una crítica situación de abandono. Todas estas modalidades de atención de la salud trabajan incoordinadamente, superponiéndose frecuentemente en los beneficios, lo que lleva a una dispersión de recursos económicos que en buena parte se consume en pago de recurso humano, farmacia y tecnología médica pero con insatisfacción del usuario quien se queja tanto de los servicios médicos de la institución como de clínicas concertadas, aseguradoras, etc., privilegiando una asistencia biologicista y medicalizada de costo elevado como hemos comentado.

Además hay baja capacidad resolutoria de los ambulatorios, quejas frecuentes de los usuarios del servicio en relación al tipo de atención: falta de integralidad, atención fragmentada, regular calidad de atención, fallas en la información al paciente tanto por parte del personal de salud como por parte de funcionarios con funciones administrativas, deficiencias en cuanto a la accesibilidad, disponibilidad y aceptabilidad de la atención lo que comprometen el derecho a la salud de los usuarios del servicio.

### **Formulación del Problema.-**

¿Qué modelo de Atención a la Salud debe plantearse para trabajadores y familiares de la Universidad de Carabobo que les garantice su derecho a la salud?

### **Justificación de la Investigación.-**

- El carácter esencial del derecho a la salud que implica que los gobiernos deben establecer en el plazo mas corto posible las medidas necesarias para su plena realización y que la sociedad debe organizarse para defender y exigir dicho derecho.



- El deterioro progresivo del sector salud, con amplios sectores de la población excluidos del disfrute del derecho a la salud por la incapacidad del Estado para proveer lo necesario para la prestación de un servicio de salud, y de otros determinantes sociales de la salud (vivienda, trabajo, ambiente sano, alimentación adecuada, agua potable, etc.), de manera que este sea disponible, accesible, aceptable y de calidad en igualdad de condiciones para todos.
  
- El nivel de desconocimiento de la sociedad de los derechos humanos en general, y del derecho a la salud y del derecho de los enfermos en particular, así como de los mecanismos de exigibilidad de los mismos, que no permite su organización y movilización en pro de la defensa de sus derechos, manteniéndose como víctima pasiva de la violación de los mismos por la omisión del Estado en sus funciones de respetar, proteger y cumplir.
  
- Las denuncias cada vez en aumento de violación de los derechos de los pacientes por parte de los trabajadores de la salud, habiéndose convertido los espacios hospitalarios y ambulatorios públicos y privados, en "espacios de tortura" para las personas que ameritan acudir a ellos en demanda de atención.

- La escasez de investigaciones sobre la salud pública desde la perspectiva de los derechos humanos.
  
- El gasto en salud cada vez de mayor cuantía, para cubrir las necesidades de salud de los trabajadores y familiares pertenecientes a la Universidad de Carabobo, como consecuencia de una práctica médica biologicista y de los costos crecientes de insumos médicos, tecnología médica y acceso a medicamentos, aunado a la necesidad de replantear el modelo de atención de la salud para adecuarlo a las exigencias de la nueva Ley Orgánica de Seguridad Social vigente desde el 30 de Noviembre 2002 y de la futura creación del Sistema Público Nacional de Salud y de la aprobación de la nueva Ley de Salud.

### **Limitaciones del Estudio.-**

1. Desarrollar un trabajo de esta índole requiere de un Equipo Humano multidisciplinario conformado por expertos en diversas áreas: Salud (médicos, enfermeras, etc.), Recursos Humanos, Economistas, Administradores, Auditores, Informática con acceso a los servicios y a las fuentes de información y de documentación de manera de poder generar un Proyecto de Salud con planes de acción específicos, objetivos y metas a corto, mediano y largo plazo, mensurables a través de indicadores de gestión precisos, cuantificadas en función a disponibilidad de recursos humanos, responsables del proceso, costos, infraestructura física, etc.

2. La escasez de documentación bibliográfica en relación a al análisis de la situación de salud desde las perspectivas de los derechos humanos y en particular en relación al derecho de los pacientes.

3. Obstáculos en la obtención de la información para construir la base de datos diagnósticos de la situación de los servicios de salud de la Universidad de Carabobo, específicamente los relacionados con el servicio médico de la Asociación de Profesores (APUC), no facilitadas por la directiva, y las del HCM facilitadas parcialmente, por lo cual, el análisis diagnóstico se hizo tomando en cuenta fundamentalmente el servicio del Centro de Atención Médica de la Universidad de Carabobo (CAMUC).

### **Objetivo General de la Investigación.-**

Realizar una Propuesta de Modelo de Atención Integral de la Salud de los trabajadores, y su carga familiar, de la Universidad de Carabobo, dentro de un marco referencial que permita la vigencia del derecho a la salud de todas y todos.

### **Objetivos Específicos.-**

- Elaborar una Propuesta de Modelo de Atención de la Salud para los trabajadores de la Universidad de

Carabobo, y de sus familiares, desde la perspectiva del derecho a la salud.

- Contribuir al diálogo que permita difundir, promover y defender el derecho humano a la salud y el derecho de los enfermos, entre los trabajadores de la salud, institución universitaria y comunidad.

## **MARCO TEORICO.-**

### **La Salud Como Derecho Humano.-**

La salud es un derecho social universal reconocido a raíz de la constitución de la Organización de Naciones Unidas. Después de la segunda guerra mundial, con la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1945<sup>4</sup>, quedó establecido el fundamento jurídico de la salud como derecho humano fundamental, parte del derecho a la vida.

En el marco de los derechos humanos tenemos:

-Derechos humanos de primera generación, conocidos como derechos liberales individuales de orden civil y políticos, entre ellos el derecho a la libertad (Libertad de la persona, de expresión, de pensamiento y religión, derecho a la propiedad y a la justicia) y el derecho a participar en el ejercicio del poder político, tanto para elegir como para ser elegido;

-Derechos humanos de segunda generación, llamados sociales y económicos, incluyen el derecho a la seguridad y a tener un mínimo bienestar económico, expresado en el derecho al trabajo, a un nivel de vida adecuado, a la salud, al vestido, vivienda, educación y cultura, responden a valores de igualdad, solidaridad y no-discriminación (ni de orden racial, de género, étnica, cultural, religiosa o política), a través de ellos se debería ir a un mejoramiento progresivo de las condiciones materiales de vida siendo el elemento requerido para la participación social, la inclusión e integración social y para la expansión de la ciudadanía<sup>5</sup> .

-Derechos humanos de tercera generación, denominados colectivos-ambientales, tienen que ver con la paz, la tolerancia, la confianza, la solidaridad, ecológicos, responden a las necesidades de las comunidades en respuesta a las amenazas sobre las generaciones futuras y al deterioro del ambiente, son llamados también derechos difusos porque corresponden a un número indeterminado de personas, a toda la Humanidad.

Todos los derechos humanos se relacionan en mayor o menor grado con la salud, y en un mundo como el actual donde predominan las ideas neoliberales y la globalización, vemos como los elementos que conforman los derechos sociales y económicos entran en contradicción con la lógica de funcionamiento del mercado, estableciéndose tensiones entre igualdad y exclusión social, requiriendo de la intervención gradual y progresiva del Estado con el fin de disminuir los niveles de desigualdad que crean las relaciones del mercado, el derecho a la salud o el derecho a su protección, como derecho social, es responsabilidad del Estado y así está

incluido en la mayoría de las constituciones de los países de América Latina<sup>6</sup>.

El concepto de salud se ha ampliado, ya no es simplemente *"el estado de completo bienestar físico, social y mental y no solo la ausencia de enfermedad o invalidez"* como establece la Organización Mundial de la Salud (OMS.), otras definiciones como la que describe el Anteproyecto de Ley de Salud y del Sistema Público Nacional de Salud<sup>7</sup> en su Artículo 3, actualmente en segunda revisión en la Asamblea Nacional, expresa que la salud es *"el estado de completo bienestar físico, social y mental, se manifiesta como la condición individual y colectiva de calidad de vida y bienestar, es el resultado de condiciones biológicas, materiales, psicológicas, sociales, ambientales, culturales y de la organización y funcionamiento del Sistema Público Nacional de Salud y producto de sus determinantes sociales, ambientales y biológicas. Su realización define la condición de estar y permanecer sano, ejerciendo cada cual a plenitud sus capacidades potenciales a lo largo de cada etapa de la vida"*.

La Salud es un derecho social fundamental, reconocido como tal en la mayoría de los Tratados y Pactos de Derecho Internacional suscritos por el Estado Venezolano. Así, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH)<sup>8</sup> el párrafo 1 del artículo 25 afirma *"toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios"* Posteriormente en 1966 con el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)<sup>9</sup> se estableció en el párrafo 1 de su artículo 12

que " Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al **disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental**".

Para ARROYO J. y cols. "La diferencia entre la definición de salud de la OMS y la del PIDESC puede pasar desapercibida, sin embargo señalan dos aspectos importantes: 1) la conexión entre la salud y la noción mas amplia de "bienestar", coherente con una visión de derechos humanos integrales e interdependientes, que aporta la definición de la OMS y 2) las consideraciones que aporta el PIDESC, al reconocer, que hay un conjunto de factores que pueden facilitar o limitar el ejercicio del derecho a la salud y que están determinados por el desarrollo científico, el nivel educativo y cultural, las restricciones de los recursos públicos y privados para la atención de la salud, etc. Es decir, las consideraciones de la obligatoriedad del Estado "en las condiciones concretas", lo que abre paso a la exigibilidad del derecho de acuerdo con la realidad de cada país" <sup>10</sup>.

Hasta 1993 existía la tendencia a considerar a los derechos económicos, sociales y culturales (DESC), como derechos de segunda generación, de realización progresiva, dependiendo de las posibilidades de los Estados de garantizarlos, en contraposición a los derechos civiles y políticos, llamados de primera generación, exigibles y de realización inmediata.

A partir del 25 de junio de 1993 con la Declaración y Programa de Acción de Viena, adoptado por la Conferencia Mundial de los Derechos Humanos se estableció que los derechos humanos eran **interdependientes** (la vulneración o incumplimiento de uno afecta la realización de los demás), **universales** (inherentes a la naturaleza humana

independientemente del sexo, raza, creencia de Fe) e **indivisibles** (ninguno es mas importante que el otro, todos deben ser respetados por igual), no tienen jerarquía entre si, por lo que **todos deben ser** igualmente **protegidos, garantizados y exigidos** por las personas y los Estados. Partes de estos convenios, como lo es nuestro País, deben adoptar las medidas administrativas, políticas, presupuestarias, jurídicas necesarias para garantizar estos derechos a todas las personas en condiciones de igualdad, no discriminación y equitativamente como vía para lograr la convivencia democrática, la justicia social, la libertad y la paz<sup>11</sup>.

*"La perspectiva de derechos en salud se refiere a que este es un componente inalienable de la dignidad humana y se trata de un bien en si mismo, que no requiere justificación, todas las personas por el hecho de existir tienen derecho a la salud"*<sup>12</sup>. Los derechos humanos son atributos o prerrequisitos inherentes a la **dignidad humana**, lo que hace a una persona digna, siendo así, el derecho a una vivienda digna, a un trabajo justamente remunerado, a un ambiente sano, al disfrute de la cultura, a la no discriminación, a la igualdad, a estar informado, así como también a la garantía del disfrute de libertades fundamentales como el derecho a la vida, a la libre asociación, a circular libremente, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, estas y otras libertades constituyen parte integral del derecho a la salud, poniéndose en este derecho de manifiesto, la interdependencia de los derechos humanos entre si, puesto que no se puede disfrutar de estas libertades civiles y políticas, en condiciones de pobreza extrema, desnutrición, enfermedad, se requiere para ello de la garantía de unas condiciones de vida digna que se pueden alcanzar con la realización plena de



los derechos económicos, sociales y culturales, es por esto que los DESC son considerados como "condiciones de libertad". En virtud de lo anteriormente descrito, se han desarrollado a nivel del Derecho Internacional mecanismos que aseguren la realización del derecho a la salud, así tenemos que, "Los instrumentos internacionales sobre derechos humanos sientan una ética global y crean para los Estados que los suscriben y ratifican la obligación de emitir legislación dirigida a darles cumplimiento. Estos instrumentos internacionales de ámbito mundial o regional, contienen disposiciones que fundamentan la salud como un derecho con carácter general, o en consideración a las necesidades específicas de grupos en condiciones de riesgo. En tal sentido constituyen las bases para el accionar de los Estados en cuanto a sus obligaciones en términos de **respetar** (abstenerse de obstaculizar el goce del derecho), **proteger** (prevenir violaciones a estos derechos por parte de terceros) y **cumplir** (adoptar las medidas legislativas, administrativas, presupuestarias y de otra índole adecuadas para lograr su plena efectividad y vigencia plena de los derechos humanos de todas las personas sin ningún tipo de discriminación); de lo no permisible y lo obligatorio. Los principios de respetar, proteger y cumplir, y la obligación de crear condiciones para la **realización progresiva** del derecho a la salud determinan el marco del quehacer del Estado -y de la sociedad- en términos de su ejecutividad; es decir, la posibilidad de su efectiva realización" <sup>13</sup>.

A pesar de que ya han transcurrido doce años de la Declaración de Viena, aún los Estados Partes no garantizan la vigencia plena de estos derechos sociales, escudándose en el PIDESC<sup>13</sup> que establece en su Artículo 2 párrafo 1. "Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a

adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el **máximo de los recursos de que disponga**, para **lograr progresivamente**, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos” , aunado a el costo de garantizar estos derechos sociales sobre todo en países con menor desarrollo económico y políticas económicas neoliberales , además del desconocimiento de los derechos humanos y de la exigibilidad de los mismos que tiene el común de la gente. El Estado incumple su rol de Garante de los Derechos Humanos al no proteger, respetar y cumplir con promover, facilitar y proporcionar dichos derechos a la población.

El Derecho a la Salud, como parte de los DESC, tiene un nivel esencial que no está sometido al mandato de la realización progresiva y debe ser provisto de manera inmediata. Las respuestas del Estado y de la Sociedad frente a la dimensión social del derecho a la salud implica la obligación de crear las condiciones a través de políticas y de legislaciones para que la obligación se materialice<sup>14</sup>.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, en su Observación General N° 14 <sup>15</sup> explica que: *El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. **El derecho a la salud entraña libertades y derechos**. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para*

disfrutar del más alto nivel posible de salud.....tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado...sería difícil para los Estados poder garantizar la buena salud ni poder brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano. Así, los factores genéticos, la propensión individual a una afección y la adopción de estilos de vida malsanos o arriesgados suelen desempeñar un papel importante en lo que respecta a la salud de la persona. Por lo tanto, el derecho a la salud debe entenderse como **un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.**

El Relator Especial, Paúl Hunt, de la Comisión de Derechos Humanos de Naciones Unidas, en su informe preliminar del 2003 <sup>16</sup>, esboza el marco normativo del derecho a la salud y refiere que hay tres aspectos de este marco que se deben mencionar brevemente. Primero, el derecho a la salud es un **derecho incluyente**, que abarca no sólo una **atención de la salud oportuna y adecuada**, sino también los **determinantes subyacentes de la salud**, como el acceso a agua salubre y potable y saneamiento adecuado, condiciones laborales y ambientales sanas, y acceso a la educación y a la información relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Segundo, el derecho a la salud se debe entender como **el derecho a disfrutar de los diversos establecimientos, bienes y servicios necesarios para lograr el más alto nivel de salud posible.** Tercero, los establecimientos, bienes y servicios de salud, incluidos los determinantes subyacentes de la salud, **deben estar disponibles y ser accesibles, aceptables y de buena calidad.** Menciona también la necesidad de **mecanismos de vigilancia y rendición de cuentas**, tales

como, el ombudsman de salud y de la **participación activa e informada** de individuos y grupos en la gestión de salud.

De acuerdo a la Observación General N° 14 <sup>17</sup> del Comité de Derechos económicos, sociales y culturales de la ONU, en relación a las obligaciones de los Estados con respecto a garantizar, respetar y proteger el Derecho a la Salud de las personas, abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte:

a) Disponibilidad. Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos

b) Accesibilidad: Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

i) No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.

ii) Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.

iii) Accesibilidad económica (asequibilidad): los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.

iv) Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

c) Aceptabilidad: Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

d) Calidad: Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas." Los planes, programas y servicios de salud deben cumplir con los requisitos antes mencionados para garantizar el derecho a la salud de todas y todos, en razón de lo cual, se busca diseñar indicadores que puedan medir eficientemente, el grado de cumplimiento del derecho a la salud por parte de los órganos gubernamentales encargados de garantizarla.

### **Derecho de los Enfermos.-**

La progresiva complejidad de los servicios de atención de la salud, el desarrollo de la ciencia y la tecnología médica, la burocratización, el trabajo en equipo y la masificación, han condicionado que la práctica médica se haya vuelto más arriesgada y más impersonal y deshumanizada. Todo esto ha traído la necesidad de una reformulación de los derechos de los pacientes, no desde la visión de los trabajadores de la salud o de las instituciones, sino desde el punto de vista de los usuarios que demandan atención de sus problemas de salud

y se relacionan con su dignidad humana y con el respeto a su intimidad, a sus convicciones, a sus ideas, a su autodeterminación.

Aunque el médico siempre debe actuar de acuerdo a su conciencia y en el mejor interés del paciente, se deben hacer los mismos esfuerzos a fin de garantizar la autonomía y justicia con el paciente. La *Declaración de los Derechos de los Pacientes de la Asociación Médica Mundial*<sup>18</sup> fue realizada en Lisboa en 1981 y enmendada en Indonesia en 1995 por la 47ª Asamblea General, representa algunos de los derechos principales del paciente que la profesión médica ratifica y promueve. Los médicos y otras personas u organismos que proporcionan atención médica tienen la responsabilidad conjunta de reconocer y respetar estos derechos:

#### 1. Derecho a la atención médica de buena calidad

- Toda persona tiene derecho, sin discriminación, a una atención médica apropiada.
- Todo paciente tiene derecho a ser atendido por un médico que él sepa que tiene libertad para dar una opinión clínica y ética, sin ninguna interferencia exterior.
- El paciente siempre debe ser tratado respetando sus mejores intereses.
- El tratamiento aplicado debe ser conforme a los principios médicos generalmente aprobados.
- La seguridad de la calidad siempre debe ser parte de la atención médica y los médicos, en especial, deben aceptar la responsabilidad de ser los guardianes de la calidad de los servicios médicos.
- En circunstancias cuando se debe elegir entre pacientes potenciales para un tratamiento particular, el que es limitado, todos esos

pacientes tienen derecho a una selección justa para ese tratamiento. Dicha elección debe estar basada en criterios médicos y debe hacerse sin discriminación.

- El paciente tiene derecho a una atención médica continua. El médico tiene la obligación de cooperar en la coordinación de la atención médicamente indicada, con otro personal de salud que trata al paciente. El médico puede no discontinuar el tratamiento de un paciente mientras se necesite más tratamiento indicado médicamente, sin proporcionar al paciente ayuda razonable y oportunidad suficiente para hacer los arreglos alternativos para la atención.

## 2. Derecho a la libertad de elección:

- El paciente tiene derecho a elegir o cambiar libremente su médico y hospital o institución de servicio de salud, sin considerar si forman parte del sector público o privado.
- El paciente tiene derecho a solicitar la opinión de otro médico en cualquier momento.

## 3. Derecho a la autodeterminación:

- El paciente tiene derecho a la autodeterminación y a tomar decisiones libremente en relación a su persona. El médico informará al paciente las consecuencias de su decisión.
- El paciente adulto mentalmente competente tiene derecho a dar o negar su consentimiento para cualquier examen, diagnóstico o terapia. El paciente tiene derecho a la



información necesaria para tomar sus decisiones. El paciente debe entender claramente cuál es el propósito de todo examen o tratamiento y cuáles son las consecuencias de no dar su consentimiento.

- El paciente tiene derecho a negarse a participar en la investigación o enseñanza de la medicina.

#### 4. El paciente inconsciente:

- Si el paciente está inconsciente o no puede expresar su voluntad, se debe obtener el consentimiento de un representante legal, cuando sea posible y cuando sea legalmente pertinente.
- Si no se dispone de un representante legal, y se necesita urgente una intervención médica, se debe suponer el consentimiento del paciente, a menos que sea obvio y no quede la menor duda, en base a lo expresado previamente por el paciente o por convicción anterior, que éste rechazaría la intervención en esa situación.
- Sin embargo, el médico siempre debe tratar de salvar la vida de un paciente inconsciente que ha intentado suicidarse.

#### 5. El paciente legalmente incapacitado:

- Incluso si el paciente es menor de edad o está legalmente incapacitado, se necesita el consentimiento de un representante legal, cuando sea legalmente pertinente; sin embargo, el paciente debe participar en las decisiones al máximo que lo permita su capacidad.
- Si el paciente incapacitado legalmente puede tomar decisiones racionales, éstas deben ser respetadas y él

tiene derecho a prohibir la entrega de información a su representante legal.

- Si el representante legal del paciente o una persona autorizada por el paciente prohíbe el tratamiento que, según el médico, es el mejor para el paciente, el médico debe apelar esta decisión en la institución legal pertinente u otra. En caso de emergencia, el médico decidirá lo que sea mejor para el paciente.

#### 6. Procedimiento contra la voluntad del paciente:

- El diagnóstico o tratamiento se puede realizar contra la voluntad del paciente, en casos excepcionales sola y específicamente si lo autoriza la ley y conforme a los principios de ética médica.

#### 7. Derecho a la información:

- El paciente tiene derecho a recibir información sobre su persona registrada en su historial médico y a estar totalmente informado sobre su salud, inclusive los aspectos médicos de su condición. Sin embargo, la información confidencial contenida en el historial del paciente sobre una tercera persona, no debe ser entregada a éste sin el consentimiento de dicha persona.
- Excepcionalmente se puede retener información frente al paciente cuando haya una buena razón para creer que dicha información representaría un serio peligro para su vida o su salud.
- La información se debe entregar de manera apropiada a la cultura local y de tal forma que el paciente pueda entenderla.

- El paciente tiene derecho a no ser informado por su solicitud expresa, a menos que lo exija la protección de la vida de otra persona.
- El paciente tiene derecho de elegir quien, si alguno, debe ser informado en su lugar.

#### 8. Derecho al secreto:

- Toda la información identificable del estado de salud, condición médica, diagnóstico y tratamiento de un paciente y toda otra información de tipo personal, debe mantenerse en secreto, incluso después de su muerte. Excepcionalmente, los descendientes pueden tener derecho al acceso de la información que los prevenga de los riesgos de salud.
- La información confidencial sólo se puede dar a conocer si el paciente da su consentimiento explícito o si la ley prevé expresamente eso. Se puede entregar información a otro personal de salud que presta atención, sólo en base estrictamente de «necesidad de conocer», a menos que el paciente dé un consentimiento explícito.
- Toda información identificable del paciente debe ser protegida. La protección de la información debe ser apropiada a la manera del almacenamiento. Las sustancias humanas que puedan proporcionar información identificable también deben protegerse del mismo modo.

#### 9. Derecho a la educación sobre la salud:

- Toda persona tiene derecho a la educación sobre la salud para que la ayude a tomar decisiones informadas sobre su salud personal y sobre los servicios de salud disponibles. Dicha educación debe incluir información

sobre los estilos de vida saludables y los métodos de prevención y detección anticipada de enfermedades. Se debe insistir en la responsabilidad personal de cada uno por su propia salud. Los médicos tienen la obligación de participar activamente en los esfuerzos educacionales.

#### 10. Derecho a la dignidad:

- La dignidad del paciente y el derecho a su vida privada deben ser respetados en todo momento durante la atención médica y la enseñanza de la medicina, al igual que su cultura y sus valores.
- El paciente tiene derecho a aliviar su sufrimiento según los conocimientos actuales.
- El paciente tiene derecho a una Atención Terminal humana y a recibir toda la ayuda disponible para que muera lo más digna y aliviadamente posible.

#### 11. Derecho a la asistencia religiosa:

- El paciente tiene derecho a recibir o rechazar asistencia espiritual y moral, inclusive la de un representante de su religión.

#### **Marco Legal y Políticas Públicas en Salud en Venezuela.-**

Ya en septiembre de 1978 en la Conferencia Internacional de Alma Ata sobre Atención Primaria en Salud se consideró la necesidad de una atención urgente por parte de todos los gobiernos para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo haciendo hincapié en que la salud como derecho humano fundamental es un objetivo social que exige la intervención de todos los sectores socioeconómicos,

indispensable además para un desarrollo económico y social sostenido, contribuyendo a mejorar la calidad de vida y a alcanzar la paz mundial como componente que es de la justicia social. Fomenta además la auto responsabilidad al exigir la participación individual y colectiva en la planificación, organización, funcionamiento y control de la atención de salud. Sugieren la necesidad de una voluntad política de todos los gobiernos para utilizar racional y eficazmente los recursos disponibles formulando políticas, estrategias y planes de acción racionales como parte de un sistema nacional de salud, proponiendo una asistencia sanitaria esencial basada en técnicas y métodos prácticos, científicamente fundadas y socialmente aceptadas al alcance de todos los individuos de una comunidad, económicamente sostenibles, llevando así la atención sanitaria lo más cerca posible del lugar donde residen y trabajan las personas.

Desde la década de los ochenta, con la globalización y las políticas económicas neoliberales, ha surgido una corriente "económico sanitaria" que sustenta que la salud es un "bien individual" que se resuelve en el marco del mercado, tendrá así mayor acceso a la salud quien tenga mayor capacidad económica para pagar por ella, de manera que el Estado intervendría solo para atender a los mas indigentes quienes fracasan en proporcionarse a si mismos su salud. La tendencia del Neoliberalismo es pues a restringir los derechos sociales, entre ellos el derecho a la atención de la salud, disminuyendo el papel del Estado como garante de esos derechos, convirtiéndolos en responsabilidad individual colocándolos en el mundo del mercado y conduciendo a la privatización de la salud como meta y al establecimiento de

profundas desigualdades e inequidades en la atención de salud.

Ante la influencia negativa que han tenido la ampliación de los mercados y la globalización en sociedades pobremente desarrolladas como la nuestra con una gran diferenciación entre ciudadanos producto de la exclusión social, política y económica, con la consiguiente disminución de la integración social, se hace necesario reconstruir la universalidad de los derechos sociales, para aceptar y atender adecuadamente las diferencias, es por ello imperativo rescatar el papel del Estado como ente responsable de formular las políticas nacionales de salud, de la promoción, regulación y funcionamiento de los servicios de salud, del financiamiento y de los principios que deben sustentar estas políticas como son solidaridad, equidad, igualdad, eficiencia y eficacia<sup>19</sup> .

La nueva **Constitución Venezolana** promulgada en 1999<sup>20</sup> en varios de sus artículos expresa que la salud y la seguridad social son obligaciones del Estado (Art. 83, 86) y se establecen como principios rectores de la atención de la salud la gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad, así como establece del deber de la participación comunitaria en la gestión de salud (Art.84) y la obligación del Estado en aportar un presupuesto suficiente y el manejo racional de los recursos destinados a salud (Art.85). Se propone así el **Plan Estratégico Social** del Gobierno Nacional cuya direccionalidad política es "el imperativo de responder a las necesidades sociales de todas las personas y colectivos, haciendo posible la universalización de los derechos y la materialización de oportunidades equitativas a mejores condiciones de calidad de vida, imprescindibles para alcanzar autonomía plena como

seres humanos y ciudadanos", el compromiso político es: - Hacer de la universalidad de los derechos sociales y la equidad las bases de un nuevo orden de justicia social para todos; -Combatir las inequidades sociales, reduciendo el déficit de atención y las brechas entre grupos humanos y territorios; -Rescatar la gestión pública en función del interés colectivo y el poder ciudadano, con capacidad para impactar en el desarrollo social del país<sup>21</sup> .

Para hacer realidad este proyecto social el **Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS)** <sup>22</sup> propone una nueva Direccionalidad Política:

-La superación de las inequidades sociales, en el marco de un compromiso ético y político de lucha contra la exclusión, la pobreza y la discriminación;

-La promoción y defensa de la vida, el desarrollo humano y la garantía plena de los derechos sociales;

-La fundación de sistemas de protección social universales en su acceso, calidad y beneficios, asegurando la mayor efectividad e impacto de los programas, servicios y prácticas en la satisfacción de las necesidades de la población;

-La participación, organización, movilización y corresponsabilidad ciudadana en la defensa y promoción de los derechos y en las decisiones de política y gestión de servicios y programas;

-El ejercicio del rol de rectoría dentro de una institucionalidad pública con liderazgo en lo político.

Como Estrategias Generales el MSDS plantea:

-Cambio del paradigma de atención con una estrategia de integralidad y accesibilidad de los servicios, programas y prácticas sociales cónsonas con un nuevo modelo de organización de las redes existentes;

-Privilegiar medidas, programas y acciones dirigidas a cubrir riesgos y necesidades de grupos excluidos, y erradicar toda forma de exclusión, inequidad y discriminación social, económica, territorial y de género;

-Consolidar la organización y funcionamiento intergubernamental de la gestión social pública, bajo la responsabilidad y competencias concurrentes del poder nacional, estatal y municipal;

-Fortalecer los espacios, modalidades e instituciones de formación en salud pública y políticas públicas;

-Desarrollo Organizacional, fortalecimiento de capacidades estratégicas normativas y financieras y desempeño institucional del MSDS y de todas las instancias del Sistema Público Nacional de Salud;

-Plan de Transición hacia el Sistema Público Nacional de Salud, incorporando las Redes de Servicio del IVSS, IPASME y otros institutos de Previsión Social en Salud;

-Alianzas con las comunidades y la población combatiendo las prácticas clientelares y patrimoniales.

Se establecen planes de acción específicos: -Política de Protección Social: Atención Integral a la Infancia y a la Maternidad (Hogares de Cuidado, Salud materno infantil, Protección de Derechos del Niño y Adolescentes (LOPNA), Lactancia Materna y Bancos de Leche) y Atención a Problemas Emergentes (Drogas, Violencia, Embarazo en Adolescentes, Accidentes, Desastres, Enfermedades de larga prevalencia y costo elevado (SIDA, Cáncer, Diabetes, Enfermedades Renales y Cardiovasculares) y Atención Alimentaria y Nutricional (Redes de Atención Infantil, Escolares y Adultos Mayores);

-Política de Salud: -Conformación del Sistema Público Nacional de Salud; -Reorganización de la Red de Servicios de Salud: Implantación de la Estrategia de Atención Integral y



plan de Reclasificación de la Red de Servicios de Salud, plan de Equipamiento y Dotación de Servicios de Salud, sistema de Abastecimiento y Suministro de Medicamentos Esenciales y Prevención, Vigilancia y Erradicación de Malaria y Dengue;

-Política Redistributiva: Sistema de Seguridad Social Universal y Solidario; aumentar Gasto Público Social, Inversión Social (escuelas, ambulatorios, agua potable, etc.); Capacitación para el trabajo y apoyo a iniciativas económicas (empleos y créditos).

A fin de darle un marco legal a las disposiciones constitucionales mencionadas anteriormente y poder desarrollar este plan estratégico social, la Asamblea Nacional aprueba el 30 de Noviembre de 2002 la **Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social**<sup>23</sup> cuya finalidad es crear el sistema de seguridad social del país como derecho social fundamental e irrenunciable, avalando el amparo del Estado ante contingencias de salud (prestaciones para maternidad, paternidad, discapacidad, enfermedades y accidentes de cualquier índole), pérdida involuntaria del empleo, desempleo, vejez, viudedad, orfandad, vivienda, recreación y otras circunstancias susceptibles de previsión social, garantizándolas a través de un conjunto integrado de sistemas y regímenes prestacionales, complementarios entre sí e interdependientes destinados a atender dichas contingencias.

En lo que respecta al sector salud se hace necesario una profunda transformación del mismo a fin de cumplir con los lineamientos plasmados en la LOSSS en lo referente a la atención de contingencias de salud ya que con el sistema actual ni las instituciones, ni las gestiones administrativas, ni la legislación sanitaria existente, ni el presupuesto asignado a salud permiten lograr lo contenido en dicha ley. Inicialmente están en discusión los nuevos

proyectos de Ley del Régimen Prestacional de Salud y de la Ley de Salud y Seguridad de los trabajadores perteneciente al Régimen Prestacional de Empleo a fin de modernizarlas y adecuarlas a las necesidades de la LOSSS y a sus principios rectores: universalidad, integralidad, equidad, etc. y a la reglamentación, funciones, financiamiento requeridos para lograr a mediano plazo la instauración del nuevo Sistema de Seguridad Social.

Se trata básicamente de:

- Revalorizar el papel del Estado y de los modelos de capitalización de fondos colectivos;

- Constituir un sistema de salud integral para toda la población, con universalidad en la cobertura, que reconozca la salud como derecho social;

- Fortalecer la Red Ambulatoria aumentando su capacidad resolutive y enfatizando la promoción de la salud y prevención de enfermedades;

- Modernizar la gestión de salud haciéndola transparente, eficiente, despartidizada, con visión estratégica, que promueva la calidad, productividad y el comportamiento ético, solidaria, estimulando la participación social en la gestión de salud construyendo así ciudadanía como base de un modelo de desarrollo humano auto sostenido;

- Mejorar financiamiento con el uso racional de los recursos, renovar tecnología y mejorar la calidad de los servicios, mejorar condiciones de trabajo;

- Facilitar la investigación a fin de promover planes de acción innovadores en el campo de la salud y coordinar con Universidades y Tecnológicos lo referente a la formación de personal de salud necesarios, producción de insumos de salud, etc.

Para hacer realidad este proyecto nacional de seguridad social, entre ellos la atención de la salud como componente que es de la seguridad social se requieren: Instituciones y programas nuevos, un desarrollo económico sostenido, un sistema de seguridad social financiero y actuarialmente sostenible, desarrollar un marco legal actualizado, establecer un órgano rector, realizar una transición adecuada y lo menos traumática posible (como mínimo cinco años), donde no se disminuyan los derechos adquiridos por los ciudadanos, en el caso del sector salud se impone la creación del **Sistema Público Nacional de Salud**, ente constitucionalizado que por vía de la LOSSS estaría encargado de gestionar todo lo referente al régimen prestacional de salud y al componente de salud y seguridad en el trabajo del régimen prestacional de empleo. El Sistema Público Nacional de Salud se define como el conjunto integrado de políticas, planes y acciones, recursos financieros de fuentes públicas e instituciones, redes de atención y servicios públicos destinados a la salud que operen a nivel nacional, estadal y municipal respondiendo a los principios de coordinación intergubernamental y gestión descentralizada.

Si la situación es como se ha planteado ¿Qué pasaría con los servicios médicos heterogéneos existentes a nivel de diversos ministerios, instituciones, alcaldías y universidades?

Por una parte todos los trabajadores debemos comenzar en un plazo de seis meses a partir de la aprobación de dicha ley a cotizar a la seguridad social ya que dicho sistema se financiaría con recursos aportados por la cotización de trabajadores y patronos y por fondos obtenidos de la recaudación fiscal, estos recursos serían recaudados por la Tesorería Nacional a fin de poder desarrollar el sistema de

seguridad, pero por otra parte la crisis de las instituciones públicas de salud las hace incapaces de prestar un servicio de salud de adecuada calidad por lo que no es posible en el momento actual pensar en eliminar o transferir los diversos servicios médicos de que dispone nuestra institución para hacer uso del SPNS.

En esta disyuntiva la ley marco del sistema de seguridad social no deroga los regímenes especiales de seguridad social que atienden las contingencias de salud, sino que plantea su existencia en la medida que se integren al SPNS especificando ubicación, cobertura poblacional, personal a su cargo, servicios que presta, nivel de red de atención que sustituye, financiamiento (Art. 126) Dicha integración debería realizarse en un plazo no mayor de diez años y no exime a cada trabajador de cotizar a la seguridad social, a pesar de que estos regímenes especiales de salud pasarían a ser financiados con los aportes de los trabajadores y empleadores.

## **Glosario.-**

**Necesidades Sociales:** Son todos aquellos ámbitos indispensables para alcanzar una plena condición de calidad de vida, que garantizados como derechos humanos y sociales universales (de interés colectivo) estamos obligados a proteger respondiendo de manera suficiente, equitativa y permanente en sus expresiones de negación o defecto.

**Neoliberalismo:** Pensamiento que elimina la noción de "bien común", impone el concepto de sociedad individualista, que funciona como una suma de individuos aislados cuya relación es solo "para" y "a través" del mercado transformándolos en consumidores eliminando así al ciudadano, y absolutiza las leyes del mercado por sobre las necesidades de la sociedad. Su objetivo es la simple obtención de determinadas cifras macroeconómicas preestablecidas, con independencia de su efecto sobre la vida y el bienestar de las personas. La racionalidad económica surge del dictamen de liberalizar la economía y someterla al dictamen del libre mercado. Se pone al hombre al servicio del mercado con la destrucción del sistema de seguridad social disminuyendo así el acceso a la salud, educación y recreación, hay precarización de los derechos laborales.

**Promoción de Calidad de vida:** La estrategia promocional de calidad de vida es un paraguas bajo el cual se integran y articulan todas las respuestas (educativas, preventivas, rehabilitadoras o protectoras), y se define como el esfuerzo colectivo y transectorial de políticas, acciones y recursos, incluyendo los trabajadores y las comunidades; las legislaciones y todo aquello que garantice la preservación y

desarrollo de la autonomía de individuos y colectivos, con universalidad y equidad<sup>24</sup>.

**Promoción de Salud:** La concepción holística de la salud como un estado de bienestar general de la persona implica la promoción de la salud como vehículo hacia una conciencia sanitaria que trascienda la preocupación por la cura e incluya la prevención, la información, el conocimiento para una vida saludable, de donde la promoción de la salud sería el proceso que proporciona a los individuos y poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud para poder así mejorarla.

Es una poderosa estrategia de salud pública y requiere de:

-Establecimiento de políticas públicas saludables (enfoque multisectorial para garantizar la sustentabilidad de los servicios; aumentar la protección de los habitantes reduciendo sus riesgos, atención a grupos indígenas y acceso equitativo a bienes y servicios, etc. Y mejorar así la calidad de vida);

-La creación de entornos propicios para la salud;

-La habilitación de las comunidades (a fin de hacer que las comunidades acepten una mayor responsabilidad social por su salud y desarrollen actividades para mejorar las condiciones existentes y adopten modos de vida mas saludables (atención a personas mayores, salud mental, derechos de niños y adolescentes, violencia doméstica, etc.);

-La adquisición de aptitudes personales (enseñanza de aptitudes para la vida en las escuelas "escuelas promotoras de salud"); y

-La reorientación de los servicios de salud (mediante políticas integradas de atención de salud destinadas a fortalecer la atención primaria, aumentar la capacidad resolutive de los servicios de salud con énfasis en la promoción y protección de la salud con la participación de la sociedad civil)<sup>25</sup>.

**Propuesta:** Manifestación razonada sobre un dilema o tema a alguien para inducirlo a su adopción y resolución.

## **MARCO METODOLOGICO.-**

### **1. Tipo de Investigación.-**

Se trata de una investigación descriptiva, en la que a partir del análisis de contenido de registros estadísticos y documentos como: relaciones de costos, partidas presupuestarias, análisis de metas cumplidas en los servicios de atención de la salud, se realizará haciendo uso de las técnicas de la Planificación Estratégica un diagnóstico de la situación problemática (Servicio de Atención Médica para los Trabajadores y Familiares de la Universidad de Carabobo) y a partir de ese diagnóstico se elaborara una Propuesta de Atención de la Salud para dichos Trabajadores y Familiares.

A pesar de que la investigación se realizó en el segundo semestre del 2003, se tomaron como fuentes estadísticas y registros de costos los del año 2002 que eran los administrativamente disponibles para ese momento.

## **2. Identificación de la comunidad en estudio: Breve descripción de la Universidad de Carabobo.-**

### **-Antecedentes Históricos.**

La Universidad de Valencia fue creada mediante decreto del General Joaquín Crespo el 15 de Noviembre de 1892. Sus primeras autoridades fueron: Rector, Dr. Alejo Zuloaga; Vicerrector, Dr. Miguel Sagarzazu; Secretario, Dr. Pedro Castillo. En el lapso que permaneció abierta, once años, se dictaron cursos de Matemáticas, Ciencias Filosóficas, Eclesiásticas y Políticas, se graduaron profesionales en Medicina e Ingeniería y se formaron recursos humanos en las áreas de Física, Matemáticas, Geografía, Química y Meteorología. Existían en aquel entonces un Observatorio Meteorológico, un Museo, un Paraninfo para actos académicos y culturales, instalaciones hospitalarias y una biblioteca. Fue clausurada en 1.904 por el Presidente Cipriano Castro, mediante la promulgación de un código de instrucción refrendado por Eduardo Blanco y sancionado por el Congreso. El 21 de marzo de 1.958 la Junta de Gobierno presidida por Wolfgang Larrazabal, acordó crear la Universidad de Carabobo y se efectuó el acto de reapertura el 11 de octubre de 1.958 en el Teatro Municipal de Valencia.

Las actividades dieron inicio en las Facultades de Ingeniería Industrial, Medicina, Derecho y Administración. En la actualidad la Universidad cuenta con siete facultades, área de estudios de postgrado y veintiséis direcciones centrales. Posee también un Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico, tres fundaciones, tres centros de extensión, tres comisionadurías ubicadas en San Carlos, Puerto Cabello y Maracay, las cuales dependen del Rectorado el cual se



encuentra ubicado en la Av. Bolívar Norte en las instalaciones de la antigua Estación Inglesa de Trenes, el resto de sus instalaciones se encuentran dispersas entre el casco central de la ciudad y la zona de Bárbula en cuyos terrenos actualmente se construyen la Planta Física de la futura Ciudad Universitaria y el Alma Máter. Para el 31-05-2001 el número total de trabajadores era de 8987 distribuidos en: docentes activos, 1.610; docentes contratados, 588; docentes jubilados, 1192; administrativos activos, 2682; administrativos contratados, 16; administrativos jubilados, 1319; obreros activos, 1062; obreros contratados, 1 y obreros jubilados, 517; en total hay 3390 docentes, 4017 administrativos y 1580 obreros. Desde el punto de vista de cargas familiares se calculan tres para cada docente y empleado y cuatro cargas para cada obrero. Por lo tanto la población total de trabajadores y familiares que deben ser cubiertas por un servicio de atención de la salud y por el sistema de seguridad social que se implemente es de aproximadamente 37.000 personas.

**-Misión:**

Creación, desarrollo y difusión de conocimientos innovadores, competitivos y socialmente pertinentes para la formación ética e integral de profesionales y técnicos altamente calificados, con sentido ciudadano, promotores de cambios sociales, políticos y económicos que conduzcan a la consolidación de la libertad, la democracia y bienestar. Todo ello enmarcado en una política unificadora de docencia, investigación y extensión, con vinculación interinstitucional como motor de transformación de la sociedad.

**-Visión:**

Ser una universidad pública, autónoma, democrática, participativa, innovadora e integral; de alta valoración y prestigio nacional e internacional, paradigma de gestión social y horizonte ético de la sociedad, estrechamente vinculada con su medio, forjadora de ciudadanos y profesionales de alta calificación, promotora del pensamiento crítico, generadora del saber y plataforma tecnológica de los nuevos tiempos.

**3. Breve Descripción de los Servicios de Salud en la Universidad de Carabobo.-**

**I. Servicios Médicos de la Asociación de Profesores de la Universidad de Carabobo (APUC).-**

Es un servicio que presta atención médico odontológica a los docentes y a su grupo familiar gestionado como parte del plan de previsión social que la Asociación de Profesores mantiene con sus agremiados.

Funciona en la Urb. Trigal Centro de esta ciudad, en una vivienda destinada anteriormente a uso residencial, por lo tanto no cumple con los requisitos que debe tener una infraestructura diseñada para prestar atención sanitaria.

Para el momento de la realización del estudio, segundo semestre del 2003, se estaba realizando la reestructuración del servicio tanto en infraestructura física y recursos humanos y materiales como en el modelo de Atención de la Salud, para adaptarlos a las exigencias de las nuevas leyes de Seguridad Social, de Salud (aún en discusión) y del

Sistema Público Nacional de Salud por lo que no fue posible evaluar su modelo de atención de salud.

## **II. Unidad de Gestión de la Póliza de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (H.C.M).-**

Es una dependencia de la Universidad de Carabobo que inicialmente se encargaba de la afiliación y registro de los trabajadores y sus familiares a las pólizas de vida y de H.C.M. las cuales tienen una cobertura básica de cinco millones para docentes y empleados, que constituyen un fondo auto administrado por la institución, y para los obreros mas recientemente se contrató una póliza básica con una aseguradora privada por tres millones de bolívares.

Desde hace 2 años aproximadamente administra lo concerniente al presupuesto asignado al beneficio de Farmacia, por el cual la UC conviene en cancelar el 50 % del costo de medicamentos a sus trabajadores hasta un máximo de 15 unidades de medicamentos/mes, limite que varía con el tiempo de dedicación del trabajador, para lo cual se exigen ciertos requisitos (récipes médicos vigentes, con datos del trabajador y del médico, etc.).Además, administra el presupuesto asignado a exámenes especiales (Radiografías, Ecografías, Tomografías, etc.) en clínicas concertadas previo baremo. Adicionalmente, tienen un grupo de médicos especialistas concertados por baremo a quienes se les cancela honorarios profesionales por pacientes atendidos, los cuales les son referidos bien porque el Centro de Atención Médica para Trabajadores de la Universidad de Carabobo (CAMUC) no dispone de dicha especialidad o para confirmar un

diagnóstico quirúrgico a fin de aprobar carta aval a las clínicas concertadas.

También se encargan de todo lo relacionado al pago de las clínicas por concepto de HCM ya que RED ASESORES, oficina externa a la institución, sólo se encarga de administrar Claves/24 horas continuas. Se encuentra ubicada en la Av. Bolívar Norte de Valencia, en la Torre Camoruco, consta actualmente de 8 trabajadores. Funcionalmente tiene: Un Coordinador, Asesores (2), Analista de finanzas (1), Técnico en Seguros (1), Recepcionista (1), Técnico en Informática (1), Secretaria (1).

Para el momento de la investigación, segundo semestre del 2003, se estaba realizando una reestructuración de la dependencia propuesta con la finalidad de desarrollar un modelo de Atención de la Salud mas eficiente, menos costoso y único para todos los trabajadores el cual comenzaría a funcionar a finales del 2003. Dicha reestructuración esta siendo realizada por un equipo conformado por: el Vicerrectorado Administrativo, la comisión de Salud del Consejo Universitario, y representantes gremiales de los docentes, empleados y obreros. No se suministraron costos del funcionamiento de dicha unidad.

### **III. Centro de Atención Médica de los Trabajadores y Familiares de la Universidad de Carabobo (CAMUC).-**

Es un centro asistencial adscrito a la Dirección Superior de la Universidad de Carabobo fundado el 05 de diciembre de 1.981, con la finalidad de proporcionar atención médica a empleados y obreros y a su grupo familiar para cumplir así con el Convenio de Trabajo suscrito entre la UC, la

Asociación de Empleados (Cláusulas 103 - 113 VII Convenio de Trabajo UC y AEUC) <sup>26</sup>.

Para el segundo semestre del 2003, constaba de dos centros ambulatorios: el principal en el Rectorado, donde funcionan Medicina General, Medicina Interna, Otorrinolaringología, Traumatología, Pediatría y Odontología, además de servicios de apoyo como Archivo de Historias Médicas y Central de Citas, Taquilla para sellado de récipes de farmacia, oficina sectorial de RRHH, Coordinación Administrativa y la Dirección del Centro. En el de Bárbula, funciona Medicina General y Pediatría para los hijos de los estudiantes, es utilizado mayormente por estos últimos y en menor proporción por trabajadores. Se dispone también de un Laboratorio el cual funciona en las instalaciones del antiguo Psiquiátrico de Bárbula (Pabellón 3). Dispone también de consultas atendidas por médicos especialistas que forman parte de la nómina de empleados fijos de la dependencia pero que atienden a los pacientes en sus consultorios privados dispersos en diversos sectores de la ciudad (médicos extrainstitucionales).

**-Misión:**

Preservar y restablecer la salud de trabajadores administrativos y obreros de la Universidad de Carabobo en una forma integral, haciéndolo extensivo hasta sus cargas familiares. Cumplir con lo establecido en la Ley en materia de Salud Ocupacional, con la finalidad de garantizar al usuario el bienestar físico, mental y social, proporcionándole las condiciones óptimas para la vida ocupacional en el trabajo y ser activamente saludable y participativo en su entorno social.

**-Visión:**

Ser una dependencia que presta un servicio de salud integral al personal administrativo y obrero que labora en la institución así como a sus familiares, con calidad y excelencia, ofreciendo servicios médicos, odontológicos y de laboratorio, desde los niveles de atención primaria y secundaria.

**-Objetivo General:**

Satisfacer de manera integral las necesidades de salud de los empleados y obreros así como de sus cargas familiares, abarcando la promoción, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y la rehabilitación con actividades de tipo ambulatorio.

4. Análisis de la Gestión de Salud del CAMUC de Enero a Diciembre del 2002.-

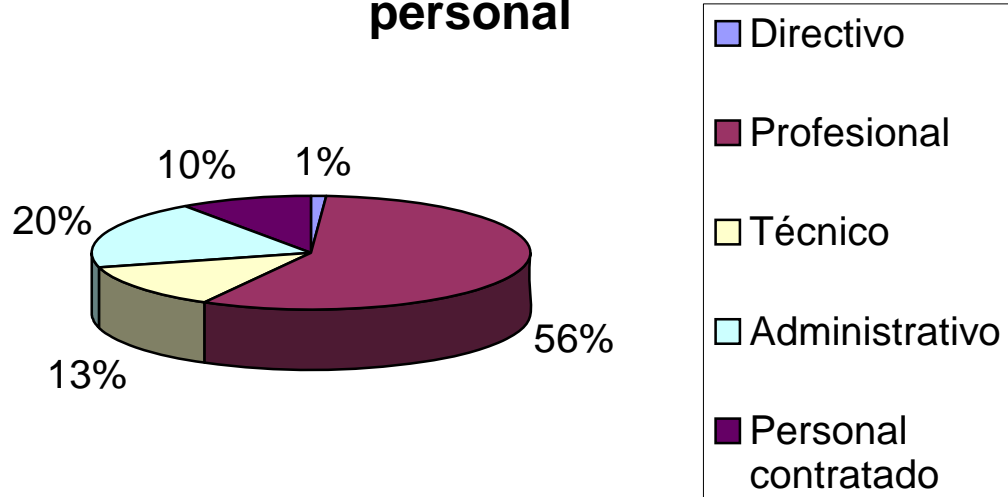
Cuadro N°1

Trabajadores del CAMUC distribuidos según tipo de personal y gasto en remuneración anual total. Enero - Diciembre 2002

Tipo de personal		Cargos	Gasto en remuneración anual total (Bs.)
Personal fijo	Directivo	02	4.699.368,00
	Profesional	58	248.718.577,70
	Técnico	16	55.926.884,90
	Administrativo	31	85.727.686,00
Personal contratado		05	42.241.176,00
<b>Total</b>		<b>112</b>	<b>437.313.692,60</b>

Fuente: Coordinación Administrativa CAMUC

## Remuneración según tipo de personal





**Cuadro N°2**

**Trabajadores del CAMUC distribuidos por cargo desempeñado.**

**Enero- Diciembre 2002**

		<b>Cargos</b>
Profesionales y técnicos	Directivos	2
	Médicos especialistas	28
	Médicos generales	6
	Odontólogos	5
	Bioanalistas	5
	Enfermera jefe	1
	Enfermeras	10
	Otros	13
<b>Subtotal</b>		<b>70</b>
Administrativo y de apoyo	Higienistas	5
	Aux. de laboratorio	3
	Aux. registro y estadística	11
	Oficinistas	5
	Otros	8
<b>Subtotal</b>		<b>32</b>
<b>Total</b>		<b>102</b>

Fuente: Dirección CAMUC

\*Duplicidad de cargos (2)

Jubilados (2)

En otra dependencia (6)

**Cuadro N° 3**  
**Costo neto CAMUC. Enero- Diciembre 2002**

	<b>Costo (Bs.)</b>
Funcionamiento servicios	42.832.572 <sup>00</sup>
Sueldo de trabajadores	437.313.692 <sup>72</sup>
Subtotal (a)	480.146.264 <sup>72</sup>
Ingresos (b)	41.829.990 <sup>00</sup>
Costo neto (a-b)	438.316.274 <sup>72</sup>

Fuente: Coordinación Administrativa CAMUC

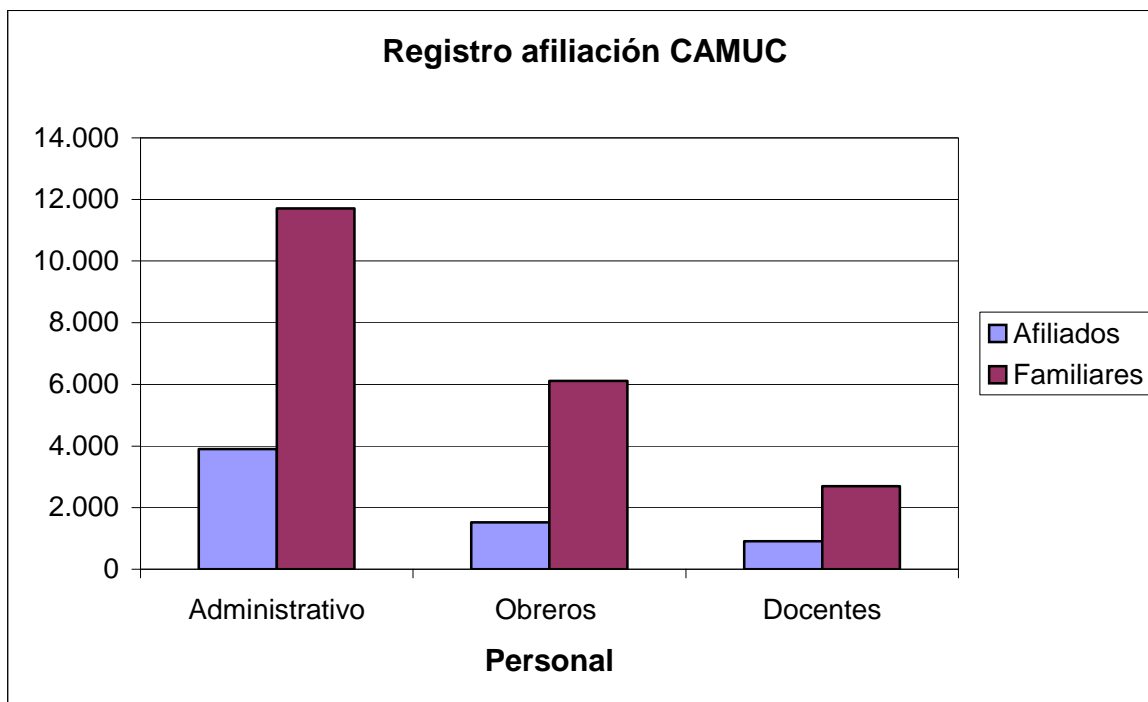
### Cuadro N°4

#### Registro de afiliación CAMUC Enero - Diciembre 2002

Personal	N° afiliados	N° familiares	Total
Administrativos	3.901	11.703	15.604
Obreros	1.529	6.116	7.645
Docentes	910	2.703	3.613
Total	6.340	20.522	26.862

Fuente: Dirección CAMUC

\*Se calculan 3 cargas familiares por cada docente y cada administrativo y 4 por cada obrero



**Cuadro N°5**  
**Relación ingresos/costos por servicio del CAMUC.**  
**Enero - Diciembre 2002**

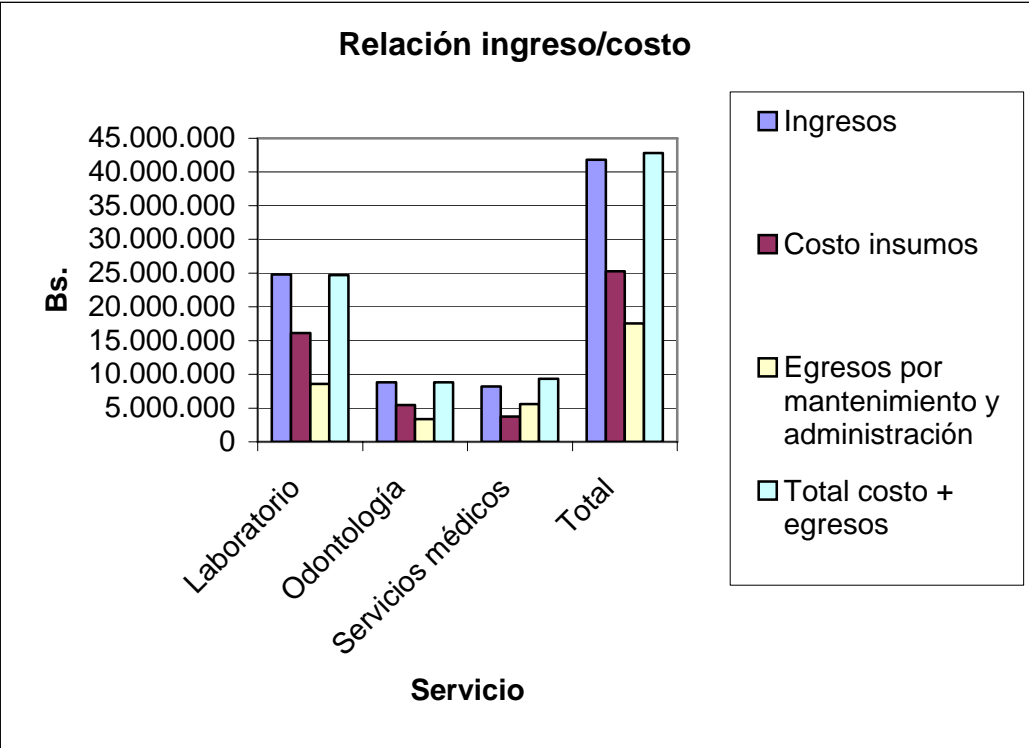
<b>Servicio</b>	<b>Ingresos (Bs.)</b>	<b>Costo insumos (Bs.)</b>	<b>Egresos por mantenimiento y administración (Bs.)</b>	<b>Total costo + egresos (Bs.)</b>
Laboratorio	24.802.650 <sup>00</sup>	16.111.389 <sup>44</sup>	8.604.239 <sup>69</sup>	24.715.629 <sup>13</sup>
Odontología	8.837.800 <sup>00</sup>	5.446.347 <sup>42</sup>	3.352.061 <sup>84</sup>	8.798.409 <sup>26</sup>
Servicios médicos	8.189.540 <sup>00</sup>	3.728.160 <sup>08</sup>	5.590.392 <sup>47</sup>	9.318.552 <sup>57</sup>
<b>Total</b>	<b>41.829.990<sup>00</sup></b>	<b>25.285.869<sup>94</sup></b>	<b>17.546.695<sup>10</sup></b>	<b>42.832.572<sup>00</sup></b>

Fuente: Coordinación Administrativa CAMUC

\*Costos: Insumos médicos, odontológicos y laboratorio- fármacos

\*Egresos: Gastos administrativos, mantenimiento equipos médicos-  
Odontológicos- laboratorio, papelería, etc.

10% gastos manejo administrativo de FUNDAUC



**Cuadro N°6**  
**Asignación presupuestaria CAMUC para gastos menores de**  
**funcionamiento. Enero- Diciembre 2002**

Asignación presupuestaria	Total asignado (Bs.)	Total ejecutado (Bs.)
<b>*Fondo fijo caja chica</b>		
-Materiales y suministros	5.536.370 <sup>00</sup>	4.881.918 <sup>60</sup>
-Servicios no personales	2.531.555 <sup>00</sup>	1.802.038 <sup>75</sup>
<b>**Fondo fijo especial Salud Ocupacional</b>		
-Ayudas por fármacos, gastos médicos- odontológicos- hospitalarios	1.200.000 <sup>00</sup>	751.950 <sup>02</sup>
<b>***Fondo fijo FUNDAUC</b>		3.373.854 <sup>38</sup>
Total asignado		10.809.761 <sup>73</sup>

Fuente: Coordinación Administrativa CAMUC

\*Caja chica Bs. 150.000- Dir. Presup. UC

\*\*Fondo S.O. Bs. 300.000- Dir. Presup. UC

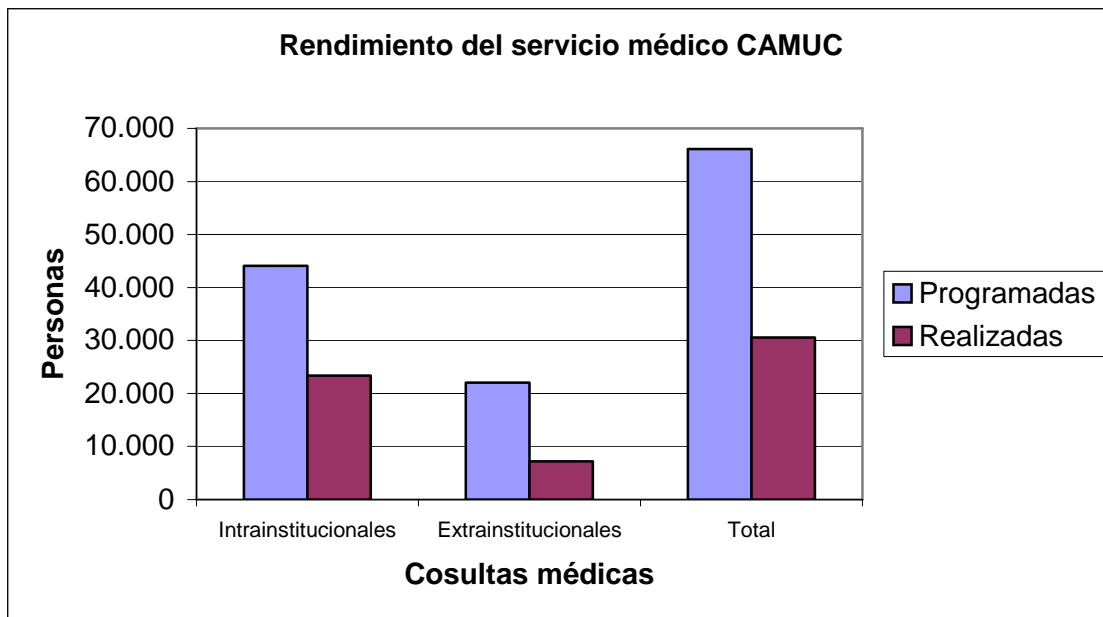
\*\*\*Fondo FUNDAUC Bs. 500.000 (Reposiciones)

**Cuadro N°7**  
**Rendimiento global del servicio médico CAMUC.**  
**Enero- Diciembre 2002**

<b>Consultas médicas</b>	<b>Programadas</b>	<b>Realizadas</b>	<b>Rendimiento (%)</b>
Intrainstitucionales	44.108	23.385	53.01
Extrainstitucionales	22.048	7.171	32.52
Total	66.156	30.556	46.18

Fuente: Epidemiología CAMUC

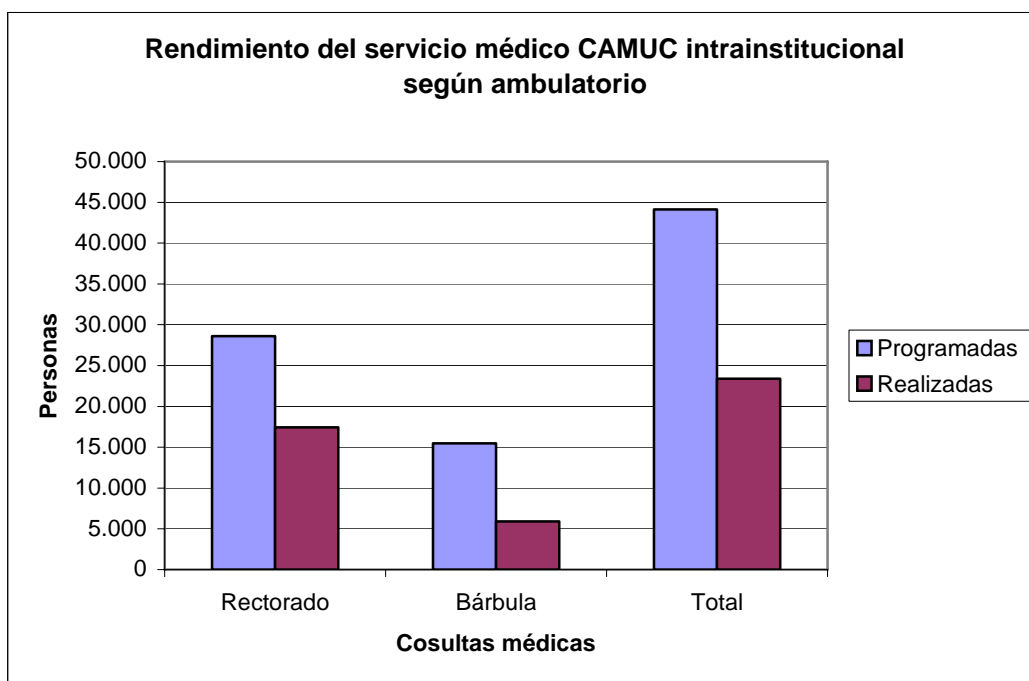
\*No se hizo ajuste por días perdidos en paro de diciembre



**Cuadro N°8**  
**Rendimiento global del servicio médico CAMUC**  
**intrainstitucional distribuido por ambulatorio.**  
**Enero- Diciembre 2002**

Consultas	Programadas	Realizadas	Rendimiento (%)
Rectorado	28.620	17.454	60.98
Bárbula	15.488	5.931	38.29
Total	44.108	23.385	53.01

Fuente: Epidemiología CAMUC



**Cuadro N°9**

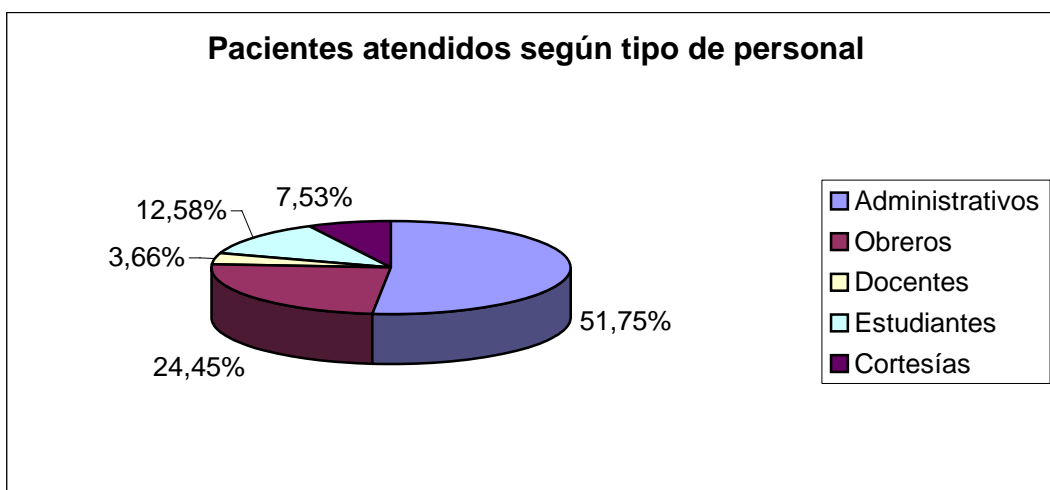


**Total de pacientes atendidos en todos los servicios CAMUC  
(médico, odontológico y laboratorio) distribuido según tipo  
de personal. Enero - Diciembre 2002**

<b>Tipo personal</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Administrativos	17.406	51.75
Obreros	8.226	24.45
Docentes	1.233	3.66
Estudiantes	4.232	12.58
Cortesías	2.532	7.53
<b>Total</b>	<b>33.632</b>	<b>100</b>

Fuente: Epidemiología CAMUC

\*Estudiantes atendidos sólo en Bárbula



**Cuadro N°10**

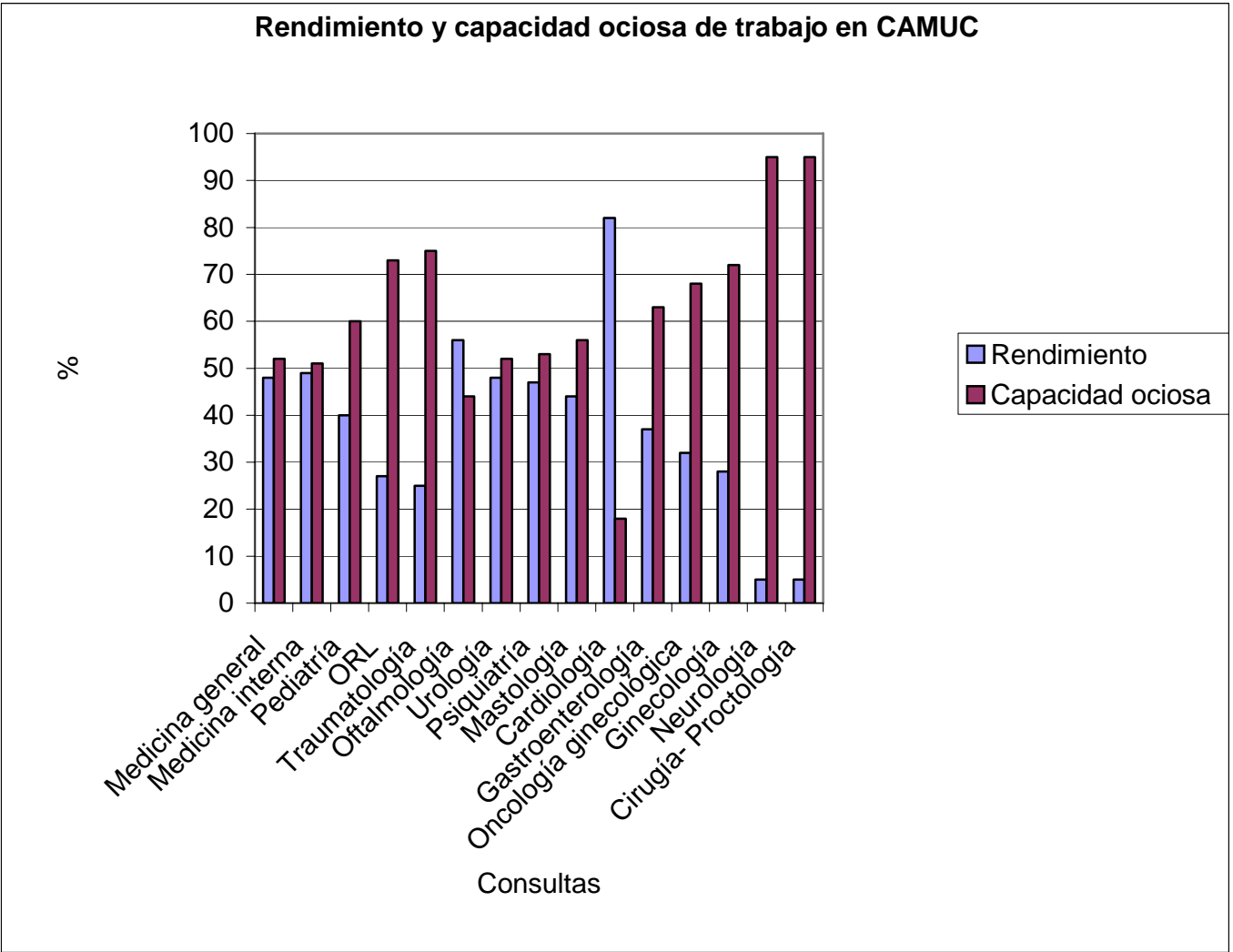
**Rendimiento y capacidad ociosa de trabajo en las consultas  
médicas intra y extrainstitucionales del CAMUC.**

**Enero - Diciembre 2002**

<b>Consultas</b>	<b>Programadas</b>	<b>Realizadas</b>	<b>Rendimiento (%)</b>	<b>Capacidad ociosa (%)</b>
Medicina general	27.984	13.173	47.07	52.93
Medicina interna	9.116	4.485	49.19	50.81
Pediatría	9.540	3.875	40.61	59.39
ORL	4.028	1.102	27.35	72.65
Traumatología	4.876	1.226	25.14	74.85
Oftalmología	4.240	2.393	56.43	43.56
Urología	1.060	512	48.30	51.69
Psiquiatría	636	296	46.54	53.45
Mastología	1.060	466	43.96	56.03
Cardiología	1.060	868	81.88	18.11
Gastroenterología	1.060	388	36.60	63.39
Oncología ginecológica	1.060	344	32.45	67.54
Ginecología	4.664	1.313	28.15	71.84
Neurología	1.060	48	4.52	95.47
Cirugía- Proctología	1.484	67	4.51	95.48

Fuente: Epidemiología CAMUC

\*No se hizo ajuste por días perdidos en paro de diciembre

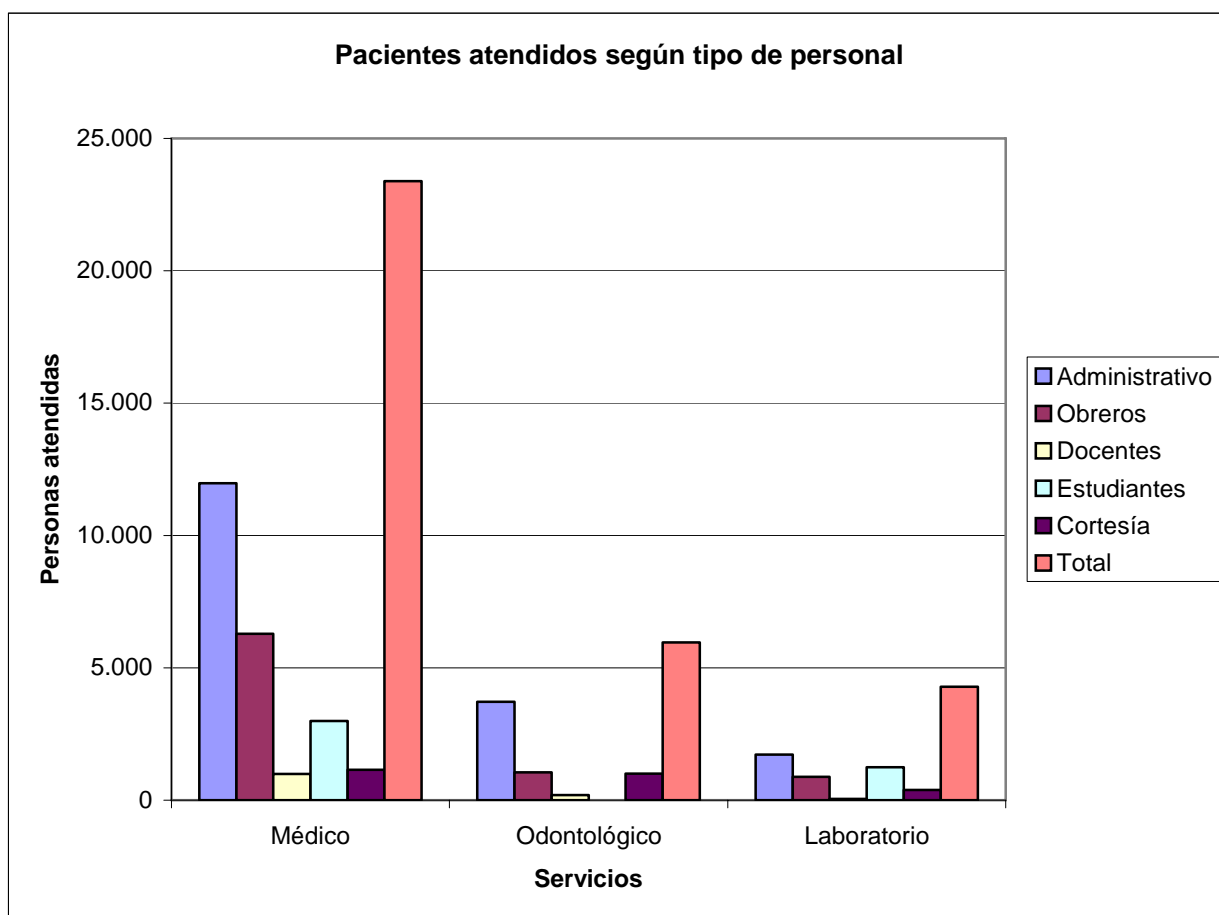


Cuadro N°11

**Pacientes atendidos en diferentes servicios del CAMUC de  
acuerdo al tipo de personal. Enero - Diciembre 2002**

Servicio	Administrativo	Obreros	Docentes	Estudiantes	Cortesía	Total
Médico	11.972 51.19%	6.286 26.88%	985 4.21%	2.992 12.79%	1.150 4.91%	23.385 100%
Odontológico	3.712 62.28%	1.053 17.66%	197 3.30%	-----	998 16.47%	5.960 100%
Laboratorio	1.722 40.16%	887 20.69%	51 1.18%	1.240 28.92%	387 9.02%	4.287 100%

Fuente: Epidemiología CAMUC

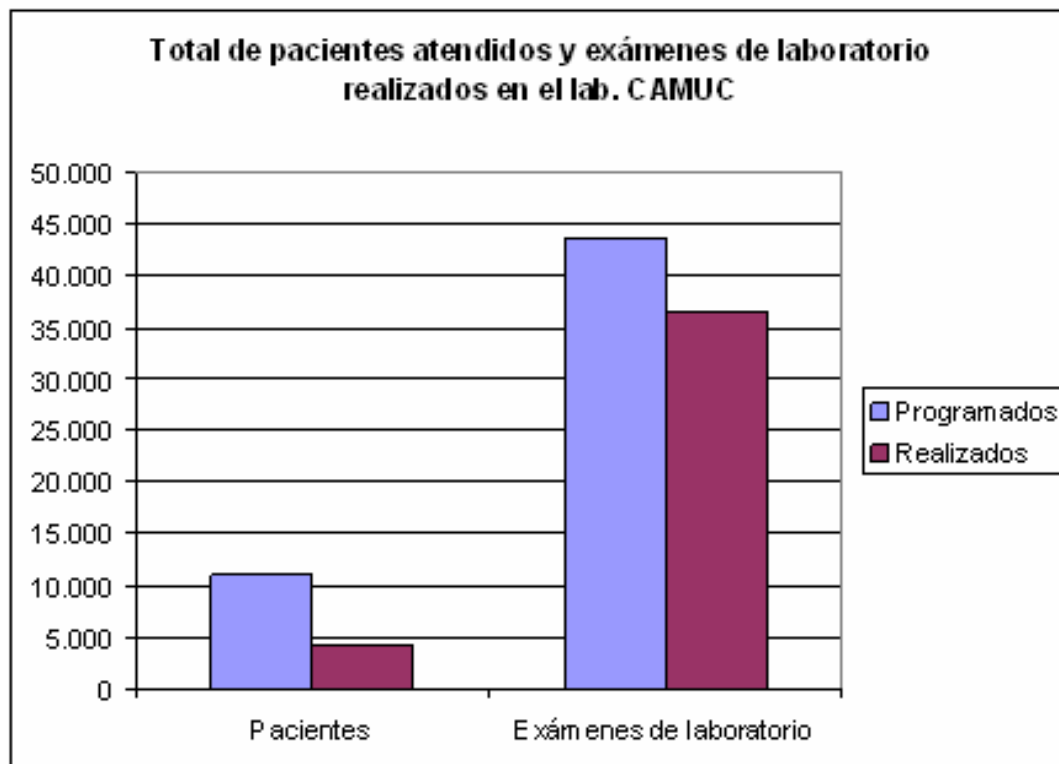


**Cuadro N°12**

**Total de pacientes atendidos y exámenes de laboratorio  
practicados en el laboratorio CAMUC. Enero - Diciembre 2002**

	<b>Programados</b>	<b>Realizados</b>	<b>Rendimiento (%)</b>
Pacientes	10.920	4.287	39.25
Exámenes de laboratorio	43.680	36.594	87.78

Fuente: Epidemiología CAMUC



**Cuadro N° 13**

**Rendimiento del servicio odontología CAMUC de acuerdo a  
pacientes y actividades cumplidas. Enero - Diciembre 2002**

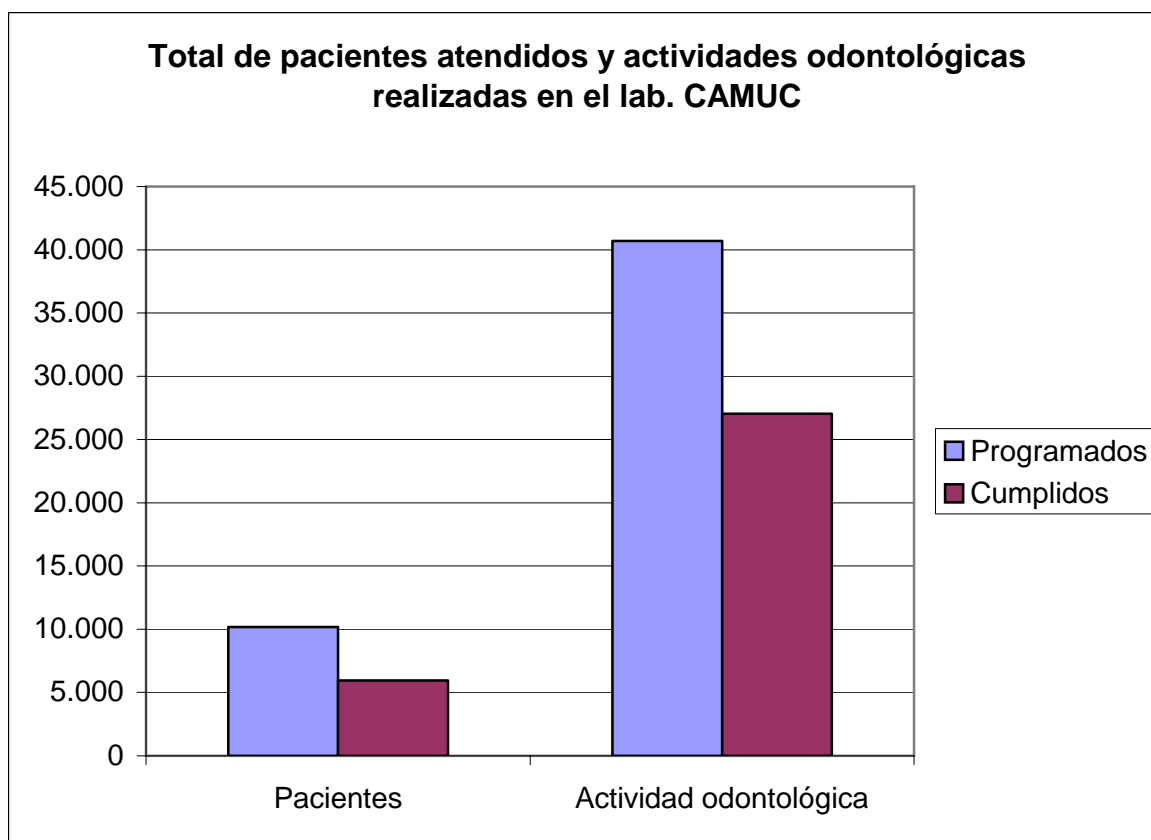
	<b>Programados</b>	<b>Cumplidos</b>	<b>Rendimiento (%)</b>
Pacientes	10.176	5.960	58.56
Actividad odontológica	40.704	27.029	66.40

Fuente: Epidemiología CAMUC

\*No se hizo el ajuste por días perdidos durante el paro

\*Actividades/paciente: 4

\*Pacientes/odontólogo/hora: 2.5



Cuadro N°14

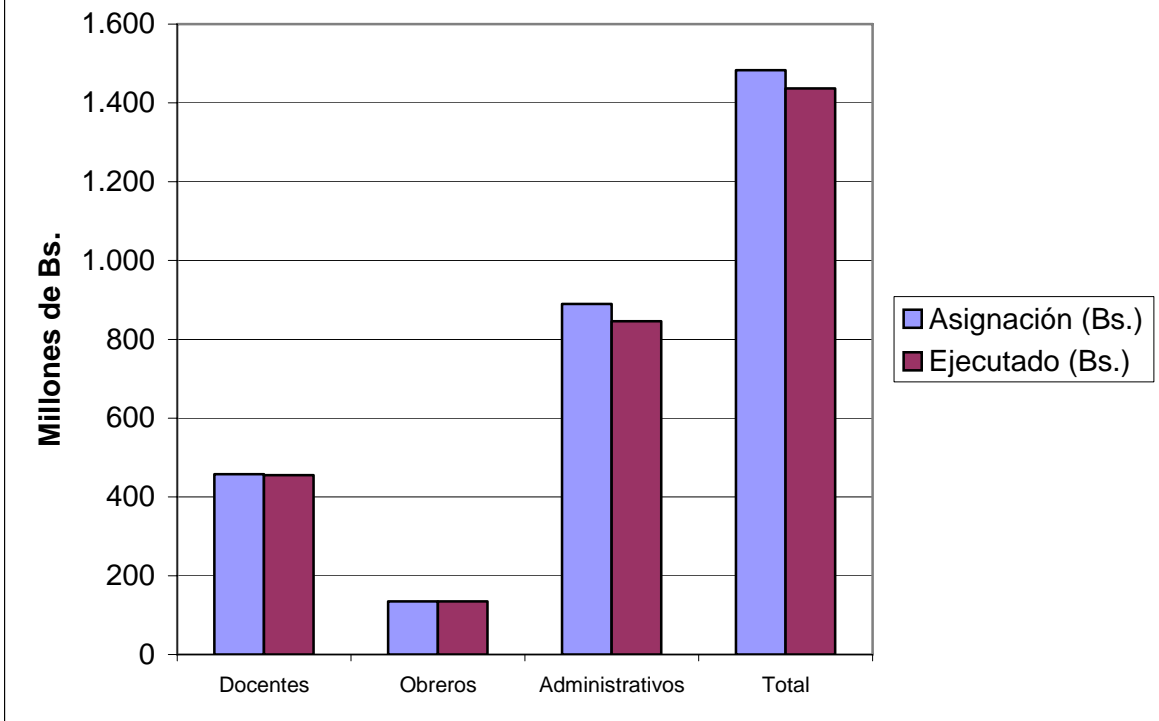
Presupuesto asignado y ejecutado para beneficio de farmacia  
por tipo de personal. Enero - Diciembre 2002

Personal	Asignación (Bs.)	Ejecutado (Bs.)
Docentes	458.333.333 <sup>00</sup>	455.899.333 <sup>92</sup>
Obreros	135.000.000 <sup>00</sup>	135.093.802 <sup>07</sup>
Administrativos	890.466.667 <sup>00</sup>	846.940.729 <sup>40</sup>
Total	1.483.800.000 <sup>00</sup>	1.437.933.865 <sup>00</sup>

Fuente: Dirección presupuesto UC

\*Remanente de Bs. 43.525.936 utilizados en exámenes especiales

### Presupuesto para beneficio de farmacia



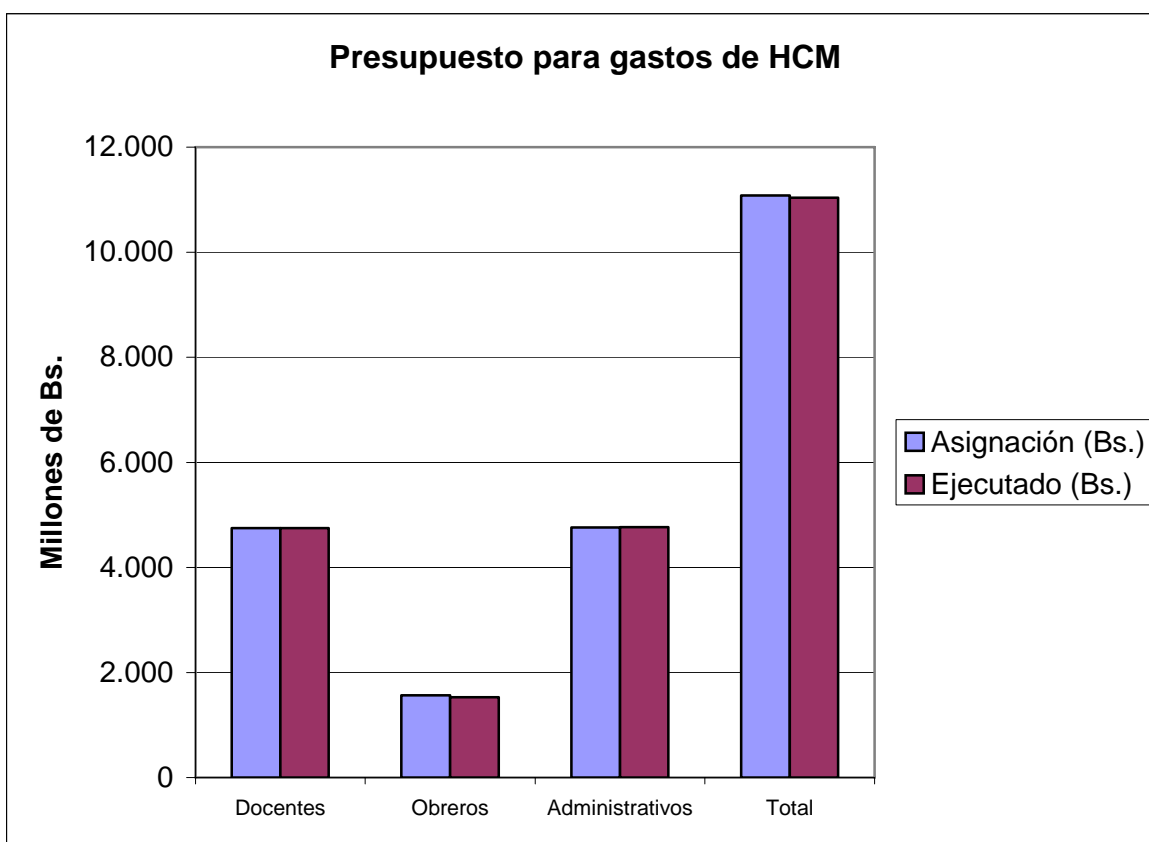


**Cuadro N°15**

**Presupuesto asignado y ejecutado para gastos de HCM por tipo de personal. Enero - Diciembre 2002**

<b>Personal</b>	<b>Asignación (Bs.)</b>	<b>Ejecutado (Bs.)</b>
Docentes	4.747.001.431 <sup>00</sup>	4.747.001.430 <sup>42</sup>
Obreros	1.567.733.021 <sup>00</sup>	1.526.109.786 <sup>95</sup>
Administrativos	4.764.953.508 <sup>00</sup>	4.766.442.144 <sup>00</sup>
<b>Total</b>	<b>11.079.687.960<sup>00</sup></b>	<b>11.039.553.361<sup>37</sup></b>

Fuente: Dirección presupuesto UC



**Cuadro N°16**  
**Costo de servicios de salud, farmacia y exámenes especiales**  
**de la UC. Enero- Diciembre 2002**

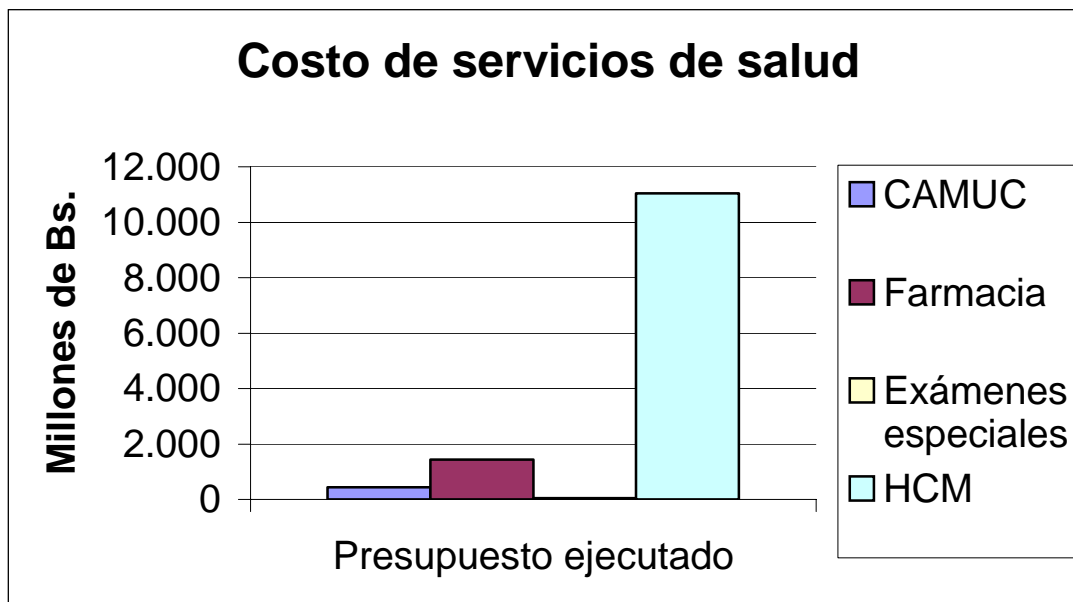
<b>Servicio</b>	<b>Presupuesto ejecutado (Bs.)</b>
CAMUC	438.316.294
Farmacia	1.437.933.865
Exámenes especiales	43.525.936
HCM	11.039.553.361
<b>Total</b>	<b>12.959.329.436</b>

Fuente: Dirección presupuesto UC y CAMUC

\*No incluidos gastos de nómina y funcionamiento del HCM ni costos del Servicio de RED ASESORES

\*Asignación presupuestaria UC 2002: Bs. 208.430.641.045,00

\*Porcentaje asignado a salud: 5.12%



#### Conclusiones diagnósticas.-

1. Existe dispersión física de los servicios de salud de la Universidad de Carabobo (UC) lo que afecta la utilización de los mismos, como lo sugiere la mayor afluencia de usuarios al Ambulatorio del Rectorado donde se concentra el mayor número de servicios, pudiendo los usuarios realizar varias actividades en la misma visita (atención médica general y especializada, atención odontológica, sellado de récipes de farmacia, farmacias afiliadas cercanas al rectorado, central de citas), lo que se evidencia en el mayor rendimiento de los servicios médicos del rectorado 60.98% en relación al 38.29% de Bárbula, cuya ubicación es más distante para los usuarios residentes en el centro y sur de la ciudad .

2. Los servicios que ofrece el CAMUC a los usuarios a través del pago de los mismos no generan ganancias netas.

3. Sólo el 32% de afiliados del CAMUC son docentes quienes mayormente se afilian para hacer uso del beneficio de

farmacia, de manera que para el 2002 ocuparon el segundo lugar en gastos de farmacia con 455.899.333,92 bolívares.

4. Existe un mayor número de médicos especialistas (28) en relación a los médicos generales (6) siendo estos últimos los encargados de la atención primaria.

5. El rendimiento global de la atención médica fue de 46.18% correspondiendo 53% a la realizada a nivel intrainstitucional y de 32.52% a la extrainstitucional, o sea que a nivel global existe una capacidad ociosa de trabajo de aproximadamente 53.82% siendo mayor a nivel extrainstitucional.

6. Existen subespecialidades médicas que por el reducido número de pacientes que atienden deberían contratarse por honorarios profesionales para casos que lo ameriten.

7. Es llamativo el bajo rendimiento de la consulta de Ginecología (28%), aunque no se facilitaron registros de pacientes atendidos por género, la mayor proporción de pacientes atendidos en las consultas son femeninos, y quizás, no se esté haciendo énfasis en el nivel primario de atención, acerca del control preventivo de Cáncer de Cuerpo y Cuello Uterino, esto lo sugiere el hecho de que de 848 citologías programadas solo se realizaron 208.

8. En relación a CAMUC Bárbula de las 5.931 consultas médicas realizadas 2.992 fueron a estudiantes y a sus hijos menores de 12 años, lo que representaría el 50.4% de todas las consultas atendidas en ese centro y el 12.79% de todas las consultas médicas realizadas en ambos ambulatorios a

pesar de que los estudiantes cuentan con un servicio médico propio en la dependencia de Desarrollo Estudiantil (DDE).

9. El 28.9% de usuarios del Laboratorio CAMUC fueron estudiantes quienes también tienen dicho servicio por la DDE.

10. El rendimiento del Laboratorio fue del 39.25% en relación al número de pacientes atendidos (incluyendo un 28.9% de estudiantes y 9.02% de usuarios no afiliados) con una eficacia del 87.78% en relación a número de exámenes realizados a cada usuario. El bajo rendimiento puede atribuirse a varios factores: ubicación distante, el monto del deducible que debe pagar el trabajador para realizar los exámenes haciendo uso de la póliza de H.C.M. en clínicas privadas, generalmente es marcadamente inferior al costo de los mismos en el Laboratorio CAMUC.

11. El rendimiento del servicio odontológico fue de un 58.56% en relación al número de usuarios atendidos y su eficacia del 66.4% en relación a actividades realizadas.

12. En el lapso estudiado la UC invirtió 12.959.329.436 bolívares al pago de servicios de salud, lo que representó el 5.12% del presupuesto total UC/2.002, dicha asignación fue ejecutada el 85% en HCM, 11% en farmacia, 3% en CAMUC y el remanente en exámenes especiales. Se asignan más recursos al pago de atención hospitalaria y servicios médicos privados, centrados en la enfermedad y en la medicalización lo que los hace muy costosos, mientras que al CAMUC, centro de atención médica primaria y secundaria, se asigna sólo el 3% el cual es subutilizado por la existencia de múltiples opciones y facilidades de acceso a la atención médica, siendo mas

empleada la que se obtiene a nivel de servicios médicos privados a través del H.C.M., como lo demuestra una capacidad ociosa de trabajo en el CAMUC de 53.8% en atención médica, 60.75% en laboratorio y 41.44% en odontología.

13. El CAMUC no cuenta con un sistema de tecnología informática desarrollado, sólo hay un programa para registrar mensualmente el uso del beneficio de farmacia y óptica por cada trabajador y a nivel de Medicina Ocupacional para el registro de reposos por enfermedad y accidentes. Para el resto de actividades (registro de afiliación, morbilidad, historias médicas, etc.) se hace registro manual.

14. Para ese lapso Epidemiología no reportó actividades preventivas distintas al control de niños sanos. Anteriormente se han realizado en forma intermitente campañas masivas de inmunizaciones y de detección de enfermedades como Diabetes, Osteoporosis, Hipertensión Arterial, Cáncer de Próstata. Las actividades realizadas en el centro son curativas en casi un 100%.

15. No se reportan actividades de promoción de la salud de ningún tipo.

16. Para el segundo semestre del 2003, la infraestructura física del CAMUC no es idónea para las labores sanitarias: Salas de esperas demasiado pequeñas, frío excesivo, falta de lavamanos en los consultorios, insuficiente lencería, pasillos estrechos y escalones que dificultan el acceso a minusválidos, etc. Carece además de espacios adecuados para realizar charlas a pacientes y comunidad, charlas formativas o informativas a personal de

salud, sala de reuniones, ni siquiera dispone el personal de salud de acceso electrónico al servidor UC para uso del mismo con fines educativos o de investigación, las carteleras disponibles en áreas de espera de paciente, el televisor y el VHS no se utilizan como herramientas para promoción de salud y prevención de enfermedades excepto esporádicamente por iniciativas aisladas de algunos trabajadores.

17. El uso del beneficio de farmacia y de Exámenes especiales por el HCM imponen una carga administrativa extra en los médicos, por el detalle de los requisitos exigidos, que al realizarse en forma paralela a la consulta (récipes e informes vencidos, necesidad de medicamentos antes de próxima cita, récipes de médicos privados sin datos completos) actúan en detrimento del rendimiento y de la calidad de la atención médica por el papeleo incesante, aparte de la visión que tienen parte de los usuarios del médico CAMUC como "transcriptor de récipes" actividad que no se registra y que consume tiempo.

18. Es llamativo que a nivel de Medicina Ocupacional, la cual es ejercida por dos médicos a tiempo completo uno en cada turno, solo se reporten para el lapso estudiado 828 consultas realizadas (preempleos, incapacidades, etc.) la mayor proporción de tiempo la ocupan en conformar reposos: revisar la constancia y verificar datos completos, vigencia, para luego firmarlos, sellarlos y registrarlos. Creo que este es un recurso humano subutilizado en una labor que tal como se realiza compete a un auxiliar de registro. El médico debería encargarse sólo de evaluar a trabajadores con reposos mayores de 7 días o que han sufrido accidente laboral, además de evaluar la casuística de reposos para analizar de que se

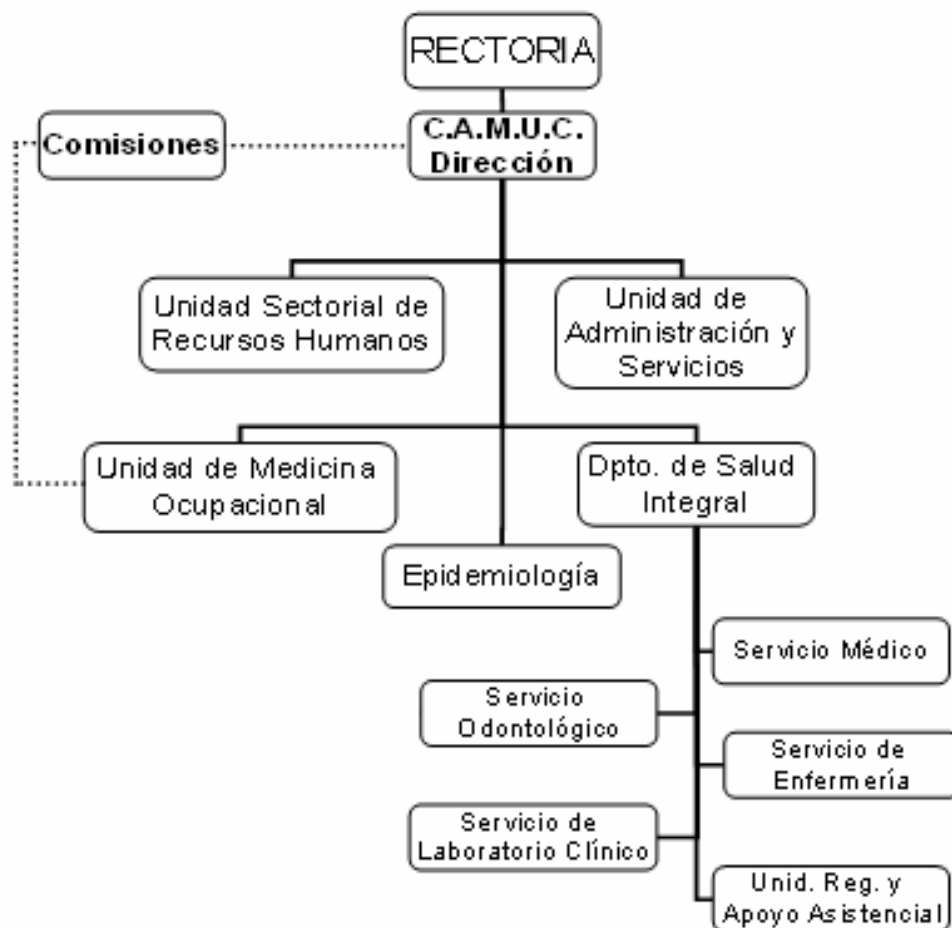
le están enfermando los trabajadores y tomar medidas pertinentes.

19. La ubicación de los ambulatorios y del laboratorio en las instalaciones universitarias acarrearán interrupciones frecuentes de las labores por huelgas, asambleas, disturbios, etc. lo que favorece la utilización de los servicios privados y disminuye el rendimiento del servicio.

20. La gerencia del centro es autocrática, vertical, no participativa. Las reuniones personal/directivos son esporádicas y generalmente de tipo informativa o correctivas. No hay equipos de trabajo. No se premia el desempeño.

**Estructura Funcional del CAMUC (Año 2.003):**





Relación de apoyo a las comisiones .....

**PROPUESTA DE UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD PARA TRABAJADORES Y FAMILIARES DE LA**

**UNIVERSIDAD DE CARABOBO DESDE LA PERSPECTIVA  
DEL DERECHO HUMANO  
A LA SALUD**

**Misión:**

Garantizar el derecho a la salud a todos los trabajadores docentes, administrativos y obreros de la institución y a sus familiares, proporcionando una atención integral de salud que privilegie las estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades, accidentes, y de condiciones del medioambiente laboral seguras, de manera oportuna, eficiente, eficaz, de elevada calidad y humanitaria para la restitución de la salud y rehabilitación de quienes así lo ameriten, estimulando la participación corresponsable de la comunidad ucista en la gestión de salud, que permita a los individuos alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social a fin de ejercer a plenitud y de forma sostenible sus capacidades potenciales en su entorno familiar-laboral-comunitario que faciliten a la institución cumplir con su misión de docencia, investigación y extensión en la sociedad.

**Visión:**

Ser un espacio para la atención integral de la salud que promueva la salud y la calidad de vida, necesarios para el desarrollo humano en todas sus potencialidades, en el que se implemente la investigación acción como método para conocer la situación de salud real de su ámbito territorial y conduzca a la formulación de planes de acción específicos.

Con una comunidad participativa, que se involucre en la formulación, planificación, evaluación y control de los planes de acción en salud y en la formación de líderes comunitarios que vinculando ambulatorio y comunidad en la defensa de sus derechos a la salud y calidad de vida adecuada, construyan ciudadanía. Un escenario para el diálogo, la tolerancia y un camino para la paz.

#### **Principios Rectores.-**

**Universalidad:** Garantiza el acceso a las políticas, acciones, servicios y recursos en salud en todos los niveles de atención, sin discriminación o privilegios de ninguna especie, es decir, igual para todos los trabajadores sin distinción de rango, género, raza, etc.

**Equidad:** Igualdad de oportunidades para todos respondiendo a cada uno según sus necesidades, con equidad vertical, generando diferentes respuestas para diferentes necesidades de acuerdo a su magnitud y con equidad horizontal, construyendo iguales respuestas para iguales necesidades.

**Gratuidad:** No debe haber cobro directo de servicios de atención a la salud a las personas.

**Solidaridad:** Todas las personas deben contribuir de acuerdo a sus capacidades a garantizar el derecho a la salud.

**Integralidad:** Superando todo parcelamiento y fragmentación debe generar respuestas adecuadas, oportunas, regulares, continuas, entendiendo la unidad y complementariedad de lo preventivo y lo curativo, de lo biológico y lo social, lo individual y lo colectivo, privilegiando las estrategias de promoción de calidad de vida y salud.

**Participación:** La gestión en salud debe ser un espacio para la construcción de ciudadanía, para el desarrollo de los individuos con deberes y derechos, activos, corresponsables en la defensa del derecho a la salud.

**Ética:** Para garantizar la transparencia del manejo administrativo y la prestación de un servicio de elevada calidad, es necesario despertar en la colectividad laboral valores como: honestidad, amor, tolerancia, integridad, justicia, solidaridad, respeto a la dignidad de las personas, reconocimiento de que todos somos iguales en derechos pero diferentes como personas, valores estos básicos en las relaciones interhumanas.

#### **Matriz F.O.D.A.-**

##### **Fortalezas:**

-Recurso humano asistencial y administrativo en su mayoría idóneo en cuanto a capacidad técnica perteneciente a la nómina ordinaria de la Institución.

-Recursos presupuestarios que garantizan pago de nómina, mantenimiento de equipos y planta física, así como gastos administrativos.

-Dotación de equipos médico-odontológicos y de laboratorios suficientes, en buen estado, en su mayoría modernos,

**Debilidades:**

-Infraestructura física inadecuada, poco espaciosa llevando al hacinamiento en las horas de mayor volumen de usuarios, poco confortable, con consultorios separados por tabiques que comprometen la confidencialidad del acto médico, sin lavamanos en consultorios limitando así la higiene del trabajador de la salud.

-Gerencia autocrática, no participativa, vertical, con ausencia de liderazgo.

-Trabajadores desmotivados, poco proactivos, con bajo nivel de compromiso con las tareas y la misión del centro, poco sentido de pertenencia, poca tolerancia a críticas constructivas y al cambio con ausentismo frecuente.

-Trabajadores con sobrecarga física y mental por áreas de trabajo con hacinamiento, mobiliario no ergonómico, frío excesivo, etc.

**Amenazas:**

-Tendencia a la utilización innecesaria de servicios de laboratorio privados concertados por fondo de capitalización

colectiva, en detrimento del uso de los servicios del laboratorio del centro por diversos factores: lejanía, mayor confianza en la calidad del servicio privado, monto a pagar por deducible de la póliza de HCM menor que el costo de exámenes de laboratorio en CAMUC.

-Dispersión de servicios de salud de la institución.

-Atención de salud medicalizada y asistencialista con poco desarrollo de estrategias de promoción de salud y prevención de enfermedades.

**Oportunidades:**

-La aprobación de la Ley del Sistema de Seguridad Social y la formulación y revisión actual de la Ley del Régimen Prestacional de Salud y de la Ley de Salud y Seguridad de los Trabajadores.

-La preocupación de las autoridades rectorales en optimizar los recursos asignados a salud y adecuar los servicios de salud a los requerimientos de la nueva Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social.

-Cambios de paradigmas en conceptos de salud, participación comunitaria y reformas de salud actualmente gestándose en el país, aunado al auge de las ONG de Derechos Humanos en el actual momento histórico del país, lo que contribuye y facilita la difusión, promoción y defensa del derecho humano a la salud de todas y todos.

## **OBJETIVOS GLOBALES.-**

-Proporcionar una atención integral de la salud a trabajadores y a su grupo familiar con prioridad de estrategias orientadas a la promoción de la salud y prevención de enfermedades y accidentes y brindar una atención curativa a través de un nivel de atención primario y secundario.

-Vigilar las condiciones de trabajo y medioambiente laboral para garantizar un ambiente de trabajo seguro y minimizar la posibilidad de accidentes y/o enfermedad laboral.

-Transformar la gestión de salud modernizándola, con una gerencia democrática, participativa, innovadora, eficaz y eficiente que promueva el desarrollo humano.

-Unificar los diversos servicios de salud que atienden a los trabajadores de la Institución (CAMUC-APUC-HCM) en un servicio único con planes de acción coordinados, evitando la superposición en la prestación de los servicios y beneficios, optimizando así los recursos disponibles.

-Promover la participación de la comunidad ucista en la formulación de planes de acción, evaluación y control de la gestión de salud.

## **Proyectos Estratégicos Globales.-**

### **1. Atención Integral de la Salud: Un nuevo Modelo de Atención.-**

-Ofrecer una asistencia sanitaria con un enfoque biológico-social, que asuma la unidad y complementariedad de las acciones preventivas y curativas simultáneamente, evitando la fragmentación de la atención en consultas de programas preventivos y consultas curativas, prestando así una atención oportuna, continua, integral, accesible y dando preferencia a acciones promotoras de salud y prevención de enfermedades.

-Diseñar programa de educación continua para la salud llevada a cabo de manera permanente por los trabajadores de la salud adscritos al Centro: médicas, médicos, enfermeras, odontólogas, odontólogos; a través de charlas dirigidas a pacientes, familiares y a la comunidad, con ayuda de videos, dípticos, carteleras y medios informativos de la institución, tanto escritos como radial sobre promoción y protección de la salud en los diferentes ciclos de vida con equidad de género y generacional y énfasis en salud materna y en menores de dos años, promoción de lactancia materna, seguridad alimentaria, salud mental, prevención del embarazo en adolescentes, salud sexual y reproductiva, promoción de hábitos saludables: -Promoción de actividad física regular ejemplo: "escaleras saludables": propiciar en las personas utilizar siempre las escaleras en lugar del



ascensor como medio accesible para promover la salud cardiovascular, caminar diariamente, usar las bicicletas, baileterapia y otras formas de ejercitación menos accesibles como aeróbic, taebo, step, disciplinas que promueven la armonía mente-cuerpo y reducen el stress (taichi, yoga); -Hábitos adecuados de alimentación; -Prevención de hábitos nocivos como tabaco, alcohol y drogas; -Descanso Físico adecuado, -Recreación y uso del tiempo libre.

-Promover y facilitar la implementación del programa de "Escuelas Saludables" a nivel de las dependencias educativas existentes para atender a los hijos de los trabajadores de la UC Centro de estimulación infantil (CEI), Guardería y Jardín de infancia de los hijos de los trabajadores y del APUCITO, para que uniéndose los sectores salud y educación se formen futuros ciudadanos que cuiden su salud y la de sus familiares y que protejan responsablemente su entorno propiciándose la adopción de hábitos saludables, favorecer la autoestima y fomentar el cuidado de la salud ambiental. Incluye la formación de maestros, participación de los padres y comunidad.

-Facilitar el proceso de participación de la comunidad ucista a fin de que acepte una mayor responsabilidad social por su salud, que se traduzca, en actividades tendientes al mejoramiento de sus condiciones de vida y a adoptar modos de vida más saludables.

-Realizar campañas periódicas masivas de diagnóstico precoz de enfermedades crónicas (Diabetes, Hipertensión

Arterial), despistaje de cáncer (Cuello Uterino, Mamas, Próstata) y campañas de inmunizaciones.

-Desarrollar programa de seguimiento, educación y apoyo dirigido a pacientes crónicos a fin de motivarlos al control médico periódico de su enfermedad reduciendo así los episodios de descompensación y aumentando su expectativa de vida (club de hipertensos, de diabéticos, etc.)

-Diseño de una infraestructura física adecuada a las actividades sanitarias que en ella se realizarán: espaciosa, con pasillos y cubículos para consultorios amplios, que permitan el acceso de minusválidos en sillas de ruedas, andaderas o en camillas, con rampas para el traslado en sillas o camillas, con ascensores en caso de contar con mas de un piso, aire acondicionado confortable en todas las áreas, iluminación óptima, recepciones suficientes para la información y recepción de los pacientes, suficientes salas de esperas acordes al tamaño de la demanda que se espera atender, sistema informatizado de acceso a historias clínicas, sistema de audio y video en todas las áreas que permitan aprovechar los lapsos de espera exhibiendo micros donde se le de información al paciente sobre el funcionamiento del centro y sobre educación para la salud. Suficientes lavabos y sanitarios tanto para usuarios, para minusválidos y para trabajadores del centro, sala de usos múltiples para reuniones del personal así como para labores educativas. Equipos médico-odontológicos modernos y en perfecto estado. Insumos médico-odontológicos y de laboratorio suficientes y de calidad.

Esta edificación debe estar situado en un punto equidistante de la ciudad accesible físicamente a la población usuaria del mismo y en una zona con acceso suficiente y cercano del transporte público.

-Promover, facilitar y vigilar una relación trabajador(a) de la salud/paciente enmarcada en el respeto al derecho de los pacientes: respetando su dignidad humana y su autodeterminación sin discriminación por motivos de ideas, creencia de Fe, etnia, cultura, raza, sexo; proporcionándole en todo momento información oportuna, clara, en lenguaje comprensible para el paciente, veraz; respetando la confidencialidad de la historia del paciente, su intimidad, su pudor y su decisión de consentir o no un procedimiento diagnóstico o terapéutico así como de consultar otras opiniones médicas.

## **2. Medio ambiente laboral institucional seguro.-**

-Actualizar en conjunto con la sección de Higiene Ocupacional de PIPSUC el mapa de riesgos de la institución para formular en base al mismo las medidas de control necesarias para eliminar o reducir los riesgos en aquellas áreas que lo ameriten.

-Diseñar y ejecutar programas de adiestramiento para la prevención de accidentes y enfermedades laborales específicos para cada área de riesgo dirigida a los trabajadores.

-Supervisar la dotación, distribución y uso correcto de los equipos de protección personal a los trabajadores de áreas que lo requieran.

-Crear programas de evaluación médica preventiva anual de todos los trabajadores de la institución a fin de realizar actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades y diagnóstico precoz, prevención de accidentes laborales, exámenes especiales periódicos dirigidos a descartar efectos secundarios a exposición a determinados factores de riesgo.

-Análisis periódico de causas de Ausentismo Laboral por enfermedades y accidentes para detectar causas que pudieran ser expresión de problemas de higiene y seguridad del medio ambiente laboral y establecer medidas de control pertinentes.

-Conformar el Comité de Higiene y Seguridad de la Institución y en cada dependencia, constituido por representantes de la Institución, representantes de los trabajadores y asesores técnicos para asegurar condiciones óptimas de medio ambiente y seguridad de los trabajadores.

### **3. Transformar la Gerencia: Un nuevo Modelo de Gestión.-**

-Democratizar la gerencia promoviendo el trabajo en equipo y el desarrollo de procesos, manteniendo una comunicación óptima y en ambos sentidos con los trabajadores, tanto formal como informal, de manera que

estos conozcan y estén en sintonía con la misión y visión del centro, los valores de la organización, objetivos fundamentales, metas, involucrándolos así con sus tareas y facilitando el desarrollo del sentido de pertenencia.

-Reconocer los méritos del desempeño, promover el desarrollo humano del trabajador con su capacitación permanente tanto en el área profesional como personal ya que a mayor calidad humana del trabajador mayor probabilidad del logro de metas y objetivos planteados dentro del marco de eficacia, eficiencia y trato humanitario esperado.

-Establecer la gestión por procesos, diseñando un manual de procesos, midiendo y controlando los mismos, asegurando así la calidad del servicio y satisfacción del usuario.

-Evaluar periódicamente el servicio a través de la medición de indicadores de gestión, buzón de sugerencias, reuniones periódicas con coordinadores y equipos de trabajo, análisis de procesos, encuestas a usuarios, auditorias de historias médicas, medición de tiempo de espera, etc.

-Estimular las relaciones humanas entre trabajadores de todas las áreas, niveles y categorías en un marco de respeto, armonía, convivencia, solidaridad, intercambio cultural, etc. Compartiendo en reuniones informales y celebraciones especiales directivos y trabajadores como una forma de fortalecer las relaciones grupales, el

sentido de pertenencia, la tolerancia, facilitar los cambios y el reconocimiento del SER humano que trabaja.

-Conformar un Comité de Calidad y Ética con representantes de los trabajadores, directivos y asesoría técnica adecuada, con el objeto de velar por la calidad y trato humanitario en la atención de la salud.

#### **4. Unificar los servicios de salud institucionales.-**

-Diseñar la estructura organizacional administrativa y de servicios producto de la fusión de los servicios de salud existentes previo estudios presupuestarios y auditoria de gestiones y mediante la aplicación de técnicas de reingeniería organizacional, de planificación presupuestaria así como de recursos humanos.

#### **5. Participación Comunitaria en la Gestión de Salud.-**

-Incorporar una representación comunitaria en la organización de salud conformada por trabajadores de la Institución y representantes de los gremios a fin de que participen en la formulación de políticas, planificación, y evaluación de la gestión de salud.

**6. Promover y facilitar actualización profesional y técnica continua de los trabajadores de la salud.**

Dirigida a Médicas, Médicos, Enfermeras, Odontólogas, Odontólogos, Licenciadas y Licenciados en Bioanálisis, tanto de tipo técnico-científica como en el área de Educación en Valores, Formación Ética y Deontológica, así como Formación en Derechos Humanos tanto para mejorar la calidad de la atención como para humanizarla, haciéndose respetuosos de los derechos de los enfermos y constituyéndose dichos trabajadores en los principales difusores y defensores del derecho a la salud y de los derechos humanos en general, elementos indispensables para la convivencia democrática y la construcción de ciudadanía.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CAPRILES B., EDGAR, DIAZ P., JORGE y cols. **La Reforma del Sistema de Salud de Venezuela: Opciones y Perspectivas**, en La Reforma de Salud de Venezuela. Aspectos Políticos e Institucionales de la Descentralización de la Salud en Venezuela, Cáp. I. CENDES. CIID. MSDS. CORPOSALUD. IESA. FUND. POLAR. JULIO, 2001.
2. CAPRILES B., EDGAR, DIAZ P., JORGE y cols. **La Reforma del Sistema de Salud de Venezuela: Opciones y Perspectivas**, en La Reforma de Salud de Venezuela. Aspectos Políticos e Institucionales de la Descentralización de la Salud en Venezuela, Cáp. I. CENDES. CIID. MSDS. CORPOSALUD. IESA. FUND. POLAR. JULIO, 2001.
3. FEO, OSCAR Y DIAZ P., JORGE. **La Relación Investigación-Diseño de Políticas-Toma de Decisiones en la Reforma del Sector Salud en Venezuela**, en La Reforma de Salud de Venezuela. Aspectos Políticos e Institucionales de la Descentralización de la Salud en Venezuela. CENDES. CIID. MSDS. CORPOSALUD. IESA. FUND. POLAR, Cáp. II, julio, 2001.
4. NACIONES UNIDAS. **Declaración Universal de los Derechos Humanos**. 1.948



5. MAINGON, THAIS. **Ciudadanía, Derechos y Salud**, en La Reforma de Salud de Venezuela. Aspectos Políticos e Institucionales de la Descentralización de la Salud en Venezuela. CENDES. CIID. MSDS. CORPOSALUD. IESA. FUND. POLAR, Cáp. II, julio, 2001.
6. MAINGON, THAIS. **Ciudadanía, Derechos y Salud**, en La Reforma de Salud de Venezuela. Aspectos Políticos e Institucionales de la Descentralización de la Salud en Venezuela. CENDES. CIID. MSDS. CORPOSALUD. IESA. FUND. POLAR, Cáp. II, julio, 2001.
7. ANTEPROYECTO DE LEY DE SALUD Y DEL SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. Agosto, 2.005
8. NACIONES UNIDAS. **Declaración Universal de los Derechos Humanos**. 1.948
9. NACIONES UNIDAS. **Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales**. 1.966
10. ARROYO JUAN, CÀCERES EDUARDO, CHAVEZ SUSANA Y RIOS MARIO. **Vínculos entre la Salud pública y los Derechos Humanos**. Consorcio de Investigación Económica y Social. Observatorio del Derecho a la Salud. 2.004
11. RESTREPO ESTEBAN. **Los derechos de los pacientes como derechos humanos: Una perspectiva desde el derecho a la salud**. Ponencia presentada al seminario "Gestión del trabajo en los sistemas nacionales de salud: Definiciones y Posibilidades en el contexto laboral

actual". Organizado por la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de la Salud de la República del Brasil. Brasilia, julio 2.004. Disponible en <http://www.ops.org>, fecha de consulta: 05-07-05.

12. ARROYO JUAN, CÀCERES EDUARDO, CHAVEZ SUSANA Y RIOS MARIO. **Vínculos entre la Salud pública y los Derechos Humanos.** Consorcio de Investigación Económica y Social. Observatorio del Derecho a la Salud. 2.004
13. BOLIS MÒNICA. **El Derecho a la Salud desde el enfoque de la Extensión de la Protección Social.** Presentado en las Jornadas Subregionales de Defensores de Derechos Humanos. Costa Rica, 2.005. [www.paho.org](http://www.paho.org)  
Consulta:05-07-05
14. BOLIS MÒNICA. **El Derecho a la Salud desde el enfoque de la Extensión de la Protección Social.** Presentado en las Jornadas Subregionales de Defensores de Derechos Humanos. Costa Rica, 2.005. [www.paho.org](http://www.paho.org)  
Consulta:05-07-05
15. NACIONES UNIDAS. **Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales.** 1.966
16. NACIONES UNIDAS. **Informe Provisional Del Relator Especial De La Comisión De Derechos Humanos Sobre El Derecho De Toda Persona Al Disfrute Del Más Alto Nivel Posible De Salud Física Y Mental.** 2.003
17. NACIONES UNIDAS. **Observación General N° 14.** Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2.000

18. ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL. **Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial Sobre Los Derechos Del Paciente, Enmienda de Bali, 1.995.** Disponible en [www.bioeticaweb.com/content/view/881/43](http://www.bioeticaweb.com/content/view/881/43). Consulta realizada el 28-11-2005
19. MAINGON, THAIS. **Ciudadanía, Derechos y Salud**, en La Reforma de Salud de Venezuela. Aspectos Políticos e Institucionales de la Descentralización de la Salud en Venezuela. CENDES. CIID. MSDS. CORPOSALUD. IESA. FUND. POLAR, Cáp. II, julio, 2001.
20. CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA, 1.999
21. D'ELIA, YOLANDA y cols. **Estrategias de Promoción de Calidad de Vida.** Disponible en <http://www.sisov.mpd.gov.ve/articulos/21/index.html>.
22. MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL DE VENEZUELA. **Política de Salud y Desarrollo Social**, 2001. Disponible en [http://iaesp.fundacite.org.gov.ve/Especialidades\(Salud\\_publica/Documentos/presentacion\\_PES\\_IAEAG.pdf](http://iaesp.fundacite.org.gov.ve/Especialidades(Salud_publica/Documentos/presentacion_PES_IAEAG.pdf)
23. LEY ORGÁNICA DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA, Diciembre, 2.002.
24. D'ELIA, YOLANDA y cols. **Estrategias de Promoción de Calidad de Vida.** Disponible en <http://www.sisov.mpd.gov.ve/articulos/21/index.html>.

- 25.**     **Promoción de la Salud,** 2003. Organización Panamericana de la Salud en Nicaragua. Disponible en <http://www.ops.org.ni/opsnic/tematicas/promo-salud/index.htm>
- 26.**     VII CONVENIO DE TRABAJO ENTRE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO Y LA ASOCIACIÓN DE EMPLEADOS DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO, Mayo 1.995.