TESIS
GSS 2003
V4

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
VICE-RECTORADO ACADÉMICO
DIRECCIÓN GENERAL DE LOS ESTUDIOS DE POST-GRADO
GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD

EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DE LA COMUNIDAD EN LA RED AMBULATORIA DEL AMBULATORIO FRANCISCA DUARTE LA HERREREÑA.

Autor: María Lucero Velásquez H.
Asesor: Armando Cova

Caracas, Julio de 2003.

INDICE

Pág

Índice General iii

Lista de Tablas v

Resumen vi

Capitulo I

Introducción 1

Capitulo II

Marco Teórico..... 3

Capitulo III

Método..... 11

Problema..... 11

Objetivo General..... 13

Objetivos Específicos..... 13

Justificación..... 13

Conceptos y/o variables..... 17

Tipo y Diseño de Investigación..... 20

Población y Muestra..... 21

Instrumentos/equipos/materiales..... 21

Procedimiento..... 22

Consideraciones Éticas..... 23

Capitulo IV

Análisis de datos propuesto (Matriz de Operacionalización de variables) 25

Cronograma de Actividades 28

Capitulo V

Referencias Bibliográficas 29

Anexos..... 31

LISTA DE TABLAS

I Conformación del equipo de trabajo y la población del área de influencia del ambulatorio.

II Operacionalizacion de variables.

III. A partir de la aprobación del proyecto se plantea 1 mes para recolección de datos según el cronograma de actividades.

RESUMEN

Este trabajo de investigación evaluará el comité Sociosanitario de Ambulatorio Francisca Duarte, ubicado en la localidad de la Herrereña, Municipio Santiago Mariño, Estado Aragua y dentro de su propósito se encuentra el de ofrecer ciertos elementos que permitan la comprensión de la gestión de la comunidad en relación con el sector salud en gerencia operativa de la Red Ambulatoria, entendido el mismo, como un esfuerzo de articulación desde una óptica transectorial, transdiciplinaria y participativa como fundamento del nuevo paradigma político social que se instaura en Venezuela desde 1999. La investigadora en su interés por realizar el análisis hará énfasis en evaluar la gestión de la comunidad en el sector salud a través de la Red Ambulatoria, para lo cual utilizará la observación directa como una herramienta necesaria para el desarrollo de la investigación. Es importante la realización de dicho trabajo ya que en los momentos actuales el Ministerio de Salud y Desarrollo Social tiene como prioridad la evaluación de la Red Ambulatoria a nivel nacional, y el mismo podría contribuir al desarrollo del mismo.

Es de hacer notar que para el logro de los objetivos, se ubicará la unidad objeto del estudio (Ambulatorio Francisca Duarte La Herrereña), la cual se encuentra situada en el Municipio Mariño del Estado Aragua, posteriormente se hará el traslado a la zona para precisar los datos necesarios, previa tramitación oficial del permiso requerido para dicha investigación en la Corporación de Salud del Estado Aragua, luego se solicitará el organigrama de funcionamiento del ambulatorio, a modo de identificar en las distintas unidades los datos donde se llevan los registros como el control de entrega de medicamentos, del programa de diabetes, hipertensión y anticonceptivos. , Entre otros datos se solicitarán las fechas en las que se entregan los medicamentos, nombres de las personas que las reciben, tipo de medicamentos suministrados, y la firma de los pacientes que reciben el medicamento. También se pedirá Acta de entrega por parte del médico jefe del Ambulatorio, así como (informes, consolidados) denominados de esta forma por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

Teniendo en cuenta que el estudio en cuestión se encuentra enmarcado dentro de la modalidad descriptiva evaluativa y que el mismo será de gran utilidad para la institución en la cual me desempeño, ya que hasta el momento no se han realizado estudios de éste tipo.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

Este trabajo de investigación tiene como finalidad evaluar el comité socio sanitario del Ambulatorio Francisca Duarte, ubicado en La Herrereña, Municipio Santiago Mariño, Estado Aragua y dentro de sus propósitos se encuentra el de ofrecer ciertos elementos que permitan la comprensión de la gestión de la comunidad en relación con el sector salud en gerencia operativa de la red ambulatoria, entendido el mismo, como un esfuerzo de articulación desde una óptica transectorial, transdiciplinaria y participativa como fundamento del nuevo paradigma político social que se instaura en Venezuela desde 1999. Dentro de este contexto, se redimensiona la llamada red ambulatoria la cual articula oferta de organismos, otros establecimientos y servicios gubernamentales con ofertas y recursos de otros sectores sociales, los cuales establecen vínculos para generar respuestas a las necesidades sociales en salud de individuos y colectivos.

Cabe señalar, que dicha red se constituye en un espacio de concertación democrática entre la sociedad y el Estado para el ejercicio de ciudadanía mediante la corresponsabilidad dirigida a la garantía de derechos sociales en forma universal, en un marco de justicia y equidad.

En éste sentido, la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) establece en el capítulo IV del Poder Público Municipal, en el Artículo 184 "La Ley creará mecanismos abiertos y flexibles para que los Estados y los Municipios descentralicen y transfieran a las comunidades y grupos vecinales organizados los servicios que éstos gestionen previa demostración de su capacidad para prestarlos"..... "...garantizar el principio de la corresponsabilidad en la gestión pública de los gobiernos locales y estadales y desarrollar procesos autogestionarios y cogestionarios en la administración y control de los servicios públicos estadales y municipales. (p.5)

Con este marco jurídico la sociedad civil organizada podrá tener acceso a la gobernabilidad de sus procesos, por donde actualmente se está encaminando la participación con principios de interdependencia, coordinación, cooperación, y corresponsabilidad en la búsqueda de un desarrollo humano local sustentable e integral.

La investigadora, en su interés por desarrollar el análisis hará énfasis en evaluar la gestión de la comunidad en el Sector Salud a través de la Red Ambulatoria, para lo

cual utilizará la observación directa como una herramienta necesaria en el sector salud y que puede llevarse a cabo a través de la Red Ambulatoria observando muy de cerca el Sector Salud con la cotidianidad con relación a la comunidad.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Los derechos sociales y la lógica constructiva del estado como garante del servicio de salud desde una nueva ciudadanía. Desde una visión internacional.

De acuerdo a lo descrito por Rovere (1998) donde menciona que los países europeos se encuentran en estos momentos en una gran tensión interna, tienden a entender las dinámicas mundiales, pero no a sobreactuar (ellos dirían overreaction) frente al estímulo de los cambios externos. Cambian las cosas pero las estudian más. En consecuencia hoy en día, paradojalmente, en muchos de los países europeos, lo que está apareciendo de manera acentuada, es la afirmación del concepto de los derechos sociales, generando entonces un debate porque lo que se está buscando progresivamente es la idea de que estos derechos sociales tienen que reafirmarse ya no bajo la lógica de un Estado donante de estos servicios sino bajo la lógica de una construcción de ciudadanía vinculada directamente a sujetos concretos de este derecho. La ciudadanía se conforma si hay derechos pero también si hay sujetos, de tal forma que alguien cobre eventualmente la violación de estos derechos. (p.4)

Continúa el autor.. "A partir de ésta primera idea, el derecho a la salud debe descolgarse, deducirse, de este movimiento más amplio de los derechos sociales, porque está de pleno incluido". (p.5)

Según Rovere (1998) visto así el drama de la salud y la enfermedad, el proceso salud enfermedad está instalado en un escenario natural que es el lugar donde la gente vive, estudia o trabaja. (p. 9).

En atención a lo antes expresado queda en evidencia la disposición que a nivel internacional poseen los organismos comprometidos con la proyección de atención que obliga al estado a brindar apoyo a las comunidades locales en búsqueda de la equidad social.

Participación comunitaria en salud

La investigación que se propone sustenta sus bases teóricas en un concepto que le da fundamentación a lo expresado anteriormente, es decir, la participación de las

comunidades. En consecuencia, es de imperiosa necesidad, según lo expresa Briceño (1999) que:

> ***La participación de la población en los programas de salud, de la cual se habla cada vez más, deba ser objeto de mayores investigaciones y ensayos pues no existen los mecanismos reales para que dicha participación pueda darse ni mucho menos tener el impacto deseado. (p.22)***

Así mismo agrega el autor, que actualmente:

> ***Las ciencias sociales de la salud, como se pudiera llamar este nuevo campo que está emergiendo, deben estar presentes en todas las dimensiones: en la preservación de la salud, en el diagnóstico de las enfermedades, en el tratamiento de los enfermos, en la rehabilitación de los pacientes y en el consuelo de los que no tienen la esperanza.*** *(p.23).*

El mismo expresa la necesidad de incorporar las ciencias sociales en el campo de la salud como una visión más amplia en la medicina.

Experiencia en Brasil

> ***Refiere Briceño (1999), que: la experiencia vivida en Brasil donde en el año 1.986 se da un paso hacia la descentralización y por ende a la municipalización y es en este escenario donde se ejerce "el control por la población, a través de su participación en las instancias colegiadas de decisión, fue el mecanismo previsto para promover, no sólo una mayor***

eficacia y eficiencia de los servicios, sino además para dirigir la medicina hacia los verdaderos problemas de la población" (p. 181)

Es así como esta experiencia nos demuestra que la minicipalización es un paso positivo como escenario para el ejercicio de la ciudadanía y la participación comunitaria.

Situación Actual en Venezuela

En el contexto de la visión Internacional de la situación de la participación comunitaria y de acuerdo a Bolívar, Cabrera, Garrido, y otros. (2000) en Venezuela en el marco de la participación comunitaria al ubicar la participación social en el sector salud, se debe remitir a la historia misma de este proceso en dicho sector situándola en sus inicios como una participación vertical, fomentada desde las instancias institucionales, con una visión medicalizada del proceso salud, desarrollándose múltiples experiencias. Progresivamente se van dando intentos de propuestas locales asumidas por organizaciones civiles, fundaciones o grupos incipientes, sin figura jurídica formal que se han venido articulando o combinando con las iniciativas oficiales con poca o nula autonomía, afianzando los modelos asistenciales de corte paternalista o clientelar. (p.51)

Sustento Jurídico

Continúan los autores diciendo: "El 27-06-1987 se promulga la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Pública en Gaceta Oficial N° 33.745 de la misma fecha, ella expresa en el artículo 8 "El Sistema Nacional de Salud se estructurará y funcionará sobre la base de la participación de la población organizada en todos sus niveles, tanto en la planificación como en la evaluación de sus actividades", (p. 52) para ello crea y expresa en su reglamento alternativas de estructuras para la participación como: Juntas Socio-Sanitarias y Socio Hospitalarias las cuales constituyeron expresiones tímidas e insuficientes que tienden a reproducir la lógica de la propia institución y que no "representan" a la sociedad.

De ambas citas se deduce que la legislación en salud también favorece la participación comunitaria, dándole un papel muy importante y reafirmándoles su rol dentro de la sociedad.

Durante el proceso de transferencia y descentralización de los servicios de salud en todo el país surge la necesidad de crear decretos como por ejemplo en la

gobernación del Distrito Federal, igualmente se emiten los decretos 080 y 081 en fecha 21-07-1998 publicados en Gaceta Oficial N° 36.252 en donde se decreta la constitución de juntas socio-sanitarias y socio-hospitalarias, fundamentando que la participación es una actividad que le es propia a la comunidad organizada hecho que se convierte en una mejor calidad y optimización de los servicios de salud dando así cumplimiento al proceso de democratización de la gestión en salud.

Los autores ya citados agregan que no obstante y sin dejar de mantener lo antes dicho, estos decretos constituyeron un paso importante por el carácter legal que le otorgó. Dichas leyes y decretos son superados de manera amplia en el momento actual, al promulgarse la nueva Constitución de la República Bolivariana de Venezuela en Diciembre de 1999, en donde queda expresamente establecido en los artículos 83 y 84 el rango constitucional que se le otorga a la salud, al definirla como "un derecho social" y, a la participación comunitaria como "deber y derecho de todos los ciudadanos", así mismo los artículos 62, 132, 138, 184 entre otros establecen normas que incorporan el tema de la participación ciudadana.

En la consulta realizada, entre los autores se hacen frecuentes sus consideraciones en cuanto a los nuevos modelos que deben hacer énfasis en acciones de promoción de la salud, en prevención de enfermedades desde las razones estructurales que las producen, así mismo en desarrollar acciones que privilegien el fortalecimiento de la capacidad de gestión de los poderes locales en donde los actores de la comunidad son interlocutores beligerantes, y que además sean expresión de la democratización de las instituciones sanitarias, como una proyección de un franco ejercicio de la dimensión política de la participación que representa, la democracia, de la cual es condición y resultado; estableciéndose de esta forma relaciones de poder que permitan la toma de decisiones compartidas y corresponsabilizadas que conducen hacia un verdadero proceso de cogestión de la Salud Pública.

Un cambio de actitud en las instituciones implica una nueva forma de autopercibirse como uno de los entes decisorios de las acciones a seguir y comprender que por medio de una relación horizontal asertiva, y que reconozca los potenciales de los miembros de la comunidad puede hacer posible una participación consciente, comprometida, corresponsable, lo cual beneficia e incrementa las acciones a emprender.

Visto desde esta perspectiva, la participación comunitaria se presenta hoy en términos de la conquista social y política de la población. En consecuencia un nuevo enfoque, apoyado con una voluntad política y ética de los distintos niveles gerenciales así como todos los actores institucionales, hecho que consolida el proceso de reforma sanitaria, e incorpora variaciones en su conceptualización.

Partiendo de que los espacios públicos en su carácter como tal dependen de la orientación que reciben.

La década de los noventa del siglo XX, representa para la sociedad civil una instancia organizativa que ha demostrado capacidad para generar un desarrollo social sustentable y en consecuencia participativo. En tal sentido, el ejercicio democrático propicia alternativas de búsqueda, de modo que los actores sociales, tanto institucionales como comunitarios, logren desarrollar sus potencialidades, con un elevado sentido de pertenencia y corresponsabilidad en la gestión de salud.

En consecuencia, la evaluación de la gestión a través de la comunidad consiste en el examen que se realiza para establecer el grado de economía, eficiencia y eficacia en la planificación, control y uso de los recursos, para de esta forma verificar la utilización más racional de las mismas y mejorar la efectividad.

Así mismo, la evaluación de la gestión se orienta a indagar sobre los aspectos cualitativos y cuantitativos, a fin de establecer si las metas programáticas se alcanzarán, a qué costo y con cuales resultados, para poder establecer oportunamente las fallas, deficiencias y desviaciones que permitan el perfeccionamiento del desempeño, a fin de mejorar la calidad de los productos y servicios, en pro del máximo beneficio de la colectividad.

Para la verificación de la gestión se hace necesario la existencia de un apropiado sistema de indicadores de gestión, teniendo en cuenta que un indicador de gestión. Según López, (2000) es una magnitud asociada a una actividad, a un proceso, a un sistema etc, que permite por comparación con los estándares evaluar periódicamente las unidades de programación. Los indicadores cumplen dos funciones:

Función Descriptiva: aportar información sobre una situación determinada el estado de un sistema y su evolución en el tiempo.

Funciona Valorativa: Permitir apreciar los efectos provocados por una actuación. (p.55)

Según la Organización Mundial de la Salud (1981) señala que:

Los indicadores que miden la participación de la comunidad en actividades de adopción de decisiones en materia de salud y la existencia de mecanismos eficaces son importantes ya que dan a conocer la existencia de necesidades y resaltan el desempeño de algunos actores claves, como por ejemplo, la influencia de los representantes de los partidos políticos y de los grupos organizados de la comunidad, como los sindicatos, los comités de salud y las juntas socio-sanitarias. Se ha preferido la expresión "Participación de la Comunidad" en vez de "Asociación de la Comunidad", porque no basta con sólo asociarse, lo cual puede consistir en una simple respuesta pasiva; debe haber mecanismos y procesos que permitan a la población participar activamente en las iniciativas en la materia y asumir la responsabilidad de algunas decisiones y actividades de consumo con los profesionales de la salud.

(p. 22)

A propósito de indicadores de gestión se puede decir que de acuerdo a Rodríguez (2000) los mismos miden la gestión de una organización, comprendiendo éste término como todas las actividades que implican el establecimiento de metas u objetivos, formuladas a partir de una estrategia corporativa que garantice su desarrollo y cumplimiento, además del desarrollo de una estrategia operativa que garantice la supervivencia de la misma, según el sistema social correspondiente consecuencia, el **control de gestión** "consiste en el examen y evaluación que se realiza a una entidad, para establecer el grado de Economía, Eficiencia y Eficacia en la planificación, control y uso de sus recursos y comprobar la observancia de las disposiciones pertinente, con el objetivo de verificar la utilización más racional de los recursos y mejorar las actividades o materias examinadas."

Continúa el mismo autor enfatizando en las finalidades del control de gestión , al respecto menciona : El control de gestión se orienta a indagar sobre los aspectos cualitativos de la acción gubernamental, a fin de establecer si las metas programáticas se alcanzaron, a que costo y con cuales resultado, para poder establecer oportunamente las fallas, deficiencias y desviaciones que permitan el perfeccionamiento de su desempeño, a fin de mejorar la calidad de sus productos y servicios, en pro del máximo beneficio de la colectividad.

Visto de esta forma el control de gestión puede verse como un sistema donde se practica la evaluación del desempeño de una organización, a fin de verificar el cumplimiento de sus metas, la inversión de sus recursos y la satisfacción de sus usuarios y clientes, es un proceso complejo en el cual interviene diversos elementos, conformando un sistema dinámico.

Según López, Gadea (1992) El diseño del sistema de control de gestión comprende en consecuencia cuatro aspectos básicos :

1- Formulación de Indicadores: constituyen la clave del sistema dado que deben ser el reflejo fiel del comportamiento de la organización, por tanto se requiere el manejo de criterios adecuados para su correcta formulación.
2- Medición de Resultados: implica establecer criterios de medición (oportunidad, frecuencia, etc) y la definición de los elementos a medir.
3- Comparación y Valoración de Resultados: se deben establecer los criterios de comparación(índices) y los "niveles de alerta" del sistema.
4- Acción correctiva : es el proceso de toma de decisiones, a partir de la comunicación oportuna de los resultados derivados del sistema.

Los indicadores de gestión que se utilizarán en esta investigación serán desarrollados en el aparte de conceptos y/o variables.

Retomando la importancia de la participación de la comunidad en la gestión ambulatoria el autor Carvajal (1999) define la participación comunitaria como la acción o conjunto de acciones a través de las cuales la comunidad se involucra y toma parte. Esto significa que la comunidad se responsabiliza por la situación que la afecta. En este caso, la comunidad asume los aportes a los que hubiese lugar para modificar aquellas condiciones que rompen con la armonía de la vida de los integrantes de la comunidad. (p. 47)

En concordancia con este planteamiento otros autores como Arteaga, Bernardo y Roa. (2002) señalan en este mismo orden de ideas, el surgimiento de las redes comunitarias en Venezuela las cuales se constituyen con la participación de distintos actores sociales, líderes u organizaciones comunitarias, con procesos de participación, movilización y actuación. Cuyo propósito principal es el de mejorar la calidad de vida en la comunidad. De allí, la relevancia de la participación en la gestión de las políticas y servicios, el mejoramiento de la calidad de atención, el afianzamiento de valores democráticos y el ejercicio de ciudadanía". (p.24)

En este mismo orden de ideas, se pude decir que este nivel de redes. es el que se encuentra mas explícitamente instituido en el Ministerio de Salud y Desarrollo Social. En el Proyecto de Ley Orgánica de Salud se establece cuatro tipos de redes, las cuales

son: red de atención primaria, donde se ubica el Ambulatorio (Francisca Duarte La Herrereña), red de especialidades ambulatorias, red de emergencias y la red de hospitalización.

Lo antes descrito, da a conocer como se estructuran las redes desde un nivel de atención primaria en salud, como lo es el Ambulatorio Francisca Duarte La Herrereña, teniendo en cuenta que estas redes estrechan la interrelación que existe entre el sector salud y las organizaciones comunitarias, las cuales han adquirido una importancia preponderante en lo que respecta a la participación en salud.

Inequidad en salud.

Así mismo señala la Organización Panamericana de la Salud (1999) que:

> ***La disminución de la participación ciudadana en las actividades de la comunidad y la pérdida de la confianza entre los miembros de la comunidad tiene un grave impacto en el capital social. Al contrario que el capital humano, o el físico, el capital social es un bien público creado como subproducto de las relaciones sociales. Se refiere a "los rasgos de las organizaciones sociales, tales como confianza, normas y redes que pueden mejorar la eficiencia de la sociedad facilitando la coordinación de acciones***". (p. 5)

A propósito de redes según Arteaga, Bernardo y Roa (2000) tradicionalmente, cuando se habla de redes desde el sector gubernamental, se piensa en redes de establecimientos o de servicios. En el sector salud, el término suele relacionarse con las redes de establecimientos de salud "como sistemas escalonados de complejidad creciente" (el ambulatorio, el centro de especialidades, el hospital; teóricamente vinculados por un sistema de referencia y contrarreferencias); o en los componentes de un nivel de servicios (red hospitalaria, red de emergencias, etc.).

Si analizamos estas "redes de servicios" a la luz de los conceptos y principios que hemos descrito, encontraremos que la mayoría de ellas no funciona como tal; los vínculos son débiles ó inexistente, las normas de relación no son aplicadas o no son conocidas, la vinculación con el contexto se reduce a la atención al usuario según el área del especialidad de servicio (muchas veces actuando en las manifestaciones y no en las causas de los problemas), la relación con la comunidad es precaria y no se efectúan esfuerzos de vinculación con actores de otros sectores o especialidades.

Desde la perspectiva que hemos analizado, la noción de redes en salud involucra no sólo a las ofertas de servicio, sino también al término demanda de la ecuación, expresado en las relaciones de las personas y de la comunidad a la que pertenecen". Incluso va más allá, tomando en consideración a otros actores que están involucrados con las necesidades de la población en un sentido genera, y con una determinada red de servicios, en particular.

Dabas y Perrone (1999) sugieren categorías para la aplicación de un trabajo en redes, específicamente para el área de salud, pero perfectamente aplicables a otros ámbitos; en el entendido que existen innumerables relaciones entre los niveles o tipos propuestos y posibilidades de definir otras delimitaciones con fines comprensivos u operativos".

Los niveles de redes sugeridos:

- Diagnosticar la problemática actual existente con respecto a la red ambulatoria, en el sector geográfico seleccionado.
- Red personal.
- Red comunitaria
- Red institucional
- Red de servicios
- Red institucional

Redes de establecimientos y servicios

Este nivel de articulación de redes es el que posiblemente, se halla más explícitamente instituido. En el proyecto de ley orgánica de salud se establecen cuatro redes independientes y coordinadas, orientadas por la estrategia de promoción de calidad de vida

con sus respectivas representaciones en los diferentes ámbitos territoriales donde sea conducente":

1. Red de atención primaria
2. Red de especialidades ambulatorias

3. Red de emergencias
4. Red de hospitalización.

Son puertas de entrada del sistema de salud pública la red de atención primaria y la red de emergencias, las otras dos son accesibles por medio de referencia médica a través de las centrales de regulación operacional. Las redes de atención son cruzadas transversalmente por líneas de atención, tales como cardiología, traumatología y ortopedia, cirugía vascular, entre otras; con alcance local, regional y nacional. Por otra parte, todos los servicios integrados al sistema deben establecer un contrato de responsabilidad sanitaria y social, acordando metas de productividad, calidad, cobertura y adscripción de poblaciones.

Es importante señalar que en el proyecto de ley, la articulación entre los niveles de la red se efectúa mediante el proceso de referencia y contrarreferencia como medio de interrelacionarse y lograr para la población una mejor calidad de vida.

CAPITULO III

MÉTODO

PROBLEMA

En opinión del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes (2000) considera que la nueva institucionalidad se plantea como misión la promoción de la participación de las comunidades. Es en torno a ello, que la misma fuente expresa que dicha participación debe ser inherente a " la formación, ejecución, control y evaluación de todos aquellos asuntos de interés colectivo, es decir, la población debe participar en la toma de decisiones sobre los asuntos públicos" (p.1)

Es en este contexto, en Venezuela la nueva construcción de la sociedad alude a otra forma de concebir el Estado, la cual queda expresada en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999). Y en cuyo contenido se evidencia que gobierno y sociedad deben asumir la responsabilidad de garantizar los deberes y derechos sociales, económicos, políticos, culturales y ambientales de la población.

Sin embargo, al fundamento que se describe se puede añadir la opinión expresada por Arteaga, Bernardo, y Roa. (2002) quienes precisan que:

> ***En la práctica se presentan dificultades para la participación, ya que en muchas ocasiones ésta se entiende como la convocatoria de personas a una serie de actividades planificadas desde la lógica de los programas diseñados e implantados desde los niveles centrales en forma vertical y paralelo, con una gran desarticulación entre ellos. (p.25)***

La posición expresada por los autores de la cita develan que existe un acentuado interés en la sociedad de dar cualquier significado al término de participación. En este sentido, agregan además que existe la tergiversación del concepto de participación, la cual es entendido como "estar presente", tener consistencia, ser notificado sin que se produzca una intervención significante de los destinatarios en las decisiones". (p. 26)

Lo que se traduce a la no participación de la comunidad, en forma directa en cuanto a la gestión del ambulatorio, para lograr una mejor calidad de vida.

Dentro del contexto de discusión sobre la calidad de vida del ciudadano de hoy se plantea un propósito evidentemente claro, por cuanto ofrece elementos para la comprensión de la noción de comunidad como entes que pueden participar en el mejoramiento de su calidad de vida que para Arteaga, Bernardo y Roa (2002) las mismas requieren ser entendidas "como un esfuerzo de articulación desde una óptica participativa, que buscan proposiciones, y respuestas concretas y suficientes a las necesidades sociales locales" (p.47).

En consecuencia, surge así la motivación para dar inicio a la posibilidad de evaluar la red ambulatoria (Ambulatorio Francisca Duarte de La Herrereña), bajo una visión de escenario humano de participación permanente y protagónica en el contexto de la localidad de acción en la salud comunitaria. Aspectos de suprema importancia en la gestión pública como condición esencial para democratiza el quehacer en salud.

Es decir, la implantación de un nuevo modo de atención exige un modo de gestión en el que se podría establecer la articulación intersectorial, la cual a su vez garantizaría una atención integral a todos los venezolanos en situación de igualdad como un derecho social y que las instituciones respondieran a las necesidades y prioridades determinadas por la población.

Y por último, frente a la realidad descrita la realización de una evaluación de la participación de la comunidad dentro del Ambulatorio Francisca Duarte La Herrereña, podría contribuir al logro de un proceso de planificación horizontal y participativo para la construcción colectiva.

En el contexto actual, el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2002) indica que en los servicios y establecimientos no funcionan como tal, los vínculos e intercambios necesarios para su funcionamiento con la comunidad, por tanto se observan débiles o inexistentes. Cabe señalar, más allá que la oportunidad política recomienda la decisión de establecerlos, y que estos deben ser acompañados de acciones tendientes a fortalecer las relaciones de participación comunitaria, tal y como está concebida en el marco jurídico de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (p.28)

En atención a lo antes planteado surge la motivación de:

Objetivo General

Evaluar el comité socio sanitario del Ambulatorio, Francisca Duarte, ubicado en La Herrereña, Municipio Santiago Mariño, Estado Aragua, en cuanto a la gerencia operativa en la red ambulatoria.

Objetivos Específicos

- Diagnosticar la problemática actual existente con respecto a la red ambulatoria, en el sector geográfico seleccionado.
- Identificar los elementos que caracterizan la red ambulatoria en relación con la comunidad y el sector salud.
- Identificar las actividades que realiza la comunidad dentro del ambulatorio desde el punto de vista en gestión.
- Constatar la existencia de una contraloría social dentro del ambulatorio.

Justificación

Según lo define Gómez (2001) la investigación tiene justificación en la necesidad de evaluar la gestión de la comunidad en el Ambulatorio Francisca Duarte La Herrereña, para de esta forma ser más eficaz y eficiente en lo que respecta a la capacidad resolutiva como respuesta a un mandato Constitucional que cobra proyección y vigencia en el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de acuerdo a la participación social. (p.4).

> ***Proceso de agrupamiento de los individuos en distintas organizaciones de la sociedad civil para la defensa y representación de sus respectivos intereses, mediante este tipo de participación se configura progresivamente en tejido de organizaciones que puede ser instrumento clave en el desarrollo de otras formas de participación especialmente en la esfera pública. (p. 6)***

Al mismo tiempo se refiere a las acciones ejecutadas colectivamente por los ciudadanos en la búsqueda de soluciones a las necesidades de su vida cotidiana, lo cual está íntimamente relacionado con su salud.

Señala el mismo autor que "Estas acciones están vinculadas directamente al desarrollo comunitario y pueden contar con la presencia del estado." (p.7)

En este mismo orden de ideas, la participación en salud requiere que los ciudadanos asuman un rol protagónico en la gestión pública, según refiere Gómez (2002)

> ***Entre los elementos que contribuyen al desarrollo de la participación se encuentra el acceso de los ciudadanos a las tomas de decisiones, el reconocimiento y apertura de los sectores sociales excluidos, el desarrollo de la autonomía de los actores sociales y el desarrollo y fortalecimiento de la sociedad civil. (p.6)***

Cabe destacar que desde el punto de vista jurídico la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) exige un conjunto de derechos consagrados, entre los que destacan el de expresión, y el de asociación; además de asegurar un clima propicio para el ejercicio de derechos y libertades. El estado debe garantizar la intervención de los ciudadanos en los asuntos que les competen, creación de canales formales e informales para el encuentro e interrelación de los distintos actores en el estado.

La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida.

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

En la Gaceta Oficial de República de Venezuela N° 4.539. Año CXX, Mes VI Extraordinario de Caracas, Viernes 12 de Marzo de 1993, según Articulo 219 de las juntas 5.5:

La Junta Socio Sanitaria estará conformada y tendrá las competencias establecidas en los Artículos 3, 18, 19 y 20 del Reglamento Parcial e la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.

Desde esta perspectiva el sector salud desde la red ambulatoria requiere de una amplísima participación social, tanto de tipo formal como informal. Una participación activa, consciente, con plenos deberes y derechos que facilite el cambio de actitud de la sociedad, con respecto a la salud, en donde ésta deja de ser un asunto eminentemente individual para convertirse en una situación colectiva, siendo responsabilidad de todos mantenerla, preservarla y mejorarla. La garantía de la calidad de la prestación debe convertirse mediante mecanismos de control social, que correspondan a formas de gestión más democráticas.

La reorganización del trabajo desde este enfoque, significa la asignación de responsabilidades bien definida al equipo de salud, en un espacio geográfico poblacional bien delimitado, lo cual reforzará la incorporación central y evaluación de los servicios y el establecimiento de instancias formales de coordinación intra e intersectorial y en donde la promoción y la prevención se constituyan en funciones que transversalmente sean ejecutadas por el equipo de salud en su conjunto, asumiendo la comunidad un rol importante desde el punto de vista de gestión dentro del Ambulatorio, cumpliendo intervenciones directas en cada una de las actividades que se desarrollen.

En el Estado Aragua desde la Corporación de Salud (CORPOSALUD) se promueve el fortalecimiento de los grupos organizados como las Brigadas de Salud, juntas socio-sanitarias, comités de salud, Unidades de Rehidratación Oral Comunitaria (UROC), todos y todas por la vida, clubes de diabetes, Hipertensión, etc, de manera que a mediano y largo plazo estos grupos se reformulen y se transformen en iniciativas organizativas con una visión más integral de salud, menos fragmentada y menos centrada en la enfermedad, es decir, mas cónsona con los postulados del Modelo de Atención Integral.

Este proceso se sustenta en un programa de formación permanente que ofrece herramientas teórico prácticos de participación ciudadana, contraloría social, enfoque integral de calidad de vida y otros temas que responden a necesidades e intereses de cada grupo, a fin de darles el empoderamiento necesario para asumir corresponsablemente su salud y el bienestar social, (programas de la dirección de desarrollo social en el Marco del Módulo de Atención Integral (Municipio Sanitario. Eje Este. Junio 2002.

CONCEPTOS Y/O VARIABLES:

Indicadores de Gestión

Algunos aspectos considerados:

Los indicadores del nivel gerencial evidenciarán el cumplimiento de los planes y programas así como del gasto presupuestario de sus unidades de trabajo. A nivel local o de servicio se produce gran cantidad de datos relacionados con el cumplimiento de actividades y metas, esto constituye así un árbol de indicadores de gestión de la institución tomando en cuenta que la comunidad organizada y funcionando dentro del ambulatorio participa de manera directa operativizando estos indicadores y en la toma de decisiones. Es de hacer notar que los indicadores aquí señalados provienen del Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2000)

Indicadores de Participación Social

- En relación con los servicios de salud:

a) Utilización de Servicios:

- $\frac{\text{Número de prenatales atendidas en consulta preventiva}}{\text{Total de prenatales en la comunidad}} \times 100$

- $\frac{\text{Número de niños atendidos en consulta de puericultura}}{\text{Total de niños de la comunidad}} \times 100$

- $\frac{\text{Número de usuarios atendidos en consulta de triaje adultos}}{\text{Total de población de la comunidad}} \times 100$

b) Colaboración con programas de los servicios

- $\frac{\text{Número de voluntarios de la comunidad que participan en charlas de educación para la salud.}}{\text{Total población de la comunidad}} \times 100$

- $\frac{\text{Número de voluntarios de la comunidad que participan en campañas de vacunación y/o saneamiento ambiental}}{\text{Total población de la comunidad}} \times 100$

c) Autoestima / autogestión

- Número de personas que participan en la programación y ejecución de actividades de fomento y promoción de la salud X 100
  Total población de la comunidad

- Número de tratamientos autofinanciados por la comunidad. X 100
  Total de tratamiento indicados por el servicio

d) Gestión / Administración de los Servicios

- Número de juntas socio-sanitarias en la comunidad X 100
  Total de población de la comunidad

% Niveles de Participación = Total de grupos organizados en la comunidad X 100
Población de la localidad

% Compromiso social = Total de grupos asesorados X 100
Números de grupos totales

% Compromiso social = Total de grupos participantes en actividades especificas X 100
Población total

Porcentaje de organizaciones comunitarias de prevención y promoción en la gestión de salud de cada Municipio:

Con este indicador se trata de evaluar si existe organizaciones locales (comités de salud, juntas socio sanitarias, clubes, etc) involucrados en la gestión de cada Ambulatorio.

De modo de ofrecer al lector una visión más clara como fuente de datos necesarios a considerar en el cálculo de los indicadores antes descritos se presenta el siguiente cuadro:

TABLA N° I. CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE TRABAJO Y LA POBLACIÓN DEL ÁREA DE INFLUENCIA DEL AMBULATORIO

Médico General	1
Licenciada en Enfermería	1
Comité conformado legalmente por la comunidad	13
Población de influencia al Ambulatorio	2045

Fuente: Ambulatorio Francisca Duarte La Herrereña (2003)

TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

El presente estudio se describe como una investigación descriptiva evaluativa, que según Balestrini (2001) se define como:

> ***La investigación evaluativa tiene por objeto medir los efectos de un programa por comparación con las metas que se propuso alcanzar, al fin de contribuir a la toma de decisiones subsiguientes a cerca del programa y para mejorar la programación futura (p.7)***

Por otra parte, según Méndez (2001) define los estudios descriptivos de la siguiente forma:

> ***...la investigación en ciencias sociales se ocupa de la descripción de las características que identifican los diferentes elementos y componentes, y su interrelación. En el caso de la economía, la administración, y las ciencias contables, es posible llevar a cabo un conocimiento de mayor profundidad que el exploratorio. Este lo define el estudio descriptivo, cuyo propósito es la delimitación de los hechos que conforman el problema de investigación...***
>
> (p. 136)

POBLACIÓN Y MUESTRA

La unidad como objeto de estudio, es el Ambulatorio Francisca Duarte La Herrereña, se encuentra ubicado en el Municipio Mariño del Estado Aragua, el cual cuenta con una población de influencia de 2045 y de acuerdo a la clasificación. Pertenecen a los Centros de Atención Integral Urbano. Es un ambulatorio para las áreas urbano-marginales que se caracteriza por:

1. Prestar atención integral en un horario de 8 horas.
2. Son servicios para la Atención Integral del individuo, familia y comunidad con énfasis en la promoción de la salud y prevención de enfermedades.
3. Son atendidas por Médicos en cumplimiento del Artículo 8, en Medicina General, Técnicos Superiores en Enfermería, Promotor de Salud y un Técnico en las áreas sociales.
4. Están ubicados en las áreas urbanas marginales con necesidades básicas insatisfechas y una población concentrada de 2.500 habitantes o 500 familias.

La población objeto está representada por un numero de 13 personas que constituye el Comité de Salud legalmente conformado dentro del Ambulatorio, los cuales son representantes naturales legales de la población del área de influencia de dicho Ambulatorio.

Instrumentos / Equipos / Materiales :

Equipos electrónicos

Formatos impresos

PROCEDIMIENTO:

Para la descripción del procedimiento se precisará:

- Ubicación de la Unidad (Ambulatorio Francisca Duarte La Herrereña) como objeto de estudio.

- Traslado a la Unidad en cuestión con el objeto de precisar los datos necesarios de acuerdo a los objetivos y propósito del estudio de la investigación.

- Tramitar oficialmente el permiso requerido para dicha investigación en la Corporación de Salud del Estado Aragua.

- Solicitar el organigrama de funcionamiento del Ambulatorio, de modo de identificar en las distintas unidades los datos donde se llevan los registros como el control de entrega de medicamentos, del programa de diabetes, hipertensión y anticonceptivos.

- Entre otros datos se solicitarán fechas en que se entregan los medicamentos, nombres de las personas que lo reciben, tipo de medicamento suministrado, firma de los pacientes que reciben el medicamento, para la verificación legal que la población esté recibiendo el tratamiento y que el comité conformado esté cumpliendo con las funciones para las que se han comprometido

- Acta de entrega por parte del médico jefe del Ambulatorio, así como (informes, consolidados) denominados de esta forma por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

- Recolección de datos
  Los datos a considerar serán tomados de la matriz: Control de Entrega de Medicamentos del Programa Diabetes, Hipertensión y Anticonceptivos, que lleva el Ambulatorio Francisca Duarte La Herrereña, donde se tomarán la fecha, tipo de medicamento suministrado (diabetes, hipertensión y planificación familiar) el número de pacientes atendidos. Lo cual está enmarcado en las funciones que desempeña el comité que labora en el Ambulatorio objeto del estudio.

CONSIDERACIONES ETICAS

En relación a la obtención y manejo de la información recopilada y tratamiento de los sujetos incluidos en el estudio, ésta investigación responde a la formalidad de las normas establecidas en el Ambulatorio Francisca Duarte La Herrereña, ya que quedan reflejadas en los formatos utilizados.

CAPITULO IV

MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Objetivos Específicos	Variable	Dimensiones	Indicadores	Ítem	Instrumentos
Diagnosticar la problemática actual existente con respecto a la red ambulatoria en el Sector geográfico seleccionado.	Red Ambulatoria	Indicadores de Gestión.	**Auto-estima / autogestión** Número de personas que participan en la programación y ejecución de actividades de formento y promoción de la Salud / total de la población de la comunidad X 100. Número de tratamientos auto financiados por la comunidad / total de tratamientos indicados por el servicio X 100 **Gestión / Administración de los Servicios** Número de juntas socio-sanitarias en la comunidad / total de población de la comunidad X 100 **% de niveles de participación.** Total de grupos organizados en la localidad / la población de la	A precisar	**Registros existentes en el Ambulatorio**

			localidad X 100 **% de compromiso social.** Total de grupos asesorados / el número de grupos totales X 100 **% de compromiso social.** Total de grupos participantes en actividades especificas / la población total X 100. Indicadores de participación social en relación con los servicios de salud. **Utilización de servicios** Número de prenatales atendidas en consulta preventiva / total de prenatales en la comunidad X 100 Número de niños atendidos en consulta de Puericultura / total de niños de la comunidad X 100 Número de usuarios atendidos en consulta de triaje adulto / total de población de la comunidad X 100 **Colaboración con programas de**		

		Indicadores de atención	**los servicios.** Número de voluntarios de la comunidad que participan en charlas de educación para la salud / total de población de la comunidad X 100 Número de voluntarios de la comunidad que participan en campaña de vacunación y/o saneamiento ambiental / total de la población de la comunidad X 100		
Identificar las actividades que realiza la comunidad dentro del ambulatorio desde el punto de vista de gestión.	Actividades comunitarias intrainstitucionales.	Administración Control de Gestión Participación de la comunidad en atención primaria . Juntas socio-sanitarias, comités, clubes.			

A partir de la aprobación del Proyecto se plantea 1 mes para recolección de datos según el Cronograma de Actividades.

Lapsos de ejecución / Actividades	1er. mes	2do. mes	3er .mes	4to. mes	5to. mes	6to. mes	7mo. Mes	8vo. mes
Selección y definición del Problema de Investigación								
Búsqueda, recopilación y organización de las fuentes que servirán de ayuda al estudio.								
Diseño de la investigación.								
Selección y precisión de la modalidad de Investigación.								
Desarrollo del proceso de la investigación (Recolección de Datos)								
Obtención de resultados								
Análisis e interpretación de la información								
Cuerpo de conclusiones y recomendaciones								
Entrega de la versión definitiva y presentación del Trabajo.								

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arteaga, P., Bernardo, J., Roa E, (2002) *Redes promociónales de calidad de vida. Vínculos y respuestas a las necesidades sociales Servicio Editorial. Caracas. Venezuela*

Balestrini, M. (2001) *Como se elabora el Proyecto de Investigación.* Servicio Editorial. Caracas: Venezuela.

Bolívar, L., Cabrera, C., Garrido, F., Pérez, E., Gonzáles, M., Brito, T., Escalona, O. (2000) *Proyecto de Fortalecimiento de la Red Ambulatoria para una atención de calidad que responda a las necesidades de la población del Distrito Federal.* Tesis de Grado de la Universidad Central de Venezuela. Facultad de Medicina. Curso de Ampliación En Gestión Estratégica y Liderazgo en Salud.

Briceño R. (1999) *Ciencias Sociales y Salud en América Latina. Un Balance. Editorial Xlibris. Caracas. Venezuela.*

Carvajal, A. (1999) *La participación comunitaria.* Candidus Año 3 N° 18.

Casas, J., y Torres C. (1999) Organización Panamericana de la Salud. *Gobernabilidad y Salud.* Políticas Públicas y Participación Social.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999) Gaceta Oficial N° 5.453 Extraordinario 24 de marzo de 2000

Gaceta Oficial de la República de Venezuela N° 4.539. Año CXX, Mes VI Extraordinario de Caracas, Viernes 12 de Marzo de 1993, según Articulo 219 de las juntas 5.5:

Gaceta Oficial N° 36.252. (1998) Gobernación del Distrito Federal, Decretos 080 y 081 en fecha 21-07-1998.

García J. (1993) *Guía Indicadores de Gestión para Establecimientos de Atención Médica.* Editorial Disinlimed, C.A.

Gómez, A. (2001) Participación. Gerencia de Red Ambulatoria y Atención Integral. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Caracas Venezuela.

Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud Pública en Gaceta Oficial N° 33.745 (1987)

López, C. (2000) Indicadores de Gestión para Establecimientos de Atención Médica. Editorial Disinlimed, C.A. Barcelona. España.

Méndez, C. (2001) Metodología. *Diseño y Desarrollo del proceso de Investigación.* Tercera Edición Caracas. Venezuela.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2001) Plan Estratégico Social. Ley Orgánica de la Administración Central. (2001). República Bolivariana de Venezuela

Organización Mundial de la Salud (1981) *Preparación de Indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000.* Caracas Venezuela.

Rovere, M. (1998). Redes, hacia la construcción de redes en salud: los grupos humanos, las instituciones, la comunidad. La salud en el Municipio de Rosario. Instituto de la Salud Juan Lazarte. Editorial Secretaria de Salud Pública Municipalidad de Rosario.Argentina.

Organización Panamericana de la Salud (1999)Gobernabilidad y Salud, Políticas Públicas y Participación Social División de Salud y Desarrollo Humano, Programa de Políticas Públicas y Salud. Washington, DC, Estados Unidos.

ANEXOS

Acta 25/03/03

En el día de hoy se va a realizar la juramentación del comité de salud" con la presencia del Dr: Osvaldo Sanchez director del municipio Marino, conjuntamente con la Dra Dalia Mora medica del MAP e invitados de la comunidad

Acto que fue realizado en el nucleo Francisco Duarte La Herrereña

	Nombre	C I	firmas
1	Elvio de Bolivar	4.367424	
2	Elena de Rodriguez	17.703.102	
3	Lydia Moreno	7057794	
4	Belen Arreta P.	15.832931	
5	Aloella de Escalona	4.353.787	
6	Juan Sanz	6.368.553	
7	Amus Valera	20.699.216	
8	Dalia Mateo	6.097.825	
9	Carmen de Rubio	12.137376,	
10	Francisco Leon	2231048	
11	Magaly Franco	9677863	
12	Elena Garcia	4966599	
13	Miriam Orozco	15.865.915	
14	Heiker Infante	15.736.719	
15	Leonilder Contreras	3.519.526	
16	Yuiva Blanco	3.562.940	
17	Carmen Gonzalez	4142823	

CORPOSALUD
N. A. P.
Sta Duarte - La Herrereña

DIRECCIÓN MUNICIPAL DE SALUD - MARIÑO
COORDINACIÓN DE PROGRAMAS Y SERVICIOS

CONTROL DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS DEL PROGRAMA DIABETES HIPERTENSIÓN Y ANTICONCEPTIVOS

Amb./NAP: Flor Duque

FECHA	NOMBRE	MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS												Firma del Paciente
		Diabetes Hipertensión										Planificación		
		Cap.t.	Enal.	Aten.	Lasix	Glim.	Nifed.	Glic.	Insul. NPH	Insul. Ap.	Insul. Cris.	Nord.	Micro.	
/06/03	Maria [illegible]											1 cajas		[illegible]
/06/03	Ana Fuentes													[illegible]
06/03	Vivian Molina		2 cajas									1 caja		Ana Fuentes
06/03	Libia Carpasia													[illegible]
06/03	Yulen Hernandez													[illegible] Berrio
06/03	Julia Brito											3 cajas		[illegible]
06/03	Yaneth Lea											1 caja		Julia Brito
06/03	Gladis Olivar Pelaez											1 caja		[illegible]
06/03	Milagros Guillen													[illegible] Cochero
06/03	Lidia Kirsanov	2 cajas										1 caja		Milagros Guillen
06/03	Luisa Moldavera													
06/03	Cintia Cabrera											1 caja		[illegible]
06/03	Ellen Villegas											1 caja		[illegible]
06/03	Cecilia Ortiz											1 caja		Villegas
												1 caja		[illegible]

Responsable

COORDINACIÓN DE PROGRAMAS Y SERVICIOS

CONTROL DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS DEL PROGRAMA DIABETES HIPERTENSIÓN Y ANTICONCEPTIVOS

Amb./NAP: _____

FECHA	NOMBRE	MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS												Firma del Paciente
		Diabetes - Hipertension										Planificación		
		Capt.	Enal.	Aten.	[illegible]	Glim.	Met.	Glic.	Iatral NPH	Iatral 30/70	Ipsol [illegible]	Nord.	Micro.	
30 05 03	Hoiquoldo D' santiago											1 cop		[illegible]
30 05 03	Marli Lewis											1 cop		[illegible]
02 06 03	Yorellis Hidrogo											1 cop		Yorelis
02 06 03	Nelis Chuma											1 cop		[illegible]
3 6 03	Yanzuly Lopez											1 cop		Yanzuly Lopez
03 06 03	Carpasco Havier											1 cop		Havier
03 06 03	Guillen Fatima											1 cop		Fatima Guillen
03 06 03	DIAZ VIRGINIA											1 cop		[illegible]
03 6 03	Guerra Judith											1 cop		[illegible]
03 06 03	Oladys Alvarez		[illegible]											Oladys
03 06 03	Gisela Angulo											1 cop		Gisela Angulo
04 06 03	Yurmary Zapata											1 cop		[illegible]

Responsable _____

DIRECCIÓN MUNICIPAL DE SALUD
COORDINACIÓN DE PROGRAMAS Y SERVICIOS

CONTROL DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS DEL PROGRAMA DIABETES HIPERTENSIÓN Y ANTICONCEPTIVOS

Amb./NAP: _____

NOMBRE	MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS													Firma del Paciente
	Diabetes - Hipertensión											Planificación		
	Capt.	Enal.	Aten.	L.	Glm.	Met.	Glic.	Insul. NPH	Insul. 30/70	Insul. Cristal		Nord.	Micro	
Jesus Hernandez												1 caja		
Nelly Hernandez												1 caja		
Yasmin Hernandez												1 caja		
Yadith Rebolledo														Misivinda
Dayis Berrelegar												1 caja		
Yennifer Hernández												1 caja		
Maria Rebolledo														Baynar Misivinda
Isabel Diaz												1 caja		Isabel D.
Diana Jimenez												1 caja		
Andrea Jimenez												Eliana		
Edilmar De Leon												1 caja		
Adriana Jimenez												1 caja		Edilmar
Yasmin Ortiz												1 caja		Adriana Jimenez
Francis Garcia												1 caja		Yasmin Ortiz
Esther Rodriguez	3 caja													Francis Garcia / Esther Rodriguez

Responsable: _____